



Fakulteta za zdravstvo
Jesenice

Faculty of Health Care
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**UPORABA PRISILNIH UKREPOV V
PREDBOLNIŠNIČNEM OKOLJU**

**USE OF COERCIVE MEASURES IN THE
PREHOSPITAL SETTING**

Mentor: mag. Branko Bregar, viš. pred.

Kandidat: Samir Muminović

Jesenice, maj, 2016

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem mentorju mag. Branku Bregarju, viš. pred., ker mi je bil vedno pripravljen pomagati in me je usmerjal pri pisanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se Andreju Finku, MSHS (ZDA), pred. ter mag. Miranu Remsu, viš. pred., za recenzijo diplomskega dela ter prof. Iris Kučina za prevod povzetka in jezikovni pregled diplomske naloge.

Zahvaljujem se tudi svoji družini za podporo in potrpežljivost ter veliko odrekanja v letih študija. Hvala tudi prijateljem, s katerimi smo preživeli lepe in tudi težke trenutke med študijem.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Zaposleni v predbolnišničnem okolju se pogostokrat srečujejo s pacienti z duševnimi motnjami in s tem tudi povezanim nasiljem z njihove strani. S poznavanjem posebnih varovalnih ukrepov in njihovo pravilno uporabo lahko preprečimo negativne učinke, ki lahko pripeljejo do poškodb zaposlenih in pacientov.

Cilj: Cilj diplomskega dela je ugotoviti v kolikšni meri reševalci poznajo posebne varovalne ukrepe, njihov odnos do prisilnih ukrepov in njihov občutek ogroženosti pri delu.

Metoda: Uporabljena je bila deskriptivna metoda empiričnega kvantitativnega raziskovanja. Razdeljenih je bilo 200 vprašalnikov, odgovorilo je 178 (89 %) zdravnikov in reševalcev. Analiza podatkov je bila narejena z osnovno opisno statistiko, t-testom in hi-kvadrat testom ($p < 0,05$). Za analizo povezanosti pa Pearsonov korelacijski koeficient ($p < 0,05$).

Rezultati: Prisilne ukrepe v predbolnišničnem okolju je uporabilo 165 (92,7 %) anketirancev. Skoraj polovica vseh ne pozna definicije Zakona o duševnem zdravju, ki normira posebne varovalne ukrepe. Ženske se počutijo bolj ogrožene pri opravljanju svojega dela kot pa moški ($t = 3,243$, $p = 0,03$, moški se bolj strinjajo kot ženske, da potrebujejo izobraževanje iz uporabe prisilnih ukrepov ($t = 1,198$, $p = 0,232$).

Razprava: Izkazalo se je, da se zaposleni v predbolnišničnem okolju srečujejo z nasiljem na delovnem mestu zato je uporaba posebnih varovalnih ukrepov nujna. Pristop k pacientu z duševno motnjo mora biti obziren, z veliko mero občutljivosti in zaupljivosti. Anketiranci potrebujejo več izobraževanj v okviru uporabe prisilnih ukrepov in usposabljanja iz posebnih varovalnih ukrepov.

Ključne besede: <posebni varovalni ukrepi>, <nasilno vedenje>, <nujna medicinska pomoč>, <reševalci>, <zdravstvena nega>

SUMMARY

Background: Employed in the prehospital setting are often faced with patients with mental disorders and thus related violence on their part. With understanding special coercive measures and knowing the right use of special coercive measures we can avoid any negative effects which can lead to injuries of employees and patients.

Aims: The objective of this thesis is to figure out, to what extent the interviewees are acquainted with the special coercive measures, the attitude of rescuers to special coercive measures in prehospital setting and how much the rescuers feel threatened in their work.

Methods: Descriptive method of empirical quantitative research was used. 200 questionnaires were distributed, responded 178 (89 %) doctors and paramedics. For the analysis of differences we used the t-test and the chi-square test (p-value of the statistical significance of $p < 0.05$), and for the analysis of interaction we used the Pearson correlation coefficient ($p < 0.05$).

Results: Coercive measures in prehospital environment have been used by 165 (92,7 %) of the respondents. Almost half of them do not know the definition of the Mental Health Act. Women feel more vulnerable carrying out their work than men ($t = 3,243$, $p = 0,03$), male respondents expressed a bigger desire for training, which would cover the use of coercive measures ($t = 1,198$, $p = 0,232$).

Discussion: It turned out that employed in the prehospital environment faced violence in their workplace and that the use of special protective measures is necessary. The approach to the patient with a mental disorder must be tactful, conducted with a high degree of sensitivity and trust. Respondents need more training in the context of the use and application of coercive measures.

Key words: <special precautionary measures>, <violent behaviour>, <emergency medical treatment>, <paramedics>, <health care>

KAZALO

1	UVOD.....	1
2	TEORETIČNI DEL.....	3
2.1	NUJNA MEDICINSKA POMOČ V SLOVENIJI	3
2.1.1	Organizacija dela in delo reševalca v NMP.....	4
2.2	DUŠEVNE MOTNJE	5
2.2.1	Duševne motnje in agresivnost.....	6
2.3	NUJNA PSIHATRIČNA STANJA IN POJAVNOST SOOČANJA REŠEVALCEV Z NASILJEM V PREDBOLNIŠNIČNEM OKOLJU	6
2.4	POSEBNI VAROVALNI UKREPI.....	8
2.5	OBRAVNAVA PACIENTA Z NAISLIM VEDENJEM IN UPORABA PRISILNIH UKREPOV V PREDBOLNIŠNIČNEM OKOLJU	9
2.5.1	Asistenca policije in prevoz pacienta z nasilnim vedenjem	12
2.6	ETIČNE DILEME	14
3	EMPIRIČNI DEL.....	16
3.1	NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA	16
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	16
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	17
3.3.1	Metode in tehnike raziskovanja	17
3.3.2	Opis merskega instrumenta	17
3.3.3	Opis vzorca	19
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	20
3.4	REZULTATI	21
3.4.1	Rezultati drugega tematskega sklopa	21
3.5	RAZPRAVA	41
3.5.1	Omejitve raziskave	44

4	ZAKLJUČEK.....	46
5	LITERATURA.....	47
6	PRILOGE	
6.1	INSTRUMENT	

KAZALO SLIK

Slika 1: Oviranje pacienta nekoč (Vir: Holliman, n.d.).....	10
Slika 2: Oviranje pacienta nekoč (Vir: Holliman, n.d.).....	10
Slika 3: Zahtevke za pomoč policije (vir: OZG, OE Zdravstveni dom Kranj, 2016)	12
Slika 4: Pooblastilo za spremstvo pacienta (Vir: OZG, OE Zdravstveni dom Kranj, 2016).....	14
Slika 5: Starost anketirancev	20
Slika 6: Delovna doba anketirancev	20
Slika 7: Pogostost srečanja anketirancev z intervencijo fizičnega oviranja pacienta v zadnjem letu.....	22
Slika 8: Odločitev zdravnika in reševalca skupaj, v katero zdravstveno ustanovo bo pripeljan pacient po obravnavi	32
Slika 9: Zdravnik in svojci skupaj odločajo, v katero zdravstveno ustanovo bo pacient pripeljan po končani obravnavi	33
Slika 10: Zdravnik, pacient, svojci in reševalci skupaj odločajo, v katero zdravstveno ustanovo bo pacient pripeljan po končani obravnavi	34

KAZALO TABEL

Tabela 1: Demografski podatki anketirancev	19
Tabela 2: Srečanje z intervencijo v službi, na kateri se uporablja fizično oviranje	21
Tabela 3: Varnost pri delu na intervencijah, kjer se uporabljajo prisilni ukrepi	23
Tabela 4: Varnost pri delu na intervencijah, kjer se uporabljajo prisilni ukrepi glede na izobrazbo	24

Tabela 5: Vpliv izobrazbe na varnost in komunikacijo na intervencijah, kjer je potrebna uporaba prisilnih ukrepov	26
Tabela 6: Načini oviranja na intervencijah, kjer je potrebna uporaba prisilnih ukrepov	27
Tabela 7: Odnos reševalcev do uporabe prisilnih ukrepov glede na izobrazbo	28
Tabela 8: Odnos reševalcev do uporabe prisilnih ukrepov glede na spol	29
Tabela 9: Poznavanje definicije varovalnih ukrepov, ki jo navaja Zakon o duševnem stanju.....	30
Tabela 10: Poznavanje definicije Zakona o duševnem zdravju glede na izobrazbo	30
Tabela 11: Sestava ekipe na terenu pri intervenciji, kjer je potrebna uporaba posebnih varovalnih ukrepov	31
Tabela 12: Povezanost med faktorji in starostjo.....	31
Tabela 13: Načini oviranja na intervencijah, kjer je potrebna uporaba prisilnih ukrepov glede na udeležnost intervencije z uporabo fizičnih ukrepov	35
Tabela 14: Povezanost med načini oviranja, kjer je potrebna uporaba prisilnih ukrepov in delovno dobo	36
Tabela 15: Prisilni ukrepi in uporaba prisilnega jopiča, kot način oviranja pacientov v predbolnišničnem okolju glede na spol	37
Tabela 16: Razlog pacientovega vedenja kot vzrok za uporabo prisilnih ukrepov	39
Tabela 17: Uporaba prisilnih ukrepov za neprimerno vedenje pacientov glede na spol	40

1 UVOD

Na duševno zdravje se je dolga leta gledalo predvsem kot na bolezen, poudarjeni so bili le negativni vidiki. Ljudje, ki so boleli za temi boleznimi, so bili obravnavani kot nori, obsedeni in nevredni normalnega življenja. Danes je znano, da lahko za duševno boleznijo zboli vsak, pogled na duševne bolezni pa je manj izključujoč in diskriminatoren. V praksi je še vedno težko sprejeto, da je človek z duševno boleznijo lahko drugačen, ranljivejši, ob tem zaradi bolezni manj učinkovit, vendar z enakimi pravicami kot vsi ostali. Težko sprejmemo, da je vsak človek edinstven in enkratni ter, da ima pravico do svojega pogleda, do svoje realnosti in tudi do enakopravnega sodelovanja v procesih zdravljenja (Jeriček Klanšček, 2009).

Zdravljenje in zdravstvena nega duševno bolnih sta bila vedno odvisna od odnosov obstoječe družbe do njih. Tudi zdravstvena nega na področju psihiatrije je v svoji specialnosti in posebnosti v odnosu do drugačnih, ranljivejših in občutljivejših pacientov nenehno na preizkušnji. V sodobnem času je zdravstvena nega na področju psihiatrije predvsem proces človeške komunikacije, ki sloni na značilnem medosebnem odnosu med medicinsko sestro in pacientom. Medosebni odnos je usmerjen v pomoč pacientu, da doseže največjo mero samostojnosti in neodvisnosti oziroma prilagojenega delovanja ob upoštevanju njegovih zmožnosti in sposobnosti. Danes je to individualno načrtovana zdravstvena nega, ki pacienta spodbuja k prevzemanju odgovornosti za lastno zdravje (Gosak, 2011).

S pacienti, ki imajo duševne motnje, se velikokrat srečujemo tudi reševalci. Lahko je to na terenu, pri njih doma ali v ambulantah nujne medicinske pomoči. Zato Kokalj in sodelavci (2015) pravijo, da naj zdravstveno osebje pozna osnove zdravstvene obravnave in zakonodaje s področja duševnega zdravja. Dileme pri zdravstveni obravi pacienta z duševno motnjo se pojavljajo na terenu zlasti takrat, ko pacient kaže odkrito agresivno vedenje usmerjeno proti sebi ali drugim. Dileme so strokovne, pravne in etične. Ob izraženem nasilju pacienta je občasno potrebna uporaba prisilnih ukrepov, s katerimi zaščitimo pacienta in okolico. Uspešno izvedena intervencija pri nasilnem pacientu zahteva od reševalcev znanje in veščine, predvsem na področju

komuniciranja in medosebnega odnosa. Prestor (2013) navaja, da je pri obravnavi pacientov v predbolnišničnem okolju potrebno komunikacijo s pacientom prilagoditi, saj ekipa nujne medicinske pomoči največkrat vstopa v pacientove zasebne prostore, v pacientov dom. Stanje zmanjšane prištevnosti pri pacientih pomeni še posebej težko vrsto komuniciranja, saj mora zdravstveni tim ob tovrstnih komunikacijah vložiti ogromno napora.

V smislu zagotavljanja enakosti obravnave potrebuje pacient z akutnim poslabšanjem duševne motnje na terenu enakovredno stopnjo skrbi s strani zdravstvenega osebja, kakor je ta zagotovljena pri vseh drugih akutnih stanjih, denimo pri pacientih z internističnimi boleznimi ali akutno poškodovanimi. Za takega pacienta mora poskrbeti celotna zdravstvena ekipa, torej zdravnik in dva zdravstvena tehnika. Kadar je pacient zaradi bolezni nasilen, je potrebno poskrbeti za njegovo varnost, ob tem pa tudi za varnost vseh udeleženih pri intervenciji. Če je potrebno, lahko zdravnik zaprosi za pomoč še druge intervencijske službe (npr. policijo, gasilce). Brez njihove pomoči intervencij pogosto ni mogoče izpeljati (Mohor, 2006).

Zaposleni v nujni medicinski pomoči so zaradi narave in obsega dela velikokrat izpostavljeni nasilju in z njim povezanimi stresnimi dogodki. Prav zaradi tega se od njih zahteva ali pričakuje primeren odziv na kritične situacije. Kelbič in Fekonja (2015) ugotavljata, da je prisotnost nasilja na delovnem mestu v nujni medicinski pomoči v zadnjih letih močno narasla. Služba nujne medicinske pomoči predstavlja dejavnik tveganja za nastanek nasilnih dogodkov zaradi vrste storitev, ki jih opravljajo zaposleni in stresnega okolja. Kako se osebje odziva na to nasilje, pa je največkrat odvisno od izkušenj posameznika. S tem, ko zaposleni dela dalj časa, pridobiva izkušnje in se tako lažje spoprijema z nasiljem in težavami, ki se lahko pojavijo pri delu z nasilnimi pacienti. V slovenskem prostoru široka raziskava med reševalci o pojavnosti nasilja in posledično o uporabi posebnih varovalnih ukrepov še ni bila narejena. Zato bomo v naši raziskavi diplomskega dela raziskali to področje.

2 TEORETIČNI DEL

Za razliko od bolnišnične nujne medicinske pomoči, ki se izvaja na sekundarni in terciarni dejavnosti v okviru nujne medicinske pomoči, se predbolnišnična nujna medicinska pomoč izvaja na primarni ravni zdravstvene dejavnosti, v okviru mreže službe nujne medicinske pomoči. Mreža izvajalcev predbolnišnične nujne medicinske pomoči je sestavljena iz predbolnišničnih enot nujne medicinske pomoči. Organiziran razvoj predbolnišnične nujne medicinske pomoči v Sloveniji se je začel z uvedbo prve ekipe nujne medicinske pomoči v ZD Celje leta 1986. Leta 1990 se je v okviru Zveze društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije ustanovila Sekcija zdravstvenih tehnikov in medicinskih sester reševalcev, ki je načrtala strategijo razvoja in usposabljanja zaposlenih v zdravstveni negi na reševalnih postajah. Od leta 1995 dalje Sekcija reševalcev vsako leto pripravlja vsaj dve strokovni srečanja, na katerih skuša svojim članom ponuditi čim več uporabnega znanja (Prestor, 2006).

2.1 NUJNA MEDICINSKA POMOČ V SLOVENIJI

Nujna medicinska pomoč (v nadaljevanju NMP) je mlada veja zdravstva, še posebno, če govorimo o predbolnišnični NMP (Prestor, et al., 2010). Služba NMP je javna služba za opravljanje storitev medicinske oskrbe v primeru nujnih stanj na terenu ali v primarnih zdravstvenih ustanovah. Pod pojmom služba NMP razumemo tudi storitev nujnih reševalnih prevozov pacientov ali poškodovancev do mesta dokončne oskrbe v bolnišnici. Izraz služba NMP se uporablja ožje izključno tudi za predbolnišnično oskrbo, ali pa širše z vključitvijo oskrbe urgentnih oddelkov v bolnišnicah, ki so ustanove sekundarnega zdravstvenega nivoja in urgentnih oddelkov v bolnišnicah, ki so ustanove terciarnega zdravstvenega nivoja. Služba NMP izvaja zdravstveno oskrbo in napredne medicinske postopke že na terenu ali med prevozom v bolnišnico (Popič, 2007; Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči, 2015).

Crnić (2010) imenuje NMP kot prvi člen verige, s katerim se bodo nenadno oboleli in poškodovani srečali. NMP je ključna pri preprečevanju ali zmanjševanju trajne invalidnosti zaradi prej omenjenih stanj. Za NMP je značilno, da sta za zagotavljanje

uspeha enako pomembna stroka in organizacija dejavnosti. Zagotovljena je najvišja možnost usposobljenosti kadra za zagotavljanje neprekinjene službe, ki omogoča najkrajši možni odzivni čas. Prav pri NMP je pravočasnost eden izmed ključnih elementov kakovosti. Služba NMP zaradi svoje narave dela ne more delovati drugače kot neprekinjeno, 24 ur dnevno in vsak dan (Zdravniška zbornica Slovenije, 2011).

Pomen službe NMP je enako velik na terenu, kot tudi v bolnišnicah. Izven bolnišnic zagotavljajo NMP enote določene z mrežo, v bolnišnicah pa z mrežo določena urgentna služba bolnišnice. Zaradi tega mora imeti (ali pa naj bi vsaj imela) vsaka bolnišnica urgentni center za sprejem in oskrbo urgentnih bolnikov in dodatno urgentno službo za oskrbo že hospitaliziranih bolnikov (Zdravniška zbornica Slovenije, 2011).

2.1.1 Organizacija dela in delo reševalca v NMP

Kakovostno službo NMP sestavljajo trije glavni elementi, ki se nato delijo podrobneje. Ti elementi so predbolnišnična nujna medicinska pomoč, bolnišnična nujna medicinska pomoč in dispečerski center (Popič 2007; Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči, 2015). Dober sistem NMP temelji na naslednjih načelih in vrednotah: 1) strokovnost, 2) pravočasnost, 3) uspešnost, 4) učinkovitost, 5) ekonomičnost, 6) neodvisnost, 7) enakopravna dostopnost, 8) kakovost, 9) varnost, 10) odgovornost, 11) solidarnost, 12) prilagodljivost, 13) etično ravnanje, 14) osredotočenost na pacienta, 15) spremljanje napredka in razvoja (Zdravniška zbornica Slovenije, 2011).

V še ne tako daljni preteklosti so bili reševalci bolničarji, ki so se za reševalce izobrazili v bolnišnicah. S profesionalizacijo poklica reševalca, se je izobrazbena struktura močno povečala. Včasih je delal na tem področju povsem neizobražen kader. Danes reševalce v zdravstvu predstavljajo različni profili, od tistih s srednješolsko izobrazbo, do tistih z visoko šolsko izobrazbo s področja zdravstvene nege (Prestor, et al., 2010). Z dvigom izobrazbene stopnje so se povečale tudi kompetence reševalcev in lahko rečemo, da je danes njihova vloga v NMP ključna, saj brez reševalca sistema NMP ni (Žmavc, 2010). Višje izobražen kader pomeni, da moramo reševalce tudi dalj časa usposablјati. Vsak, ki odide iz tega poklica, ga je treba na novo izobraziti. Delo reševalca je izpostavljeno tudi zapletom in pastem, ki pa jih dobro izobraženi reševalci lahko uspešno rešijo (Jus, et al.,

2010). Poznavanje osnov urgentne medicine, obvladovanje postopkov pri katerih sodeluje kot član urgentnega tima, poznavanje opreme v urgentnem vozilu, vožnja urgentnega vozila, delo dispečerja in poznavanje dela v izrednih razmerah in masovnih nesrečah in nenazadnje veselje do dela v urgenci. Vse to so naloge in odlike, ki jih mora imeti reševalec (Žmavc, 2007).

2.2 DUŠEVNE MOTNJE

Duševne bolezni imajo svojo specifičnost. Opredeljene so kot vedenjska ali psihološka sprememba, ki opravičuje psihiatrično zdravljenje. Pri tistih boleznih (zamračenost, delirij, samomorilno vedenje, psihoza z nenadzorovanimi halucinacijami in blodnjami ipd.), ki zaradi spremenjenega vedenja, čustvovanja in mišljenja lahko tudi ogrožajo življenje posameznika ali ljudi v okolici, je ukrepanje nujno (Danieli, 2008). Klančar (2005) navaja, da je duševna bolezen širok pojem, ki ga uporabljajo za tiste diagnozi dosegljive fiziološke motnje možganov, ki pomembno poškodujejo človekovo sposobnost razmišljanja, občutenja in vzpostavljanja odnosov z drugimi. Če ostanejo nezdravljene, zmanjšajo človekovo sposobnost obvladovanja vsakodnevnih zahtev življenja. Po njenih raziskavah je ocenjeno, da je preko 20% populacije prizadete s katero od duševnih bolezni, oziroma, da se ta pojavi v vsaki peti družini. To pomeni, da so duševne bolezni pogostejše kot rak, sladkorna ali srčno žilna bolezen. Kores-Plesničar (2011) piše, da je psihiatrija edina veda medicine, ki natančno formalizira diagnostične procese duševnih motenj. Duševne oziroma psihične motnje klasificira v kategorične sheme oziroma v klasifikatorne sisteme. Prav tako navaja, da se trenutno v klinični praksi uporabljata dva, in sicer Mednarodna klasifikacija bolezni – 10 (MKB-10), ki jo je izdala Svetovna zdravstvena organizacija in se uporablja v Evropi, ter Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV (DSMV IV), ki je ameriški klasifikatorni sistem. MKB-10 se izrazu bolezen ali obolenje izogiba in uporablja izraz motnja. V nadaljevanju bomo zato govorili o duševnih motnjah, ki so povezane z agresijo ali nasiljem.

2.2.1 Duševne motnje in agresivnost

Agresivnost je vedenje, značilno za vsa živa bitja. V psihiatriji se pogosteje uporablja izraz nasilje in ne agresija. Nasilje vključuje negativno plat, kaže pa se kot fizično ali verbalno nasilje (Rijavec, 2015). Groleger (2009) in Kregar (2012) navajata, da nasilnega vedenja med pacienti z duševnimi motnjami ni nič več, kot v splošni populaciji. Različne načine in oblike nasilja je mogoče v širokem krogu abnormnega vedenja srečati kot primarno, sekundarno in terciarno. Za dobro prepoznavanje in upravljanje z nasilnim vedenjem pacientov morajo strokovnjaki dobro poznati dejavnike tveganja. Gosak (2011) navaja, da so dejavniki tveganja za nastanek nasilnega vedenja sledeči: 1) aktualno in potencialno izvajanje fizičnega nasilja, 2) nekatera nevrološka obolenja, 3) demenca različne etiologije, 4) stanje zamračene zavesti, 5) nekatere halucinacije, 6) ogrožajoče blodnje, 7) globoka depresija, 8) destruktivno mišljenje, 9) osebnostna motenost in dezorganiziranost, 10) posttravmatski stresni sindrom, 11) primitivna osebnost, ko pacient čustvene napetosti ni sposoben razumsko predelati in deluje po načelu kratkega stika, 12) zloraba drog, 13) drugo. Groleger (2009) poudarja pomen varnosti pri ocenjevanju tveganja za nasilno vedenje. Ocena tveganja za nasilno vedenje po njegovem vključuje pregled klinične slike in dejavnikov tveganja, kamor na prvo mesto sodi zgodovina nasilnega vedenja.

2.3 NUJNA PSIHATRIČNA STANJA IN POJAVNOST SOOČANJA REŠEVALCEV Z NASILJEM V PREDBOLNIŠNIČNEM OKOLJU

Psihiatrična nujna stanja so vsa stanja, ko pacient zaradi motnje vedenja, afekta ali mišljenja ogroža sebe ali druge in predstavljajo pomemben stres za vse udeležene. Vzrok so lahko številne, tudi potencialno življenjsko ogrožajoče telesne bolezni in duševne motnje, zato zahtevajo takojšnjo obravnavo in zdravljenje. Cilj obravnave psihiatričnih nujnih stanj je uporaba najmanj restriktivnih ukrepov, s katerimi še lahko zagotavljamo varnost vseh udeležениh, vzpostavitev terapevtske alianse z bolnikom in načrtovanje ustreznega zdravljenja (Avguštin Avčin, 2012). Danieli (2006) piše, da pri obravnavi pacientov z izraženim nasilnim vedenjem v predbolnišničnem okolju, lahko sodeluje tudi policija z nudenjem asistence. Ugotovljeno je, da so glavni razlog za

nasilno vedenje pacientov njihova psihotična doživljanja. Tu gre za strokovne vsebine, ki jih reševalci ne poznajo dovolj. Zato obstaja potreba po dodatnem usposabljanju reševalcev, in sicer predvsem tistih, ki se pri svojem delu srečujejo s pacienti, ki imajo duševno motnjo in so lahko tudi nasilni (Szarpak, et al., 2013). V raziskavi Boyla in sodelavcev (2007) so med drugim ugotovili tudi, da se reševalci v predbolnišničnem okolju srečujejo z nasiljem na delovnem mestu. Svetujejo, da se razišče dejanska razširjenost nasilja na njihovem delovnem mestu. Poudarjajo potrebo po dodatnem izobraževanju s področja spoprijemanja z nasiljem na delovnem mestu, kar še posebej velja za nove in mlajše reševalce, ki pričnejo z delom takoj po končanem šolanju. Happel in Koehn (2010) pišeta, da je v predbolnišničnem okolju pri soočenju s pacientom, ki je nasilen, nujna uporaba različnih prisilnih ukrepov (PU). Znano je, da je uporaba PU povezana tudi z odnosom zaposlenih v zdravstveni negi do uporabe teh sredstev. Izkazalo se je, da so uporabi PU bolj naklonjeni zdravstveni delavci z nižjo stopnjo izobrazbe, delavci moškega spola in tisti, ki imajo manj izkušenj z delom z nasilnimi pacienti.

Ekipe NMP se pri svojem delu večkrat srečujejo s situacijami, ki so povezane z nasiljem ali reševanjem nasilja (Grange & Corbett, 2002). Osamljeni niso niti primeri, kjer so tudi zdravstveni delavci žrtve nasilja pri delu s strani pacientov. Zakon o pacientovih pravicah ščiti paciente, na žalost pa ne ščiti izvajalcev, ki se pogosto znajdejo v situaciji, ko nimajo ustrezne zaščite pred nasilnim pacientom ali svojcem, ki so največkrat očitvidci pri obravnavi nasilnega pacienta (Čander & Virtič, 2009). Nasilni pacienti v predbolnišničnem okolju ogrožajo zdravstvene delavce. To je pokazala raziskava, ki sta jo izvedla Isenberg in Jacobs (2015). Ugotovila sta, da je na voljo premalo podatkov, ki iščejo optimalen pristop, kako ostati varen v primeru obravnave pacientov z izraženim nasiljem. Hagen (2013) piše, da je več kot 90% zaposlenih v NMP že bilo izpostavljeni nasilju na delovnem mestu. Pri obravnavi nasilnih pacientov je pomembno prepoznavanje dejavnikov, ki vplivajo na nasilno vedenje pri pacientih v predbolnišničnem okolju. Tako navaja Cheney (2006) in po njegovem je teh dejavnikov več in z njihovim prepoznavanjem se zaposleni lahko zaščitijo in obvarujejo, ter tako preprečijo morebitne poškodbe, ki nastanejo pri obravnavi nasilnih pacientov. Marx

(2003) je ugotovil, da so pri nasilnih pacientih, ki so ogrožali sebe in zaposlene v predbolnišničnem okolju, največkrat morali uporabiti fizično oviranje.

2.4 POSEBNI VAROVALNI UKREPI

Posebni varovalni ukrepi (v nadaljevanju PVU) so definirani v Zakonu o duševnem zdravju (Zakon o duševnem zdravju, 2008; Žmitek 2010) in so opredeljeni kot nujen ukrep, ki se ga uporablja zaradi omogočanja zdravljenja osebe ali 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. Namenjeni so zagotavljanju varnosti in omogočanju zdravljenja (Možgan, 2009). PVU izvaja negovalni tim po naročilu zdravnika, uporabljajo pa se v psihiatričnih in drugih kliničnih okoljih (Kovač, 2012). V zadnjih nekaj deset letih je bil v psihiatriji narejen velik napredek s tem, ko se je zmanjšala uporaba teh ukrepov. Bregar in Možgan (2012) navajata, da se je uporaba PVU v preteklosti tudi zlorabljala. Tudi Mohor (n.d.) piše, da obstaja možnost zlorabe tega ukrepa v namene, ki nimajo zveze z zdravstvenim interesom bolnika.

Oviranje obstaja v več oblikah in načinih, kateri način pa se uporablja, določi zdravnik (Velikanje, 2012). Vedno je potrebno pričeti z najmanj restriktivnim ukrepom. Možgan (2009), deli PVU na medikamentozne in fizične, pri katerih je potrebno upoštevati protokol fizičnega oviranja, časovne nadzore in vse dogajanje med trajanjem tako restriktivnega ukrepa. Kovač (2012) opozarja na poznavanje indikacij in kontraindikacij za uporabo PVU, saj tako lahko preprečimo neposredne nevarnosti in poškodbe pacienta in zaposlenih. Možganova (2009), piše, da se v predbolnišničnem okolju izjemoma uporabljajo tudi prisilni jopiči, ki pa se v bolnišnicah ne uporabljajo več. Tudi pri tej obliki oviranja je potrebno neprekinjeno opazovanje in dokumentiranje izvedene intervencije.

2.5 OBRAVNAVA PACIENTA Z NASILNIM VEDENJEM IN UPORABA PRISILNIH UKREPOV V PREDBOLNIŠNIČNEM OKOLJU

Pri pregledu literature smo ugotovili, da je zelo malo napisanega o uporabi PVU ali prisilnih ukrepov (v nadaljevanju PU) v predbolnišničnem okolju. Obravnava pacienta z nasilnim vedenjem v predbolnišničnem okolju je težavna naloga, pri kateri sta za izvedbo potrebna znanje in izkušnje celotne ekipe NMP. Zdravnik je vodja ekipe in oceni stanje pacienta, ter se na podlagi ocene odloči za hospitalizacijo. V primeru nasilja s strani pacienta, se lahko odloči za asistenco policije, saj je potrebno poskrbeti za varnost pacienta in ostalih vpletenih (Mohor, 2006). V primeru izraženega nasilja s strani pacienta v predbolnišničnem okolju uporabljajo različne oblike PU. V tujini med PU prištevajo mehansko oviranje, medikamentozno oviranje in fizično oviranje. Pri nas za PU največkrat uporabljamo termin posebni varovalni ukrepi (Bregar & Možgan, 2012). Zakon o duševnem zdravju (2008) opredeljuje PVU kot nujen ukrep, ki se ga uporabi zaradi omogočanja zdravljenja osebe ali zaradi odprave oziroma obvladovanja nevarnega vedenja osebe, kadar je ogroženo njeno 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. Szarpak s sodelavci (2013) navaja, da je najpogostejša oblika PVU v predbolnišničnem okolju imobilizacija celotnega telesa in fizično oviranje. Bunney (n.d.) piše, da če se odločimo za uporabo PU v predbolnišničnem okolju, se moramo odločiti za najbolj primerno uporabo, ki pa je po njegovem oviranje štirih udov z varovanjem glave. Za to intervencijo je potrebnih 6 članov, po eden za vsak ud, en član za glavo in eden za nameščanje ovirnic. Pri obravnavi pacienta s poslabšanjem duševne motnje, je potrebno nositi varovalno opremo, najmanj rokavice, in odstraniti vse predmete, ki jih reševalci uporabljajo pri svojem delu in ki bi jih lahko tak pacient uporabil kot orožje.

Pristop k pacientu z duševno motnjo mora biti obziren, z veliko mero občutljivosti in zaupljivosti. Potrebno se mu je predstaviti, mu povedati za razlog našega obiska in ga povabiti k pogovoru. Upoštevati je potrebno bolnikovo željo po prisotnosti svojcev med pogovorom. S profesionalnim obnašanjem zdravstvenih delavcev je potrebno pacienta

vsaj poskušati prepričati, da mu želimo le pomagati, ga razumemo in sprejemamo takšnega kot je, da smo na njegovi strani. Na njemu razumljiv način je treba poskušati razložiti, kaj je njegov glavni problem in kako se mu lahko pomaga (Miller, 2005). Mohor (2006) navaja pravila za zmanjšanje verjetnosti bolnikovega nasilja. Bunney (n.d.) piše, da morajo vsi zaposleni v urgenci poznati znake in simptome potencialno nasilnih pacientov. Po njegovem lahko vsak pacient postane nasilen, vendar pa je pri pacientih z duševnimi motnjami, kot so demenca, delirij, manija ali shizofrenija, prisotnost nasilnega vedenja večja. Pri srečanju s takimi pacienti je pomembno prepoznavanje nasilnega vedenja in izogibanje le-temu. Najbolje bi bilo, ko bi pretirano nasilne paciente lahko pregovorili k pomiritvi. Za to se priporočajo različne metode. Če nam nasilnega pacienta ne uspe pomiriti z besedami, je nujna uporaba PU. Preden se odločimo za PU je potrebno pacientu razložiti katere vrste oviranja bomo uporabili in na kakšen način (Miller, 2005).



Slika 1: Oviranje pacienta nekoč (Vir: Holliman, n.d.)



Slika 2: Oviranje pacienta nekoč (Vir: Holliman, n.d.)

Pred vsakim fizičnim oviranjem je potrebno zagotoviti zadostno število zaposlenih, ki pa morajo poznati način oviranja in namestitve ovirnic. Izredno pomembna je varnost, tako pacienta kot zaposlenih (Richmond et. al, 2012; Miller, 2005). V predbolnišničnem okolju se pri pacientih z duševno boleznijo in ki so agresivni, priporoča 4-točkovno oviranje. To je oviranje s pasovi, ko pacienta fizično oviramo tako, da mu oviramo vse štiri ude, vsakega posebej, en član tima pa skrbi za varnost pacientove glave. Poznavanje pravilne uporabe PU in nameščanje ovirnic preprečuje nastanek poškodb pri pacientu in tudi pri zaposlenih, ki poseg oziroma intervencijo izvajajo. Zavedati se je potrebno, da mora biti uporaba 4-točkovnega fizičnega oviranja zadnji način oviranja, potem ko nam pacienta ne uspe pomiriti z deeskalacijskimi metodami (Booth, 2015). Deeskalacija je postopek s katerim se zmanjšuje stopnjevanje napetosti, z uporabo verbalnih in neverbalnih komunikacijskih tehnik. Namen deeskalacije je zmanjšati vznemirjenosti, jezo, sovražnost in potencialno nasilnost pri napetem bolniku (Rijavec, 2015). Pri vseh pacientih, ki jih oviramo, moramo biti pozorni na barvo kože na mestih, kjer so nameščene ovirnice (zapestje in gležnji), skrbeti moramo za prosto dihalno pot, nadzirati je potrebno vitalne funkcije, kot sta pulz in dihanje (Knox & Holloman, 2012). Reševalci lahko uporabijo PVU, če je zaradi psihotičnih motenj ogroženo življenje pacienta ali če le-ta ogroža svojo okolico. Ker gre pri uporabi PVU za postopke, ki močno posegajo v človekove pravice pacienta in lahko povzročijo zaplete s smrtnim izidom, je pomembno, da poznamo dejavnike, ki vplivajo na pojavnost PVU (Bregar & Možgan, 2012). Pomemben je tudi podatek, da so pacienti manj naklonjeni PU in pozivajo strokovnjake, da se njihova pojavnost zmanjša (Sibitz, et al., 2011). Na uporabo PVU v predbolnišničnem okolju vpliva delovna doba reševalcev in njihove izkušnje. Reševalci z več izkušnjami in delovno dobo nad pet let redkeje uporabljajo PVU kot tisti, ki imajo manj izkušenj in delovne dobe (Szarpak, et al., 2013).

Vsako uporabo PU je potrebno dokumentirati. Emergency Medical Services Pre-Hospital Statewide Treatment Protocols (2015) je protokol, ki ga uporabljajo v Združenih državah Amerike in zahteva, da se pri uporabi PU zapiše: 1) vzrok PU, 2) čas namestitve ovirnic, 3) način oviranja, ki ga uporabimo, 4) položaj pacienta med nameščanjem ovirnic, ter položaj pacienta med prevozom v zdravstveno ustanovo, 5)

oceno pacientovega stanja pred in med prevozom, 6) težave in zaplete med prevozom, 7) asistenco policije, če je bila potrebna.

2.5.1 Asistenca policije in prevoz pacienta z nasilnim vedenjem

Asistenca je pomoč oziroma sodelovanje policije pri obravnavi pacientov, ki imajo izraženo nasilje. Uporabo prisilnih sredstev po zakonu smejo uporabljati le policisti, drugi praviloma ne. Predvidena je v primerih pacientovega ravnanja, ki neposredno ogroža varnost ljudi. Za asistenco policije lahko zaprosi le zdravnik (Skočir, n.d.). Z asistenco policija, ki je izurjena in opremljena za onemogočanje nasilnih posameznikov, pacientu prepreči, da bi pobegnil in da bi poškodoval sebe ali druge. Tako policija omogoči medicinski ekipi delo in s tem poskrbi tudi za varnost bolnika in medicinskega osebja (Mohor, 2006).

Forma zahtevka za pomoč policije, izdana od OE Zdravstveni dom Kranj. Na vrhu je naslov 'ZAHTEVEK ZA POMOČ POLICIJE' in logo OE Zdravstveni dom Kranj. Podatki o izvajalcu zdravstvenih in socialnih storitev vključujejo naziv 'OSNOVNO ZDRAVSTVO GORENJSKE', organizacijsko enoto 'OE Zdravstveni dom KRANJ', naslov 'Gospodarska ulica 10, 4000 Kranj' in telefon '04 208 20 00'. Vsebuje tudi polja za ime in priimek ter podpis direktorja zdravstvene ustanove. Podatki o osebi, na katero se zahteva nanaša, vključujejo priimek in ime, datum in kraj rojstva, prebivališče, datum potovanja, kraj potovanja, naziv policije, pri kateri se zahteva pomoč, in zvezo o potekajočem postopku ogrožanja sebe ali drugih. Na dnu je polje za podpis in pečat direktorja zdravstvene ustanove.

Slika 3: Zahtevek za pomoč policije (vir: OZG, OE Zdravstveni dom Kranj, 2016)

Med pripravo za prevoz bolnika z duševno motnjo najpogosteje sodi prepričevanje le-tega, da ga lahko odpeljemo v bolnišnico. Tudi, če nam uspe pacienta z duševno motnjo prepričati, da gre prostovoljno z nami, je potrebno vedeti, da lahko ti pacienti zelo hitro in brez predhodnih znakov spremenijo svoje odločitve in v skrajnem primeru

poškodujejo sebe ali koga drugega. Zato jih je potrebno ves čas opazovati in vzdrževati čim višjo stopnjo zaupanja. (Kavzer, 2014).

Mohor (2006) in Kavzer (2014) navajata, da je izrednega pomena komunikacija, v katero spada tudi prepričevanje pacienta, da ga lahko odpeljemo v zdravstveno ustanovo. Če pacienta s pogovorom ne moremo prepričati, da bi šel z nami, se je potrebno pravilno pripraviti na prisilno hospitalizacijo. Pacientu je vedno pred prevozom potrebno pojasniti, kam ga peljejo. Lagati bolniku, da ga bodo peljali drugam, v drugo ustanovo ali oddelek bolnišnice, da se zaradi tega ne bi upiral, ni smiselno in ni pošteno. Bolnik lahko že med prevozom spozna prevaro in bo še težje zaupal medicinskemu osebju. Lahko pa tudi hitro in brez predhodnih znakov spremenijo svojo odločitev glede hospitalizacije in v najhujšem primeru poškodujejo sebe ali zdravstveno osebje, ki ga spremlja. Pacienta s poslabšanjem duševne motnje je potrebno, tako kot vse druge paciente, v bolnišnico prepeljati z reševalnim in ne s policijskim vozilom. Preden pacienta namestimo v reševalno vozilo preverimo, če nima pri sebi nevarnih predmetov, s katerimi bi lahko poškodoval osebje med prevozom.

Vsak pacient, ki je v ovirnici, potrebuje spremstvo zdravstvenega delavca med prevozom. Med prevozom pacienta v bolnišnico spremlja reševale-zdravstveni tehnik, zdravnik večinoma ni potreben. Med vožnjo spremljamo pacientove življenjske funkcije, po potrebi ga umirimo in v primeru slabosti ali bruhanja ukrepamo. Poskrbeti moramo za pacientovo varnost med prevozom in za varnost zdravstvenih delavcev in opreme v vozilu (Mohor, 2006; Turk & Kersnik, 2008a, 2008b, 2008c; Turk et al. 2008).

Na podlagi tretjega odstavka 55. člena Zakona o duševnem zdravju (Uradni list št. 77/2008) mora pacient, ki je v nujnem primeru brez njegovega privolenja napoten v psihiatrično bolnišnico, spremljati zdravnik, ki je osebo napotil oziroma drug zdravstveni delavec, ki ga je pisno pooblastil napotiti zdravnik.

POOBLASTILO ZA SPREMSTVO PACIENTA

Zdravnik _____, ki v bolnišnico _____

pošiljam pacienta _____, pooblašča zdravstvenega

delavca _____, da pacienta spremlja med prevozom

do psihiatrične bolnišnice.

 (Zig zdravnik)

 (Podpis zdravnik)

PRAVNI POUK
 Napotni zdravnik je v skladu s tretjim odstavkom 55. člena Zakona o duševnem zdravju (Uradni list št. 77/2008) dolžan izpolniti obrazec, v katerem pacient, ki ga je v nujnem primeru brez njegovega privolenja napotil v psihiatrično bolnišnico, ne bo spremljal med prevozom. Obrazci se nahajajo v Ambulanti za nujno medicinsko pomoč OE ZD Kranj. Izpolnjeno pooblastilo se vstavi v dokumentacijo o zdravstveni obravnavi pacienta.

Slika 4: Pooblastilo za spremstvo pacienta (Vir: OZG, OE Zdravstveni dom Kranj, 2016)

2.6 ETIČNE DILEME

Vsak dan sprejemamo različne etične odločitve, vendar običajno ne razmišljamo, ali se odločamo na osnovi kakšnih posebnih teorij oziroma načel. Izbiramo, presojujemo in ravnamo po svojih vrednotah, čeprav etika vključuje več utemeljevanja (Tschudin, 2004). Fizično oviranje je eno od etično in pravno najbolj problematičnih področij, ki močno posega v osnovne človekove pravice in posameznikovo pravico do avtonomije in dostojanstva. Zaradi resnosti problematike, ter številnih možnih zapletov in škodljivih posledic, ki jih oviranje povzroča, je nujno vsako oviranje izvesti v skladu z zakonodajo in pravili stroke, ki so obravnavani v zakonih države in protokolih posameznih ustanov oziroma bolnišnic (Naka, 2012).

Napotitev pacienta v bolnišnico proti njegovi volji oziroma brez njegove privolitve je problem, s katerim se v osnovnem zdravstvu znova in znova srečujejo. V etičnem smislu je zdravnik dolžan spoštovati pacientovo avtonomijo, hkrati pa mora delovati tudi v njegovo korist. Hospitalizacija proti volji pacienta je zagotovo eden izmed najbolj perečih postopkov in stičišče mnogih etičnih načel (celo med seboj nasprotujočih si), vendar kot tak sestavni del zdravstvenega varstva oziroma nujen medicinski ukrep. Zdravnik v postopku premaguje lastne predsodke okolja (Turk & Kersnik, 2008).

Pri fizičnem oviranju pacientov gre vedno za kršitev načela avtonomije, zato je potreben tehten premislek, ali je to res edina možna izbira za zagotavljanje varnosti in ali odločitev temelji izključno na načelu dobronamernosti in je v korist pacienta. Ta etična dilema je vedno prisotna kljub temu, da odločitev o oviranju sprejme zdravnik in oviranje izvedemo po njegovem naročilu (Naka, 2012).

Še en vidik hospitalizacije proti volji pacienta je ves čas prisoten. Vedno obstaja možnost zlorabe tega ukrepa v namene, ki nimajo nobene zveze z zdravstvenim interesom bolnika. Ta nevarnost, četudi danes najbrž le teoretična, bo obstajala toliko časa, dokler bo obstajal ukrep hospitalizacije proti volji pacienta, zato mora družba imeti vzpostavljene učinkovite mehanizme, ki zavarujejo državljane pred tovrstnimi zlorabami. Javnost o hospitalizaciji proti volji pacienta ni natančno informirana in se špekulacije okrog tega občasno pojavljajo v medijih. Zdravstvena služba v primeru neprostovoljne hospitalizacije pacienta, ki ni pristajal na bolnišnično zdravljenje, imel pa je akutne duševne motnje, iz razumljivih razlogov ne more seznanjati javnosti z zdravstvenim stanjem pacienta, njegovo diagnozo in vsemi okoliščinami, ki so opravičevale tak poseg. S tem bi kršili zdravniško tajnost. Za obravnavo spornih primerov obstajajo pooblaščen organi, ki imajo pravico in dolžnost ugotavljati, če je bil postopek speljan korektno in v interesu pacienta (Turk & Kersnik, 2008).

3 EMPIRIČNI DEL

Ker se večina reševalcev na intervencijah srečuje s pacienti, ki so nasilni, smo se odločili raziskati poznavanje in uporabo posebnih varovalnih ukrepov v predbolnišničnem okolju.

3.1 NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je raziskati odnos zaposlenih na reševalnih postajah do PU, katere PU uporabljajo in v kolikšni meri jih uporabljajo.

Cilji diplomske naloga:

- predstaviti NMP v Sloveniji,
- opredeliti PU v psihiatriji in v predbolnišničnem okolju,
- ugotoviti odnos reševalcev do PU,
- ugotoviti, pojavnost različnih PU v predbolnišničnem okolju in
- ugotoviti, kako se zaposleni na reševalnih postajah soočajo z intervencijami na katerih so pacienti nasilni in pri katerih so potrebni PU.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

- Kako pogosto se reševalci srečujejo z intervencijami, kjer je potrebna uporaba PU?
- Kakšen je občutek varnosti reševalcev pri zdravstveni obravnavi pacienta, ki je nasilen, glede na delovno dobo?
- Katere vrste PU uporabljajo reševalci na intervencijah?
- Kakšen pomen ima odnos reševalcev do uporabe različnih PU glede na spol in izobrazbo?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Raziskava je temeljila na deskriptivni metodi empiričnega kvantitativnega raziskovanja.

3.3.1 Metode in tehnike raziskovanja

Teoretični del naloge smo zasnovali na pregledu domače in tuje literature. Iskanje podatkov je potekalo v svetovnih podatkovnih bazah kot so COBISS, CINAHL, PubMed, SpringerLink, Medline idr. Zadetke smo iskali s ključnimi besedami: prisilni ukrepi, prisilni ukrepi v predbolnišničnem okolju, posebni varovalni ukrep, posebnost varovalnih ukrepov v predbolnišničnem okolju, nujna stanja v psihiatriji in pojavnost nasilja nad zaposlenimi v predbolnišničnem okolju. Za tuje raziskave smo iskali naslednje ključne besede: special coercive measures, paramedic coercive measures, suicidal behaviour, psychiatric care, emergency psychiatry, aggressive psychiatric patient.

V empiričnem delu smo podatke zbirali s tehniko anketiranja zaposlenih v predbolnišničnem okolju.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Podatke za empirični del smo pridobili s pomočjo vprašalnika, ki smo ga po pregledu literature oblikovali glede na namen in cilje diplomskega dela (Danieli, 2006, 2008; Boyle, et al., 2007; Happel & Koehn, 2010; Bregar & Možgan, 2012; Szpark, et al., 2013). Vprašalnik je sestavljen na podlagi domačih in tujih raziskav, vsebuje 15 vprašanj, ki so odprtega in zaprtega tipa, z več ponujenimi odgovori. Prvi sklop vprašanj obsega demografske podatke, drugi sklop obsega vprašanja o PVU, ki se nanašajo na intervencije v predbolnišničnem okolju in tretji sklop se nanaša na varnost zaposlenih (in pacientov) na intervencijah, kjer se reševalci srečujejo s pacienti z duševnimi motnjami. V tretjem sklopu so anketiranci vprašanja vrednotili s pomočjo pet-stopenjske Likertove lestvice pri kateri ocena 1 pomeni, da se z navedenimi trditvami sploh ne strinjajo, ocena 2 pomeni, da se z navedenimi trditvami ne strinjajo, ocena 3 pomeni, da se z navedenimi trditvami delno strinjajo, ocena 4 pomeni, da se z

navedenimi trditvami strinjajo in ocena 5 pomeni, da se z navedenimi trditvami popolnoma strinjajo. Razumljivost vprašalnika smo preverili tako, da smo ga pred raziskavo testirali pri treh sodelavcih, ki smo jih zaprosili naj natančno preberejo in rešijo vprašalnik, ter nam podajo morebitne pripombe, mnenja in spremembe. Zanesljivost vprašalnika smo pri vprašanjih s trditvami preverili s Cronbachovim koeficientom zaupanja (Cenčič, 2009). Preverili smo naslednja vprašanja:

- Pri vprašanju 9 nas je zanimala varnost pri delu na intervencijah, kjer se uporabljajo prisilni ukrepi. Anketiranci so obkroževali možnosti pri podanih šestih trditvah. Zanesljivost vprašalnika lahko potrdimo s Cronbachovim koeficientom Alpha 0,831.
- Z 10 vprašanjem smo želeli ugotoviti varnost in nadzor nad pacientom med prevozom v bolnišnico. Anketiranci so obkrožali vrednosti pri petih trditvah. Koeficient Alpha znaša 0,824, s čimer lahko potrdimo zanesljivost vprašalnika.
- Pri 11 vprašanju smo ugotavljali kdo odloča v katero zdravstveno ustanovo je pacient prepeljan po končani obravnavi. Anketiranci so obkroževali možnosti na podanih osmih trditvah. Cronbachov koeficient Alpha znaša 0,816, s tem zopet potrdimo zanesljivost vprašalnika.
- Z 12 vprašanjem smo želeli izvedeti, v kolikšni meri se anketiranci strinjajo z navedenimi trditvami o prisilnih ukrepih. Na voljo so imeli šest trditev. Vrednost Cronbach Alphe je 0,829.
- 13 vprašanje je bilo sestavljeno iz trditev, s katerimi smo ugotavljali, kateri od naštetih načinov oviranja, se zdi anketirancem najbolj učinkovit na intervencijah, kjer je potrebna uporaba prisilnih ukrepov. Podanih je bilo šest trditev. Cronbachov koeficient Alpha znaša 0,841, s čimer lahko potrdimo zanesljivost vprašalnika.
- Pri 14 vprašanju smo z Likertovo lestvico podali trditve, s katerimi smo ugotavljali prisilne ukrepe in uporabo prisilnega jopiča kot način oviranja pacientov v predbolnišničnem okolju. Trditev je bilo devet. Vrednost Cronbachovega koeficienta Alpha znaša 0,825.
- Z zadnjim vprašanjem smo ugotavljali, kako pogosto je različno vedenje pacientov vzrok za uporabo prisilnih ukrepov. Podanih je bilo devet trditev.

Zanesljivost vprašalnika lahko potrdimo s Cronbachovim koeficientom Alpha 0,811.

3.3.3 Opis vzorca

Vprašalnik smo razdelili med reševalce (zdravstvene tehnike, diplomirane zdravstvenike / medicinske sestre in zdravnike v NMP) zaposlene na reševalnih postajah Jesenice, Bled, Tržič, Škofja Loka, Kranj in na 9. strokovnem izobraževalnem tekmovanju ekip NMP, kjer so sodelovale ekipe iz vse Slovenije. Nenaključno smo razdelili 200 vprašalnikov, vrnjenih smo dobili 178, kar predstavlja 89-odstotno realizacijo vzorca. Vsi vrnjeni vprašalniki so bili zajeti v statistično obdelavo podatkov.

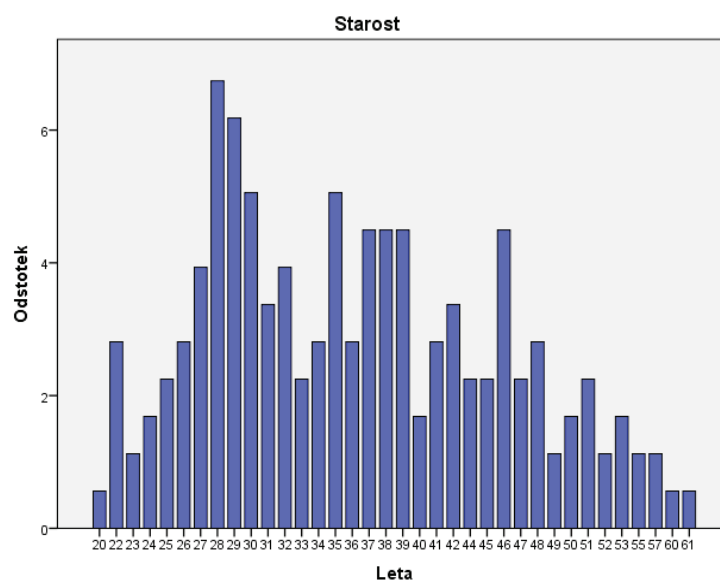
Tabela 1 prikazuje demografske podatke anketirancev. Kot je razvidno, je bilo anketiranih 123 moških in 55 žensk. Največ anketirancev (46,6 %) ima srednješolsko izobrazbo, 29,2 % jih ima višješolsko ali visokošolsko izobrazbo, 23,6 % anketirancev pa ima univerzitetno izobrazbo ali več.

Tabela 1: Demografski podatki anketirancev

		n	%	Kumulativni %
Spol	Moški	123	69,1	69,1
	Ženski	55	30,9	100,0
	Skupaj	178	100,0	
Izobrazba	Srednješolska izobrazba	83	46,6	46,6
	Višješolska ali visokošolska izobrazba	52	29,2	75,8
	Univerzitetna izobrazba ali več	42	23,6	100,0
	Skupaj	178	100,0	

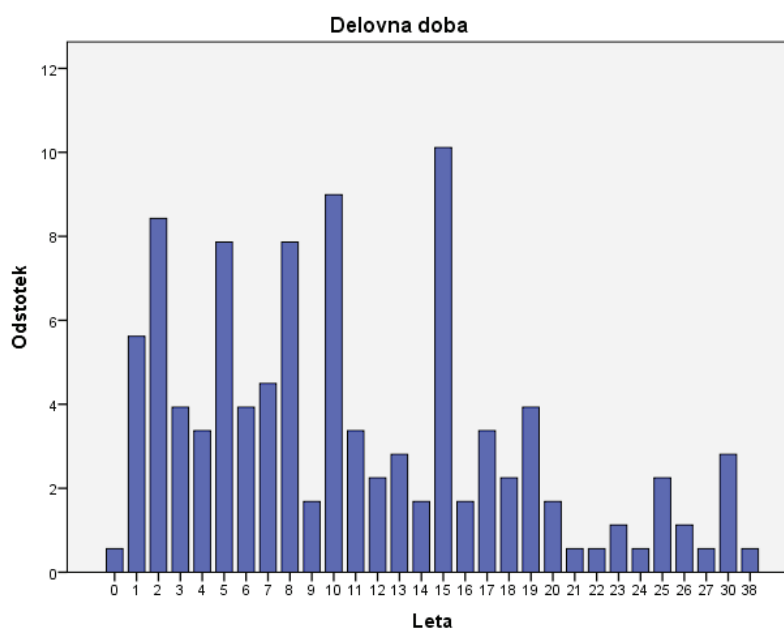
Legenda: n = število odgovorov, % = odstotni delež

Slika 5 prikazuje starost anketirancev. Povprečna starost anketiranih je 41 let, s standardnim odklonom 8 let.



Slika 5: Starost anketirancev

Slika 6 prikazuje delovno dobo anketirancev. Povprečna delovna doba je 10,9 let.



Slika 6: Delovna doba anketirancev

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Po potrditvi dispozicije na Komisiji za diplomske zadeve in po pridobitvi soglasja vodstev posameznih zdravstvenih zavodov za našo raziskavo, smo vprašalnike razdelili

reševalcem. Pred izpolnjevanjem vprašalnika so bili obveščeni, da je vprašalnik popolnoma anonimen, sodelovanje prostovoljno in da bodo podatki uporabljeni izključno v raziskovalne namene. Anketiranje je potekalo v mesecu septembru in oktobru 2015. Za predstavitev odgovorov na zastavljena raziskovalna vprašanja smo uporabili frekvence in pripadajoče odstotke, povprečne vrednosti, standardne odklone, mediano, aritmetično sredino, modus, minimum in maksimum. Za analizo razlik smo uporabili t-test in hi-kvadrat test (p-vrednost statistične pomembnosti $p < 0,05$), za analizo povezanosti pa Pearsonov korelacijski koeficient ($p < 0,05$). Podatke smo obdelali z računalniškim statističnim programom SPSS, verzije 20.0 ter s pomočjo MSO Excel programa. Dobljeni rezultati so prikazani s pomočjo slik in tabel.

3.4 REZULTATI

Rezultate smo razdelili na dva tematska sklopa. Prvi tematski sklop obsega demografske podatke, ki so opisani v opisu vzorca ter prikazani v tabeli 1, ter na slikah 5 in 6. Drugi tematski sklop zajema rezultate glede na predhodno zastavljena raziskovalna vprašanja.

3.4.1 Rezultati drugega tematskega sklopa

Raziskovalno vprašanje 1: *Kako pogosto se reševalci srečujejo z intervencijami, kjer je potrebna uporaba prisilnih ukrepov?*

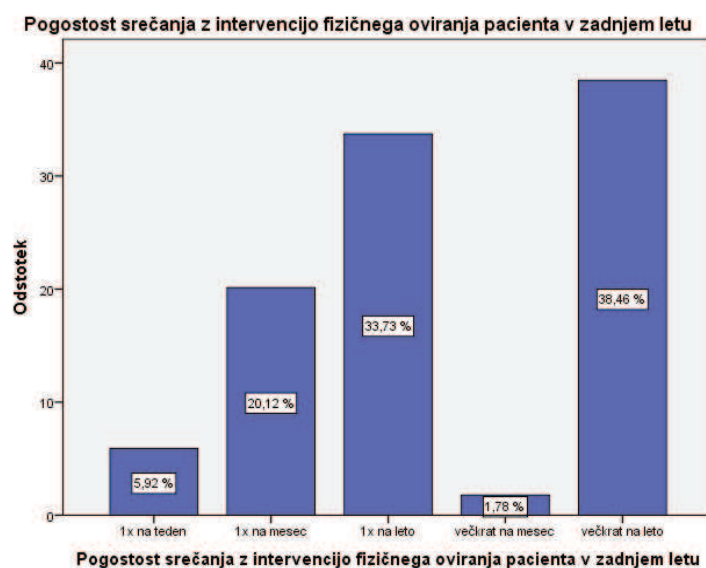
Tabela 2 prikazuje, ali so se anketiranci v službi že srečali z intervencijo, kjer je potrebno fizično oviranje pacienta. Kar 92,7 % anketirancev je na vprašanje odgovorilo pritrdilno, le 7,3 % anketiranih pa se s fizičnem oviranjem pacienta v službi ni srečalo.

Tabela 2: Srečanje z intervencijo v službi, na kateri se uporablja fizično oviranje

	n	%
Da	165	92,7
Ne	13	7,3
Skupaj	178	100

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotni delež

Slika 7 prikazuje, kako pogosto so se anketiranci v zadnjem letu na delovnem mestu srečali z intervencijo, kjer je bilo potrebno fizično oviranje pacienta. 38,46 % anketirancev se je z intervencijo, kjer je bilo fizično oviranje pacienta, srečalo v povprečju štirikrat letno, 33,73 % anketirancev se je srečalo z intervencijo enkrat letno, 20,12 % enkrat mesečno, 5,92 % enkrat tedensko in najmanj anketirancev, to je 1,78 %, se je z intervencijo kjer je bilo potrebno fizično oviranje pacienta srečalo večkrat mesečno, v povprečju štirikrat.



Slika 7: Pogostost srečanja anketirancev z intervencijo fizičnega oviranja pacienta v zadnjem letu

Raziskovalno vprašanje 2: *Kakšen je občutek varnosti reševalcev pri zdravstveni obravnavi pacienta, ki je nasilen glede na spol in izobrazbo?*

Tabela 3 prikazuje osnovno statistiko po spremenljivkah glede na spol. Pri drugi, četrtri in šesti spremenljivki (*Na intervencijah, kjer je potrebna uporaba prisilnih ukrepov se počutim ogroženo; Na intervencijah, kjer obravnavamo pacienta z duševno motnjo, s svojci komunicira pretežno zdravnik; Na intervencijah, kjer obravnavamo pacienta z duševno motnjo, s svojci komunicira pretežno policist / policistka*) je značilnost testa (p-vrednosti) nad 0,05, na podlagi tega ničelne hipoteze ne moremo zavrniti in domnevamo, da med spoloma ni razlik. Pri prvi, tretji in četrtri spremenljivki (*Na*

splošno se pri svojem delu počutim varno; Na intervencijah, kjer je potrebna uporaba prisilnih ukrepov prosimo za pomoč organov notranjega ministrstva – policijo; Na intervencijah, kjer obravnavamo pacienta z duševno motnjo, s svojci komunicira pretežno reševalec) pa je značilnost testa (p-vrednosti) pod 0,05, kar pomeni, da ničelno hipotezo zavrnamo in sprejmemo nasprotno. Lahko sklepamo, da med spoloma obstaja razlika, opisna statistika po skupinah pa nam pokaže, da imajo ženske višje povprečje (pri vsaki trditvi so anketiranci imeli možnost obkrožit eno vrednost, pri čemer je veljalo: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 popolnoma se strinjam). Na splošno se moški pri svojem delu počutijo bolj varne ($t = 3,243$, $p = 0,03$). Ženske na intervencijah, kjer je potrebna uporaba prisilnih ukrepov, večkrat prosijo za pomoč organe notranjega ministrstva – policijo ($t = -0,572$, $p = 0,01$). Ženske pogosteje trdijo, da na intervencijah, kjer se obravnava pacienta z duševno motnjo, s svojci komunicira pretežno reševalec ($t = 4,859$, $p = 0,001$). Ostale vrednosti glede na posamezne trditve so razvidne v tabeli 3.

Tabela 3: Varnost pri delu na intervencijah, kjer se uporabljajo prisilni ukrepi

Občutek varnosti	Spol	n	PV	t-vrednosti	p-vrednosti
Na splošno se pri svojem delu počutim varno	moški	123	- 3,84	3,243	0,03
	ženski	55	3,44		
Na intervencijah, kjer je potrebna uporaba prisilnih ukrepov se počutim ogroženo	moški	123	-3,14	-1,408	0,161
	ženski	55	3,36		
Na intervencijah, kjer je potrebna uporaba prisilnih ukrepov prosimo za pomoč organov notranjega ministrstva - policijo	moški	122	4,59	-0,572	0,01
	ženski	55	4,65		
Na intervencijah, kjer obravnavamo pacienta z duševno motnjo, s svojci komunicira pretežno zdravnik	moški	123	3,50	3,293	0,586
	ženski	55	4,00		

Občutek varnosti	Spol	n	PV	t-vrednosti	p-vrednosti
Na intervencijah, kjer obravnavamo pacienta z duševno motnjo, s svojci komunicira pretežno reševalec	moški	123	-2,85	4,859	0,001
	ženski	55	2,13		
Na intervencijah, kjer obravnavamo pacienta z duševno motnjo, s svojci komunicira pretežno policist / policistka	moški	123	2,15	0,276	0,783
	ženski	55	2,11		

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; t = statistika t-testa za neodvisne vzorce; p = statistična značilnost, Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam

Spodnja tabela 4 prikazuje kako varno se anketiranci v povprečju počutijo, na intervencijah, kjer se uporabljajo prisilni ukrepi, glede na izobrazbo. Pri posameznih trditvah so anketiranci imeli možnost obkrožiti eno vrednost, pri čemer je veljalo: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam. Anketiranci vseh izobrazb se delno strinjajo, da se na splošno se pri svojem delu počutijo varno. Anketiranci vseh izobrazb se tudi delno strinjajo s tem, da se na intervencijah, kjer je potrebna uporaba PU počutijo ogroženo. Anketiranci vseh izobrazb se strinjajo, da na intervencijah, kjer je potrebna uporaba PU, prosijo za pomoč organov notranjega ministrstva – policijo. Vsi se delno strinjajo, da na intervencijah, kjer obravnavajo pacienta z duševno motnjo, s svojci komunicira pretežno zdravnik. Vsi se ne strinjajo, da na intervencijah, kjer obravnavajo pacienta z duševno motnjo, s svojci komunicira pretežno reševalec. Anketiranci z srednješolsko in univerzitetno izobrazbo se ne strinjajo, da na intervencijah, kjer obravnavajo pacienta z duševno motnjo, s svojci komunicira pretežno policist / policistka, medtem ko se anketiranci z višješolsko oziroma visokošolsko izobrazbo, s to trditvijo popolnoma ne strinjajo.

Tabela 4: Varnost pri delu na intervencijah, kjer se uporabljajo prisilni ukrepi glede na izobrazbo

Občutek varnosti	Izobrazba	n	PV	SO
Na splošno se pri svojem delu počutim varno	srednješolska izobrazba	83	3,77	0,738
	višješolska ali visokošolska	53	3,70	0,822

Občutek varnosti	Izobrazba	n	PV	SO
	izobrazba			
	univerzitetna izobrazba	42	3,62	0,825
	skupaj	178	3,71	0,783
Na intervencijah, kjer je potrebna uporaba prisilnih ukrepov, se počutim ogroženo	srednješolska izobrazba	83	3,19	0,993
	višješolska ali visokošolska izobrazba	53	3,17	1,051
	univerzitetna izobrazba	42	3,29	0,918
	skupaj	178	3,21	0,990
Na intervencijah, kjer je potrebna uporaba prisilnih ukrepov, prosimo za pomoč organov notranjega ministrstva - policijo	srednješolska izobrazba	82	4,54	0,740
	višješolska ali visokošolska izobrazba	53	4,74	0,593
	univerzitetna izobrazba	42	4,60	0,701
	skupaj	177	4,61	0,691
Na intervencijah, kjer obravnavamo pacienta z duševno motnjo, s svojci komunicira pretežno zdravnik	srednješolska izobrazba	83	3,61	0,961
	višješolska ali visokošolska izobrazba	53	3,53	1,085
	univerzitetna izobrazba	42	3,88	0,803
	skupaj	178	3,65	0,970
Na intervencijah, kjer obravnavamo pacienta z duševno motnjo, s svojci komunicira pretežno reševalec	srednješolska izobrazba	83	2,61	1,010
	višješolska ali visokošolska izobrazba	53	2,81	1,057
	univerzitetna izobrazba	42	2,43	0,770
	skupaj	178	2,63	0,979
Na intervencijah, kjer obravnavamo pacienta z duševno motnjo, s svojci komunicira pretežno policist / policistka	srednješolska izobrazba	83	2,34	1,062
	višješolska ali visokošolska izobrazba	53	1,92	0,874
	univerzitetna izobrazba	42	2,02	1,024
	skupaj	178	2,14	1,013

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam

Tabela 5 prikazuje rezultate ANOVE. Statistično pomembne razlike so pri trditvi »Na intervencijah, kjer obravnavamo pacienta z duševno motnjo, s svojci komunicira pretežno policist / policistka«. Značilnost testa $F(2,175) = 0,046$ (ker je, $< 0,05$), zato

lahko trdimo, da se ukrepa, kjer policist komunicira s svojci, anketiranci po izobrazbi poslužujejo drugačno.

Tabela 5: Vpliv izobrazbe na varnost in komunikacijo na intervencijah, kjer je potrebna uporaba prisilnih ukrepov

		Vsota kvadratov	df	Povprečje kvadratov	F	Značilnost
Na splošno se pri svojem delu počutim varno	Med skupinami	0,662	2	0,331	0,538	0,585
	Znotraj skupin	107,725	175	0,616		
	Skupaj	108,388	177			
Na intervencijah, kjer je potrebna uporaba prisilnih ukrepov, se počutim ogroženo	Med skupinami	0,350	2	0,175	0,177	0,838
	Znotraj skupin	172,959	175	0,988		
	Skupaj	173,309	177			
Na intervencijah, kjer je potrebna uporaba prisilnih ukrepov, prosimo za pomoč organov notranjega ministrstva - policijo	Med skupinami	1,291	2	0,645	1,356	0,260
	Znotraj skupin	82,811	174	0,476		
	Skupaj	84,102	176			
Na intervencijah, kjer obravnavamo pacienta z duševno motnjo, s svojci komunicira pretežno zdravnik	Med skupinami	3,130	2	1,565	1,677	0,190
	Znotraj skupin	163,275	175	0,933		
	Skupaj	166,404	177			
Na intervencijah, kjer obravnavamo pacienta z duševno motnjo, s svojci komunicira pretežno reševalec	Med skupinami	3,467	2	1,733	1,827	0,164
	Znotraj skupin	166,062	175	0,949		
	Skupaj	169,528	177			
Na intervencijah, kjer obravnavamo pacienta z duševno motnjo, s svojci komunicira pretežno policist / policistka	Med skupinami	6,260	2	3,130	3,126	0,046
	Znotraj skupin	175,229	175	1,001		
	Skupaj	181,489	177			

Legenda: df – stopnja prostosti, F - razmerje

Raziskovalno vprašanje 3: *Katere vrste prisilnih ukrepov uporabljajo reševalci na intervencijah?*

Pri trditvah v tabeli 6 so morali anketiranci obkrožiti vrednost, ki se jim je zdela najprimernejša, pri čemer je veljalo: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 –

delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 - popolnoma se strinjam. Od naštetih ukrepov se delno strinjajo (povprečje 3,30) z oviranjem pacienta s policijskimi lisicami ali vezicami (katerega opravijo policisti). Z uporabo ostalih ukrepov se anketiranci ne strinjajo oziroma se jih ne poslužujejo.

Tabela 6: Načini oviranja na intervencijah, kjer je potrebna uporaba prisilnih ukrepov

Načini oviranja	n	PV	SO
Prisilni jopič	178	2,67	1,625
Vežanje (oviranje) pacienta s pasovi na zajemalna nosila	178	2,97	1,312
Vežanje (oviranje) pacienta s pasovi na kardiološki stol	177	2,17	1,250
	Manjkajoči 1		
Oviranje pacienta s policijskimi lisicami ali vezicami (to opravijo policisti, vi pa ste poleg prisotni)	178	3,30	1,163
Oviranje pacienta s standardnimi pasovi za oviranje z magnetnim sistemom (Segu-fix pasovi)	177	2,60	1,617
	Manjkajoči 1		
Drugo	140	2,19	1,256

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam

Raziskovalno vprašanje 4: *Kakšen pomen ima odnos reševalcev do uporabe prisilnih ukrepov glede na spol in izobrazbo?*

Tabela 7 prikazuje odnos reševalcev do uporabe različnih PU glede na izobrazbo. Z uporabo prisilnega jopiča pri pacientu in vežanjem (oviranjem) pacienta s pasovi na kardiološki stol, se anketiranci vseh izobrazb ne strinjajo. Z vežanjem (oviranjem) pacienta s pasovi na zajemalna nosila se anketiranci s srednješolsko in univerzitetno izobrazbo ne strinjajo, anketiranci z višješolsko ali visokošolsko izobrazbo pa se delno strinjajo. S PU, oviranjem pacienta s policijskimi lisicami ali vezicami, se anketiranci s srednješolsko in višješolsko oziroma visokošolsko izobrazbo delno strinjajo, anketiranci

z univerzitetno izobrazbo pa se ne strinjajo. Z uporabo PU, oviranjem pacienta s standardnimi pasovi za oviranje z magnetnim sistemom, se anketiranci s srednješolsko izobrazbo delno strinjajo, anketiranci z visokošolsko ali višješolsko se ne strinjajo, anketiranci z univerzitetno izobrazbo pa se popolnoma ne strinjajo. Z uporabo drugih ukrepov se anketiranci s srednješolsko in višješolsko oziroma visokošolsko izobrazbo ne strinjajo, anketiranci z univerzitetno izobrazbo pa se popolnoma ne strinjajo.

ANOVA test je pokazal, da do statistično pomembnih razlik prihaja pri uporabi PU ukrepov glede na izobrazbo pri trditvah »Oviranje pacienta s policijskimi lisicami ali vezicami (to opravijo policisti, vi pa ste poleg prisotni)«, kjer je značilnost 0,002 (kar je < od 0,05) in »Oviranje pacienta s standardnimi pasovi za oviranje z magnetnim sistemom«, kjer je značilnost 0,001 (kar je < od 0,05). Pri teh dveh ukrepih lahko trdimo, da jih anketiranci različno uporabljajo, glede na izobrazbo.

Tabela 7: Odnos reševalcev do uporabe prisilnih ukrepov glede na izobrazbo

Načini oviranja	Izobrazba	n	PV	SO
Prisilni jopič	srednješolska izobrazba	83	2,69	1,607
	višješolska ali visokošolska izobrazba	53	2,51	1,648
	univerzitetna izobrazba	42	2,83	1,652
	skupaj	178	2,67	1,625
Vezanje (oviranje) pacienta s pasovi na zajemalna nosila	srednješolska izobrazba	83	2,94	1,223
	višješolska ali visokošolska izobrazba	53	3,08	1,412
	univerzitetna izobrazba	42	2,90	1,376
	skupaj	178	2,97	1,312
Vezanje (oviranje) pacienta s pasovi na kardiološki stol	srednješolska izobrazba	83	2,11	1,230
	višješolska ali visokošolska izobrazba	52	2,10	1,302
	univerzitetna izobrazba	42	2,38	1,229
	skupaj	177	2,17	1,250
Oviranje pacienta s policijskimi lisicami ali vezicami (to opravijo policisti, vi pa ste poleg prisotni)	srednješolska izobrazba	83	3,58	1,061
	višješolska ali visokošolska izobrazba	53	3,30	1,102
	univerzitetna izobrazba	42	2,74	1,251
	skupaj	178	3,30	1,163
Oviranje pacienta s standardnimi pasovi za oviranje z magnetnim sistemom (Segu-fix pasovi)	srednješolska izobrazba	83	3,10	1,567
	višješolska ali visokošolska izobrazba	53	2,42	1,658

Načini oviranja	Izobrazba	n	PV	SO
	univerzitetna izobrazba	41	1,85	1,333
	skupaj	177	2,60	1,617
Drugo	srednješolska izobrazba	63	2,30	1,227
	višješolska ali visokošolska izobrazba	42	2,19	1,194
	univerzitetna izobrazba	35	1,97	1,382
	skupaj	140	2,19	1,256

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

Tabela 8 prikazuje odnos reševalcev do uporabe PU glede na spol. Z uporabo prisilnega jopiča se moški ne strinjajo ženske pa se delno strinjajo ($t = 0,398$, $p = 0,529$). Z vezanjem (oviranjem) pacienta s pasovi na zajemalna nosila se moški delno strinjajo, ženske pa se ne strinjajo ($t = 0,651$, $p = 0,421$). Z vezanjem (oviranjem) pacienta na kardiološki stol, oviranjem pacienta s standardnimi pasovi za oviranje z magnetnim sistemom in z drugimi ukrepi se tako moški kot ženske ne strinjajo. Vsi pa se delno strinjajo z oviranjem pacienta s policijskimi lisicami ali vezicami ($t = 0,006$, $p = 0,936$). T-test prikazuje, da med spoloma ne prihaja do statistično pomembnih razlik pri uporabi prisilnih ukrepov.

Tabela 8: Odnos reševalcev do uporabe prisilnih ukrepov glede na spol

Načini oviranja	Spol	n	PV	SO	t-vrednosti	p-vrednosti
Prisilni jopič	moški	123	2,50	1,601	0,398	0,529
	ženski	55	3,05	1,626		
Vezanje (oviranje) pacienta s pasovi na zajemalna nosila	moški	123	3,01	1,296	0,651	0,421
	ženski	55	2,89	1,356		
Vezanje (oviranje) pacienta s pasovi na kardiološki stol	moški	122	2,11	1,212	1,098	0,296
	ženski	55	2,31	1,332		
Oviranje pacienta s policijskimi lisicami ali vezicami (to opravi policisti, vi pa ste poleg prisotni)	moški	123	3,40	1,143	0,006	0,936
	ženski	55	3,07	1,184		
Oviranje pacienta s standardnimi pasovi za oviranje z magnetnim sistemom (Segu-fix pasovi)	moški	123	2,54	1,636	0,328	0,567
	ženski	54	2,74	1,580		
Drugo	moški	98	2,12	1,204	0,617	0,434
	ženski	42	2,33	1,373		

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

V nadaljevanju smo pregledali in analizirali še nekatere odgovore, ki so bili možni glede na zastavljena vprašanja v anketi. Zanimalo nas je, koliko anketiranci poznajo definicijo PVU, ki jo navaja Zakon o duševnem zdravju. Tabela 9 prikazuje rezultate vprašanja, s katerim smo želeli izvedeti ali anketiranci poznajo definicijo PVU, ki jo navaja Zakon o duševnem zdravju. 60,7 % anketirancev definicijo, ki jo Zakon o duševnem zdravju navaja, pozna, kar 39,3 % anketirancev pa definicije ne pozna.

Tabela 9: Poznavanje definicije varovalnih ukrepov, ki jo navaja Zakon o duševnem stanju

	n	%
Da	108	60,7
Ne	70	39,3
Skupaj	178	100

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotni delež

Tabela 10 prikazuje poznavanje definicije Zakona o duševnem zdravju glede na izobrazbo. 24,7 % anketirancev s srednješolsko izobrazbo pozna zakon, 21,3 % jih zakona ne pozna. 16,3 % anketirancev z višješolsko ali visokošolsko izobrazbo zakon pozna, 13,5 % pa ne. Anketiranci z univerzitetno izobrazbo v večini (19,1 %) zakon poznajo, 5,1 % anketirancev z univerzitetno izobrazbo pa Zakona o duševnem znanju ne pozna.

Tabela 10: Poznavanje definicije Zakona o duševnem zdravju glede na izobrazbo

Izobrazba	Poznavanje zakona o duševnem zdravju	n	%
Srednješolska izobrazba	da	44	24,7
	ne	38	21,3
	Skupaj	82	
Višješolska ali visokošolska izobrazba	da	29	16,3
	ne	24	13,5
	Skupaj	53	
Univerzitetna izobrazba	da	34	19,1
	ne	9	5,1
	Skupaj	43	

Legenda: n = velikost vzorca, % = odstotni delež

Tabela 11 prikazuje mnenje anketirancev glede sestave ekipe na terenu pri intervenciji, kjer je potrebna uporaba PVU. Najvišji delež anketirancev (92,1 %) meni, da morajo

biti v ekipi zdravnik in dva reševalca, 5,1 % anketiranih meni, da ekipo, kjer je potrebna uporaba PVU, sestavljata dva reševalca brez zdravnika, le 2,8 % anketiranih meni, da ekipo sestavljata zdravnik in en reševalec.

Tabela 11: Sestava ekipe na terenu pri intervenciji, kjer je potrebna uporaba posebnih varovalnih ukrepov

Sestava ekipe na terenu	n	%
Zdravnik in en reševalec (ZT ali dipl. zn.)	5	2,8
Dva reševalca (ZT ali dipl. zn.)	9	5,1
Zdravnik in dva reševalca (ZT ali dipl. zn.)	164	92,1
Skupaj	178	100,0

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotni delež

Tabela 12 prikazuje povezanost med spremenljivkami in starostjo anketirancev, kjer smo za oceno povezanosti uporabili Pearsonovo korelacijo. V večini ne prihaja do statistično pomembnih povezav med spremenljivkami in starostjo ($p > 0,05$), razen pri trditvi »Pri prevozu pacienta z duševno motnjo opravljata nadzor nad njim zdravnik in reševalec«, kjer je statistična zanesljivost pod 0,05, zato lahko sklepamo, da je spremenljivka povezana s starostjo anketirancev.

Tabela 12: Povezanost med faktorji in starostjo

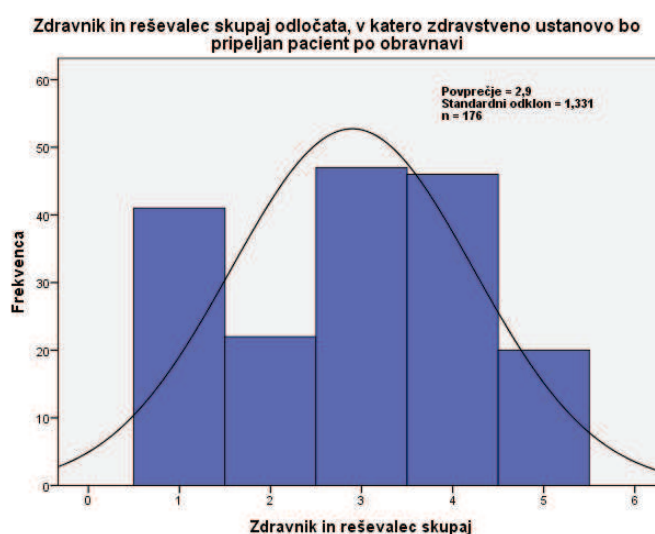
Pacienta z duševno motnjo po obravnavi vedno odpeljemo na zdravljenje v bolnišnico	Pearsonova korelacija	0,049
	p-vrednost	0,513
	n	178
Pri prevozu pacienta z duševno motnjo v bolnišnico opravlja nadzor nad njim samo zdravnik	Pearsonova korelacija	0,003
	p-vrednost	0,966
	n	178
Pri prevozu pacienta z duševno motnjo v bolnišnico opravlja nadzor nad njim samo reševalec	Pearsonova korelacija	0,104
	p-vrednost	0,167
	n	178
Pri prevozu pacienta z duševno motnjo opravljata nadzor nad njim zdravnik in reševalec	Pearsonova korelacija	0,170*
	p-vrednost	0,024
	n	177

Pri prevozu pacienta z duševno motnjo v bolnišnico opravljata nadzor nad njim zdravstveni tim v sodelovanju s policijo	Pearsonova korelacija	-0,089
	p-vrednost	0,239
	n	178

Legenda: **korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,01; *korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,05; n = velikost vzorca

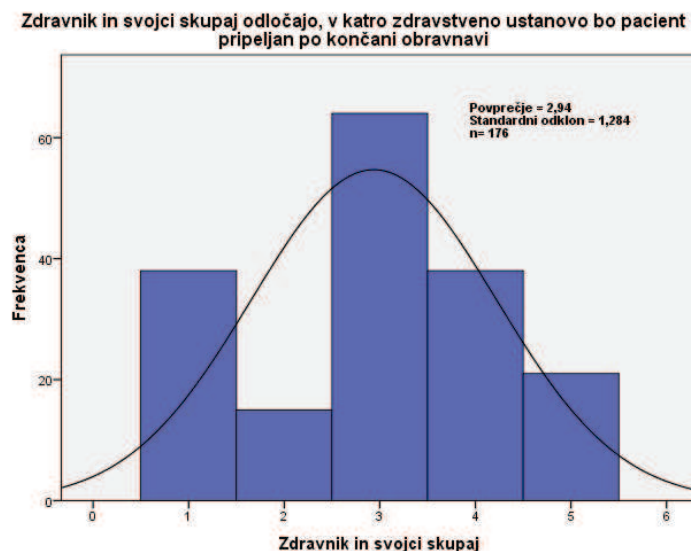
Rezultate trditev, ki so bile zapisane pod vprašanjem 11 smo podali opisno, podatke pa smo dobili na podlagi analize v programu SPSS. Nekatere smo prikazali s pomočjo grafov in Gaussove krivulje normalne porazdelitve. Zanimalo nas je mnenje anketirancev glede tega, kdo odloča v katero zdravstveno ustanovo bo pacient pripeljan po končani obravnavi. Veliko anketirancev (povprečje = 4,7; standardni odklon 0,652) meni, da je zdravnik tisti, ki odloča, v katero ustanovo bo pripeljan pacient po končani obravnavi. V povprečju malo anketirancev (povprečje = 2,01; standardni odklon = 1,106) meni, da reševalec sprejema odločitve, kam bo pripeljan pacient po končani obravnavi. Anketiranci se v večini ne strinjajo s trditvijo (povprečje = 1,88; standardni odklon = 1,184), da se pacient sam odloča, v katero zdravstveno ustanovo bo pripeljan po končani obravnavi.

Slika 8 prikazuje, da se več kot polovica anketiranih strinja s trditvijo (povprečje = 2,9; standardni odklon = 1,331), da se zdravnik in reševalec skupaj odločata v katero zdravstveno ustanovo bo pripeljan pacient po obravnavi.



Slika 8: Odločitev zdravnika in reševalca skupaj, v katero zdravstveno ustanovo bo pripeljan pacient po obravnavi

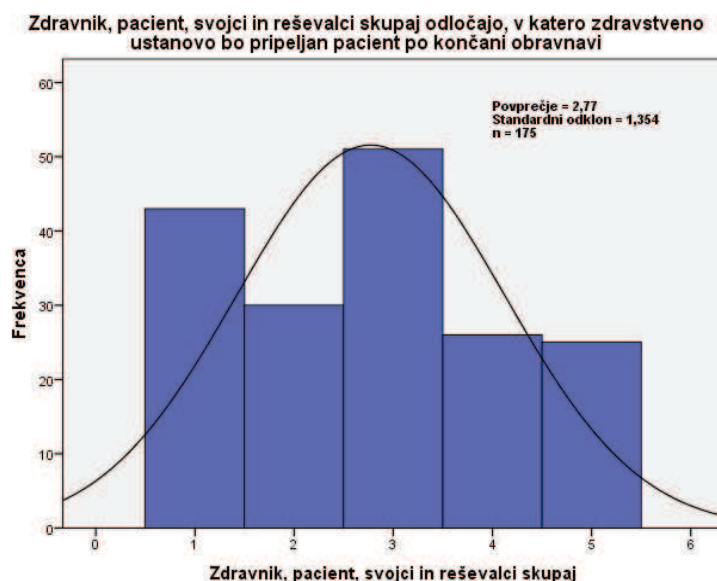
Slika 9 prikazuje povprečje mnenja anketirancev v zvezi s tem, ali se zdravnik in svojci skupaj odločajo, kam bo pripeljan pacient po končani obravnavi. Povprečje je 2,94, standardni odklon je 1,284. Na podlagi tega lahko sklepamo, da se polovica anketiranih zelo strinja s podano trditvijo.



Slika 9: Zdravnik in svojci skupaj odločajo, v katero zdravstveno ustanovo bo pacient pripeljan po končani obravnavi

Več kot polovica anketirancev se strinja s trditvijo (povprečje = 2,84; standardni odklon = 1,262), da se zdravnik in pacient skupaj odločata v katero zdravstveno ustanovo bo pacient pripeljan po končani obravnavi.

Slika 10 nam pokaže, da se zopet približno polovica anketiranih strinja s trditvijo (povprečje = 2,77, standardni odklon = 1,354), da se zdravnik, pacient, svojci in reševalci skupaj odločajo, v katero zdravstveno ustanovo bo pripeljan pacient po končani obravnavi.



Slika 10: Zdravnik, pacient, svojci in reševalci skupaj odločajo, v katero zdravstveno ustanovo bo pacient pripeljan po končani obravnavi

V nadaljevanju smo v tabeli 13 načine oviranja ocenili glede na udeleženo intervencije z uporabo fizičnih ukrepov. Pri spremenljivki »Oviranje pacienta s standardnimi pasovi za oviranje z magnetnim sistemom« je značilnost testa (p-vrednosti) pod 0,05, kar pomeni, da ničelno hipotezo zavrnemo in sprejmemo nasprotno. Lahko sklepamo, da obstaja razlika uporabe PU glede na to, če je bil anketiranec že udeležen pri intervenciji, kjer se uporabljajo PU ali ne. Opisna statistika po skupinah pa nam pokaže povprečje uporabe ukrepov glede na udeležbo intervencije, kjer je bila potrebna uporaba PU. Anketiranci so pri trditvah obkroževali vrednosti, pri čemer je veljalo: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 popolnoma se strinjam. Z uporabo prisilnega jopiča se v povprečju vsi ne strinjajo ($t = 0,672$, $p = 0,413$). Z vezanjem (oviranjem) pacienta na zajemalna nosila se udeleženci intervencije ne strinjajo, anketiranci, ki pa se še niso udeležili intervencije, pa se delno strinjajo ($t = 0,875$, $p = 0,351$). Z vezanjem (oviranjem) pacienta s pasovi na kardiološki stol se tako anketiranci, ki so se že udeležili intervencije, kjer je potrebna uporaba PU, kot anketiranci, ki se intervencije še niso udeležili, ne strinjajo ($t = 1,040$, $p = 0,309$). Z ukrepom, oviranje pacienta s policijskimi lisicami ali vezicami (to opravijo policisti, vi pa ste poleg prisotni), se udeleženci intervencije delno strinjajo, anketiranci, ki se intervencije še niso udeležili, pa se ne strinjajo ($t = 1,951$, $p = 0,164$). Anketiranci, ki so se udeležili intervencije, se delno strinjajo z oviranjem pacienta s standardnimi pasovi

za oviranje z magnetnim sistemom, anketiranci, ki se intervencije še niso udeležili, pa se s PU ne strinjajo ($t = 6,816$, $p = 0,010$). S kakšnimi drugimi ukrepi se tako udeleženci intervencije, kot tisti, ki se intervencije še niso udeležili, ne strinjajo ($t = 2,600$, $p = 0,109$).

Tabela 13: Načini oviranja na intervencijah, kjer je potrebna uporaba prisilnih ukrepov glede na udeležnost intervencije z uporabo fizičnih ukrepov

Načini oviranja na intervencijah	Udeležnost pri intervenciji z uporabo prisilnih ukrepov	n	PV	t-vrednosti	p-vrednosti
Prisilni jopič	da	164	2,68	0,672	0,413
	ne	13	2,46		
Vežanje (oviranje) pacienta s pasovi na zajemalna nosila	da	164	2,95	0,875	0,351
	ne	13	3,23		
Vežanje (oviranje) pacienta s pasovi na kardiološki stol	da	163	2,13	1,040	0,309
	ne	13	2,62		
Oviranje pacienta s policijskimi lisicami ali vezicami (to opravijo policisti, vi pa ste poleg prisotni)	da	164	3,32	1,951	0,164
	ne	13	2,92		
Oviranje pacienta s standardnimi pasovi za oviranje z magnetnim sistemom (Segu-fix pasovi)	da	163	2,56	6,816	0,010
	ne	13	3,08		
Drugo	da	128	2,16	2,600	0,109
	ne	12	2,42		

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; t= statistika t-testa za neodvisne vzore ; p = statistična značilnost; Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam

Tabela 14 prikazuje povezanost med spremenljivkami in delovno dobo. Uporabili smo Pearsonovo korelacijo. Druga, tretja, četrta, peta in šesta spremenljivka (*Vežanje*

(oviranje) pacienta s pasovi na zajemalna nosila; Vezanje (oviranje) pacienta s pasovi na kardiološki stol; Oviranje pacienta s policijskimi lisicami ali vezicami (to opravijo policisti, vi pa ste poleg prisotni); Oviranje pacienta s standardnimi pasovi za oviranje z magnetnim sistemom (Segu-fix pasovi); Drugo) imajo značilnost nad 0,05, pri čemer ničelne hipoteze ne zavrnemo in sklepamo, da povezanosti med delovno dobo in naštetimi spremenljivkami ni. Pri prvi spremenljivki (*Prisilni jopič*) pa je statistična zanesljivost pod 0,05, pri čemer lahko sklepamo, da je spremenljivka povezana z delovno dobo. Pri prvi spremenljivki je zanesljivost negativna in šibka, kar pomeni, da bodo anketiranci, ki so dalj časa zaposleni, pripisovali višji pomen uporabe prisilnega jopiča, kot anketiranci, ki so zaposleni manj časa.

Tabela 14: Povezanost med načini oviranja, kjer je potrebna uporaba prisilnih ukrepov in delovno dobo

Prisilni jopič	Pearsonova korelacija	-0,149**
	p-vrednost	0,049
	n	174
Vezanje (oviranje) pacienta s pasovi na zajemalna nosila	Pearsonova korelacija	0,032
	p-vrednost	0,672
	n	178
Vezanje (oviranje) pacienta s pasovi na kardiološki stol	Pearsonova korelacija	-0,032
	p-vrednost	0,672
	n	176
Oviranje pacienta s policijskimi lisicami ali vezicami (to opravijo policisti, vi pa ste poleg prisotni)	Pearsonova korelacija	0,050
	p-vrednost	0,512
	n	175
Oviranje pacienta s standardnimi pasovi za oviranje z magnetnim sistemom (Segu-fix pasovi)	Pearsonova korelacija	-0,083
	p-vrednost	0,282
	n	169
Drugo	Pearsonova korelacija	-0,032
	p-vrednost	0,708
	n	136

Legenda: **korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,01; *korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,05; n = velikost vzorca

Tabela 15 prikazuje osnovno statistiko po spremenljivkah glede na spol (t-test) . Pri vseh spremenljivkah, razen pri prvi, je značilnost testa (p-vrednosti) nad 0,05, kar

pomeni, da ničelne hipoteze ne moremo zavrniti in lahko sklepamo, da razlike med spoloma ni. Pri prvi spremenljivki (*Uporaba prisilnih jopičev je najbolj varna uporaba oviranja pri obravnavi pacientov z duševno motnjo*) pa je značilnost testa (p-vrednosti) pod 0,05, kar pomeni, da ničelno hipotezo zavrnemo in sprejmemo nasprotno. Lahko sklepamo, da med spoloma obstaja razlika, opisna statistika po skupinah pa nam pokaže, da imajo moški in ženske podobno povprečje strinjanja s trditvami (pri vsaki trditvi so anketiranci imeli možnost obkrožit eno vrednost, pri čemer je veljalo: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 popolnoma se strinjam). Ženske se v povprečju malo bolj strinjajo s trditvijo, da je uporaba prisilnih jopičev najbolj varna uporaba oviranja pri obravnavi pacientov z duševno motnjo, kot pa moški ($t = -2,491$, $p = 0,014$). Tako moški, kot ženske se ne strinjajo, da pri uporabi prisilnega jopiča pride do več poškodb, kot pri drugih metodah oviranja ($t = 1,186$, $p = 0,237$). S trditvijo, da je oviranje pacienta z duševno motnjo s prisilnim jopičem bolj humano, kot pa drugi načini oviranja, se ženske delno strinjajo, moški pa se ne strinjajo ($t = -1,820$, $p = 0,070$). Tako moški kot ženske se delno strinjajo s trditvijo, da je pacient, oviran s prisilnim jopičem, lažje vodljiv, kot pa pacient, ki je oviran z drugimi načini oviranja ($t = 0,129$, $p = 0,897$). S trditvijo, da imajo anketiranci pri oviranju pacienta z duševno motnjo več težav pri nameščanju prisilnega jopiča, kot pa z oviranjem z drugimi ovirnicami, se tako ženske kot moški delno strinjajo ($t = 0,664$, $p = 0,508$). Anketiranci se ne strinjajo s trditvijo, da je nameščanje prisilnega jopiča fizično lažje od nameščanja drugih ovirnic ($t = -1,790$, $p = 0,075$), obenem pa se delno strinjajo s trditvijo, da je nameščanje prisilnega jopiča zelo zahtevno delo za reševalca ($t = -1,197$, $p = 0,233$). Moški in ženske se delno strinjajo s trditvijo, da sta za nameščanje prisilnega jopiča dovolj samo dva reševalca, z asistenco policije ($t = 0,637$, $p = 0,525$). Z zadnjo trditvijo, reševalci bi vsaj 1x letno potrebovali izobraževanje in tečaj, ki bi se nanašal na intervencije povezane z uporabo prisilnih ukrepov, se moški bolj strinjajo kot pa ženske ($t = 1,198$, $p = 0,232$).

Tabela 15: Prisilni ukrepi in uporaba prisilnega jopiča, kot način oviranja pacientov v predbolnišničnem okolju glede na spol

Prisilni jopič	Spol	n	PV	t-vrednosti	p-vrednosti
Uporaba prisilnih jopičev je najbolj varna	moški	122	3,02		

Prisilni jopič	Spol	n	PV	t-vrednosti	p-vrednosti
uporaba oviranja pri obravnavi pacientov z duševno motnjo	ženski	54	3,50	-2,491	0,014
Pri uporabi prisilnih jopičev za oviranje pacienta z duševno motnjo pride do več poškodb, kot pa pri oviranju z drugimi metodami oviranja	moški	122	2,58	1,186	0,237
	ženski	54	2,39		
Oviranje pacienta z duševno motnjo s prisilnim jopičem je bolj humano od drugih načinov oviranja pacienta v predbolnišničnem okolju	moški	123	2,74	-1,820	0,070
	ženski	54	3,07		
Pacient, oviran s prisilnim jopičem je lažje vodljiv, kot pa pacient, ki je oviran z drugimi načini oviranja	moški	123	3,03	0,129	0,897
	ženski	54	3,06		
Pri oviranju pacienta z duševno motnjo imamo več težav pri nameščanju prisilnega jopiča, kot pa z oviranjem z drugimi ovirnicami	moški	123	3,36	0,664	0,508
	ženski	54	3,24		
Nameščanje prisilnega jopiča je fizično lažje od nameščanje drugih ovirnic	moški	122	2,48	-1,790	0,075
	ženski	54	2,78		
Nameščanje prisilnega jopiča je zelo zahtevno delo za reševalca	moški	122	3,44	-1,197	0,233
	ženski	54	3,67		
Za nameščanje prisilnega jopiča sta dovolj samo dva reševalca, z asistenco policije	moški	123	3,20	0,637	0,525
	ženski	53	3,32		
Reševalci bi vsaj 1x letno potrebovali izobraževanje in tečaj, ki bi se nanašal na intervencije povezane z uporabo prisilnih ukrepov	moški	123	4,01	1,198	0,232
	ženski	55	3,80		

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; t= statistika t-testa za neodvisne vzore ; p = statistična značilnost;

Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam

Tabela 16 prikazuje razlog pacientovega vedenja kot vzrok za uporabo PU. Anketiranci so pri naštetih trditvah obkrožili eno vrednost, pri čemer je veljalo: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 popolnoma se strinjam. Pri spremenljivkah »Pacient je vznemirjen in se ne more nadzorovati«, »Pacient se neprimerno spolno vede«, »Pacient draži ali prekinja druge ljudi«, »Pacient psuje ali preklinja druge ljudi«, »Pacient poskuša škoditi sam sebi« in

»Pacient sam prosi za prisilni ukrep ali hospitalizacijo« se anketiranci delno strinjajo z uporabo PU. Z uporabo PU pri vedenjih »Pacient vpije in povzroča preveč hrupa«, »Pacient napade ali pretepa nekoga od zaposlenih« in »Pacient poskuša nekaj razbiti (npr. pohištvo ali okno)« se anketiranci ne strinjajo.

Tabela 16: Razlog pacientovega vedenja kot vzrok za uporabo prisilnih ukrepov

Vedenje pacienta	n	SO	PV
Pacient je vznemirjen in se ne more nadzorovati	178	1,102	3,16
Pacient vpije in povzroča preveč hrupa	178	0,987	2,52
Pacient napade ali pretepa nekoga od zaposlenih	178	1,037	2,84
Pacient se neprimerno spolno vede	178	1,042	3,04
Pacient draži ali prekinja druge ljudi	178	1,048	3,32
Pacient poskuša nekaj razbiti (npr. pohištvo ali okno)	178	1,038	2,57
Pacient psuje ali preklinja druge ljudi	178	1,056	3,51
Pacient poskuša škoditi sam sebi	178	0,862	3,24
Pacient sam prosi za prisilni ukrep ali hospitalizacijo	176	1,322	3,94
	Manjkajoča 2		

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam

Tabela 17 prikazuje osnovno statistiko po spremenljivkah glede na spol (t-test). Pri vseh spremenljivkah, razen pri tretji, je značilnost testa (p-vrednosti) nad 0,05, kar pomeni, da ničelne hipoteze ne moremo zavrniti in lahko sklepamo, da razlike med spoloma ni. Pri tretji spremenljivki (Pacient napade ali pretepa nekoga od zaposlenih), pa je značilnost testa (p – vrednosti) pod 0,05, kar pomeni, da ničelno hipotezo zavrnemo in sprejmemo nasprotno. Lahko sklepamo, da med spoloma obstaja razlika pri uporabi PU, če se pacient neprimerno vede. Opisna statistika po spolih pa nam pokaže povprečno vrednost pri vsaki trditvi, kjer so anketiranci obkroževali različne vrednosti (pri vsaki trditvi so anketiranci imeli možnost obkrožit eno vrednost, pri čemer je veljalo: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam). Z uporabo PU, če je pacient vznemirjen in se ne more nadzorovati, se tako moški kot ženske delno strinjajo ($t = 1,216$, $p = 0,272$). Če pacient vpije in povzroča preveč hrupa, se tako moški, kot ženske ne strinjajo ($t = 2,306$, $p =$

0,131). Če pacient napade ali pretepa nekoga od zaposlenih, se z uporabo PU moški in ženske strinjajo ($t = 4,502$, $p = 0,035$). Če se pacient neprimerno spolno vede ali če pacient draži ali prekinja druge ljudi, se moški in ženske ne strinjajo z uporabo PU ($t = 0,838$, $p = 0,361$). Z uporabo PU se tako moški kot ženske delno strinjajo, če pacient poskuša nekaj razbiti ($t = 0,591$, $p = 0,433$). Anketiranci (moški in ženske) se ne strinjajo z uporabo PU, če pacient psuje ali preklinja druge ljudi ($t = 0,073$, $p = 0,788$) ali če sam prosi za PU ali hospitalizacijo ($t = 0,062$, $p = 0,803$). Moški in ženske se strinjajo z uporabo PU, če pacient poskuša škoditi sam sebi ($t = 0,414$, $p = 0,521$).

Tabela 17: Uporaba prisilnih ukrepov za neprimerno vedenje pacientov glede na spol

Vedenje pacienta	Spol	n	PV	t-vrednosti	p-vrednosti
Pacient je vznemirjen in se ne more nadzorovati	moški	123	3,28	1,216	0,272
	ženski	55	3,18		
Pacient vpije in povzroča preveč hrupa	moški	123	2,63	2,306	0,131
	ženski	55	2,29		
Pacient napade ali pretepa nekoga od zaposlenih	moški	123	4,11	4,502	0,035
	ženski	55	4,33		
Pacient se neprimerno spolno vede	moški	123	2,97	0,838	0,361
	ženski	55	2,84		
Pacient draži ali prekinja druge ljudi	moški	123	2,60	1,308	0,254
	ženski	55	2,31		
Pacient poskuša nekaj razbiti (npr. pohištvo ali okno)	moški	123	3,52	0,591	0,443
	ženski	55	3,76		
Pacient psuje ali preklinja druge ljudi	moški	123	2,67	0,073	0,788
	ženski	55	2,40		
Pacient poskuša škoditi sam sebi	moški	123	4,22	0,414	0,521
	ženski	55	4,25		
Pacient sam prosi za prisilni ukrep ali hospitalizacijo	moški	121	2,88	0,062	0,803
	ženski	55	2,35		

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; t= statistika t-testa za neodvisne vzore ; p = statistična značilnost; Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam

3.5 RAZPRAVA

Zdravstveni delavci v predbolnišničnem okolju so pomemben člen pri obravnavi pacientov z duševno motnjo. Velikokrat so oni tisti, ki se prvi srečajo z njimi in prav zaradi tega je ključnega pomena njihov pristop k pacientom. Navajeni smo, da so pacienti, ki potrebujejo NMP, videti zelo prizadeti. Pacienti s poslabšanjem duševne bolezni pogosto nimajo trpečega in prizadetega izraza. Njihovo gibanje je prosto, velikokrat pa so prepričani, da z njimi ni nič narobe. Ravno zaradi tega odklanjajo pomoč. V primerih, ko pacienti zaradi svojega spremenjenega vedenja ogrožajo sebe ali okolico, je potrebna hospitalizacija, s katero se pacient ne strinja. Velikokrat pacienti postanejo tudi nasilni, tako do sebe kot do zaposlenih. Zaradi tega je včasih potrebna tudi asistenca policije, ki jo odredi zdravnik. Le-ta zaščiti same zdravstvene delavce, pa tudi okolico in pacienta. Upoštevati je potrebno načela za zagotavljanje varne in kakovostne obravnave pacientov, ne glede na njihovo zdravstveno stanje.

Rezultati raziskave so pokazali, da so se skoraj vsi anketiranci že srečali z nasiljem, vendar imajo pretežno negativen odnos do uporabe PU, kar je razvidno iz ankete. Lahko sklepamo, da imajo anketiranci bolj sodoben pristop pri obravnavi pacientov z izraženim nasiljem in so najbolj naklonjeni deeskalacijskim tehnikam in pogovoru s pacientom. Pomen deeskalacijskih metod opisuje tudi Richmond s sodelavci (2011). Menijo, da bi vsi reševalci morali poznati deeskalacijske metode, s katerimi bi se zmanjšala uporaba PU v predbolnišničnem okolju. Pri različnih vrstah nasilja v predbolnišničnem okolju, kot so vpitje in povzročanje hrupa, napadi ali pretepanje nekoga od zaposlenih ali pa, ko pacient poskuša škoditi sam sebi, so anketiranci uporabi PU naklonjeni v primeru, ko oviranje opravijo policisti, ki paciente ovirajo s policijskimi lisicami ali vezicami. To vrsto oviranja opravijo policisti, medtem ko so reševalci poleg in pomagajo, če je potrebno. Za to vrsto oviranja se odločijo tisti anketiranci, ki imajo več delovnih izkušenj in tisti, ki so se z uporabo tega in drugih načinov oviranja že srečali. Menimo, da z leti oziroma z izkušnjami anketiranci vidijo več nevarnosti pri opravljanju te vrste dela in jim je lažje, ko neprijetno delo namesto njih opravijo policisti. Ti imajo več izkušenj in tudi več znanja in tako lažje obvladujejo paciente z izraženim nasiljem.

Glede na pregledano literaturo, v kateri smo našli zelo malo napisanega o uporabi PU v predbolnišničnem okolju, nam rezultati kažejo, da je bila raziskava upravičena. Pri nas je namreč zelo malo napisanega o uporabi PU v predbolnišničnem okolju. Po našem mnenju je zaskrbljujoč podatek, da skoraj polovica anketirancev ne pozna definicije PVU, ki jo navaja Zakon o duševnem zdravju (2008). Glede na visok odstotek srečevanja zaposlenih z uporabo PU v predbolnišničnem okolju, se poraja vprašanje, kakšna je kakovost obravnave pacientov pri katerih je potrebna uporaba PU. Balantič (2012) poudarja pomen neformalnega izobraževanja zaposlenih v zdravstvu pri pridobivanju teoretičnega in praktičnega znanja pri obravnavi agresivnih pacientov in pacientov z duševno motnjo. S pridobljenim znanjem, ki ga zaposleni v zdravstveni negi na področju psihiatrije dobijo z izobraževanji, lahko rešujejo težave pri uporabi PU pri pacientih na strokoven, human in etičen način. Predvidevamo, glede na avtorja Balantiča (2012), da vsa ta izobraževanja očitno kažejo na splošno dobro poznavanje Zakona o duševnem zdravju (2008), ki jim narekuje pravila o uporabi PU. Možganova (2009) opozarja, da prav pomanjkljivo znanje pri obravnavi pacienta, ki je nasilen ali pacienta z duševno motnjo, predstavlja problem, saj je končen rezultat zelo odvisen od znanja, izkušenj in iznajdljivosti vpletenih. Menimo, da zaposleni, ki se v klinični praksi srečujejo s PU, morajo poznati zakon in možnosti uporabe posebnih varovalnih ukrepov, saj lahko le tako zagovarjamo in predpostavljamo, da so pacienti oskrbljeni na najbolj varen in kakovosten način, zaposleni pa pravno varni. V raziskavi smo dokazali povezavo med uporabo PU pri nasilnih pacientih glede na delovno dobo zaposlenih. Zanimalo nas je predvsem, kolikšen pomen ima delovna doba na uporabo prisilnih jopičev. Ugotovili smo, da se anketiranci, ki so zaposleni dalj časa, lažje odločijo za uporabo prisilnega jopiča, kot pa zaposleni z manj delovne dobe. Pri uporabi prisilnih jopičev in drugih vrst PU so zaposleni vseh starostnih skupin in ne glede na delovno dobo izrazili potrebo po izobraževanju, ki bi se nanašalo na uporabo PU.

V diplomskem delu smo izpostavili povezanost uporabe PU v predbolnišničnem okolju z nasiljem na delovnem mestu. Hagen (2013) je v svoji raziskavi dokazal, da se je več kot 90 % zaposlenih v NMP že srečalo ali bilo izpostavljeno nasilju na delovnem mestu. Marx (2003) je v svoji raziskavi ugotovil, da so pri nasilnih pacientih, ki so ogrožali sebe ali zaposlene v predbolnišničnem okolju morali uporabiti fizično oviranje. Happel

in Koehn (2010) ugotavljata, da je v predbolnišničnem okolju pri soočenju s pacientom, ki je nasilen, uporaba PU nujna. V naši raziskavi smo ugotovili, da se anketiranci pri svojem delu počutijo varne, ogroženo pa se počutijo na intervencijah, kjer uporabljajo prisilne ukrepe. Bolj varne se počutijo v spremstvu policije. Pogosto se srečujejo z nasiljem na delovnem mestu in pri vseh oblikah nasilja, ki smo jim jih ponudili v odgovorih, uporabljajo PU. Najbolj upravičen razlog za uporabo PU je pacientova vznemirjenost in pomanjkanje nadzora ter, ko pacient napade ali začne pretepati nekoga od zaposlenih, torej, ko je nasilen. Moški se pri opravljanju svojega dela na splošno počutijo varne, ženske se na intervencijah, kjer je potrebna uporaba PU, počutijo bolj ogrožene in s tem pogojeno tudi večkrat prosijo za pomoč organe notranjega ministrstva – policije. Na občutek varnosti vplivajo, med drugim, tudi leta in delovna doba, saj se starejši anketiranci z več delovnimi izkušnjami počutijo varnejše pri opravljanju svojega dela, za razliko od njihovih mlajših delovnih kolegov, z manj delovnimi izkušnjami.

Szarpak s sodelavci (2013) navaja, da je najpogostejša oblika PVU v predbolnišničnem okolju imobilizacija celotnega telesa in fizično oviranje. Bunney (n.d.) in Booth (2015) oba navajata, da je najbolj primeren način oviranja pacientov oviranje štirih udov. Pri nas največkrat uporabljajo oviranje pacientov s policijskimi vezicami, kjer to opravijo policisti, reševalci pa so poleg samo prisotni. Poznavanje vrst oviranja v predbolnišničnem okolju je zadovoljujoče, zaskrbljujoč je samo podatek, da jih večina ne pozna načina oviranja pacienta z standardnimi pasovi za oviranje z magnetnim sistemom, ki je največkrat v uporabi pri oviranju nasilnih pacientov ali pacientov z akutno duševno motnjo v psihiatriji pri nas in je tudi nekako najbolj podoben način oviranja, ki ga navajata Bunney (n.d.) in Booth (2015). Ugotovili smo, da pri vezanju (oviranju) pacienta s pasovi na zajemalna nosila in oviranju pacienta s policijskimi lisicami ali vezicami, kjer to delo opravijo policisti, ni razlik med spoloma, medtem ko pri ostalih načinih oviranja obstajajo razlike in se jih moški lažje poslužujejo kot pa ženske. Kot navajata Happel in Koehn (2010) je uporaba PU povezana tudi z odnosom zaposlenih v zdravstveni negi do uporabe teh sredstev. Izkazalo se je, da so uporabi PU bolj naklonjeni zdravstveni delavci z nižjo stopnjo izobrazbe, delavci moškega spola in tisti, ki imajo manj izkušenj z delom z nasilnimi pacienti.

Pri sestavi ekip, ki se v predbolnišničnem okolju srečujejo z nasilnimi pacienti in s pacienti z akutno duševno motnjo, je večina odgovorila, da so v ekipi vedno zdravnik in dva reševalca. Menimo, da je multiprofesionalno sodelovanje edino, ki zagotovi varno in kakovostno obravnavo pacientov, po drugi strani pa tudi zadostno varno okolje za vse udeležence, tudi reševalce. Reševalci namreč pogosto prihajamo v neznano okolje, ne vemo s kakšnimi pacienti ali svojci se bomo srečali, katere intervencije bodo potrebne oziroma pogosto vnaprej ne moremo oceniti zadostnega števila za uspešno intervencijo. Velikokrat se zgodi, da je poleg pacienta potrebno vključiti v obravnavo tudi svojce. Takrat je zdravnik lahko preobremenjen in je zato malo manj pozoren na svojce ali okolico. Svojci so lahko pod stresom zaradi stanja njihovih najbližjih in strahu pred neznanim. Ti dve stanji lahko povzročita okvaro racionalne sodbe in povečata verjetnost nasilja, usmerjenega proti članom ekipe NMP. Ko je nasilje izraženo pri samih pacientih, se je potrebno odločiti za pravilen ukrep. Z raziskavo v tem diplomskem delu smo želeli pridobiti več podatkov o uporabi PU, ki jih uporabljamo reševalci pri svojem delu. Želeli smo pridobiti podatke o uporabi prisilnih jopičev, ki se po navajanju Možganove (2009) v bolnišnicah ne uporabljajo več in se izjemoma uporabljajo le še v predbolnišničnem okolju. Ob tem smo naleteli na za nas presenetljiv podatek, saj je uporaba prisilnih jopičev v predbolnišničnem okolju zanemarljiva. Rezultati so pokazali, da se pri nas v predbolnišničnem okolju največkrat uporablja PU, katerega opravi policija z vezanjem s policijskimi lisicami ali vezicami. Anketiranci menijo, da je uporaba prisilnih jopičev manj humana in varna oblika PU, postopek nameščanja pa zahteven. Pomemben je podatek, da so anketiranci v večini izrazili željo oziroma potrebo po izobraževanju, ki bi se nanašal na uporabo PU. Mnenja so, da bi reševalci tako izobraževanje potrebovali vsaj 1x letno.

3.5.1 Omejitve raziskave

Ena izmed glavnih omejitev je, da je področje povsem neraziskano. Določene zaključke smo lahko dobili le na posreden način. Literature na tem področju skoraj ni ali pa je že zelo zastarela. Čeprav iz prakse vemo, da je pojavnost uporabe prisilnih jopičev še vedno prisotna, o tem skoraj nihče nič ne razpravlja oz. ne raziskuje v strokovnih dokumentih. Ker se mi zdi to področje zelo izpostavljeno, bi si želel, da bi bil vzorec

reprezentativen in večji, s čimer bi lahko naše rezultate raziskave posplošili, predvsem pri trditvah na področju uporabe različnih PU in potrebe po izobraževanju.

4 ZAKLJUČEK

Temeljni namen naše raziskave je bil ugotoviti poznavanje PVU ali PU v predbolnišničnem okolju. Ugotovili smo, da je reševalcem (zdravstvenim tehnikom / diplomiranim medicinskim sestram, zdravstvenikom) in zdravnikom to področje dobro znano, saj se z njim pogosto srečujejo. Dodatno izobraževanje in usposabljanje pa bi še bolj pripomoglo k zagotavljanju kakovosti in varnosti na tem področju dela ekip NMP. Z izobraževanji bi pridobili nova znanja, lažje bi obvladovali paciente, preprečili bi poškodbe pacientov in zaposlenih, povečala bi se splošna varnost na intervencijah in kakovost obravnave bi bila višja.

Raziskava, ki smo jo izvedli, predstavlja dobro akcijsko raziskovanje tega področja. Koristne informacije, ki smo jih dobili na podlagi rezultatov, so lahko izhodišče za izboljšanje klinične prakse v predbolnišničnem okolju. Reševalce je potrebno dodatno usposobiti tudi na tem področju, ki je urgentno, tako za paciente kot za izvajalce pomoči. Potrebno se je zavedati pravice do varnega delovnega okolja, hkrati pa tudi nujnih intervencij, tudi v primerih, ko pacient odklanja pomoč. Redna usposabljanja na tem področju so nujna z namenom občutka varnosti reševalcev obeh spolov in zaradi strokovne obravnave pacientov. Prav tako je raziskava pokazala, da multiptofesionalna ekipa NMP predstavlja za vse udeležene največjo varnost. Nadaljnje raziskave tega področja so potrebne.

5 LITERATURA

Avguštin Avčin, B., 2012. Obravnava psihiatričnih nujnih stanj. In: R. Vajd & M. Gričar, eds. *Urgentna medicina: izbrana poglavja 2012. Portorož. 13.-16. junij 2012.* Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 228-230.

Balantič, M., 2012. Fizično oviranje pacientov v klinični praksi. In: B. Bregar & J. Peterka Novak, eds. *Posebni varovalni ukrepi v teoriji in praksi, Zbornik predavanj z recenzijo, Ljubljana, 11. April 2012.* Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 39-46.

Boyle, M., Koritsas, S., Coles, J. & Stanley, J., 2007. *A pilot study of workplace violence towards paramedics.* (online/pdf). Available at: <http://emj.bmj.com/content/24/11/760.full.pdf+html> [Accessed 11 July 2015].

Bregar, B. & Možgan, B., 2012. Posebni varovalni ukrepi – primerjava s tujino. In: B. Bregar & J. Peterka Novak, eds. *Posebni varovalni ukrepi v teoriji in praksi, Zbornik predavanj z recenzijo, Ljubljana, 11. April 2012.* Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 13-21.

Bunney, B., (n.d.). *The Agitated Patient in the Emergency Department.* (pdf) Foundation for Education and Research in Neurological Emergencies. Available at: https://www.uic.edu/com/ferne/pdf/aaem_barcelona_0903/bunney_agitatedpt_aaem_barcelona_0903.pdf [Accessed 15 Januar 2016].

Cenčič, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer empirične neeksperimentalne raziskave.* Ljubljana: Zavod RS za šolstvo, pp. 49.

Cheney, P.R., Gosset, L., Fullerton-Gleason, L., Weiss, S.J., Ernst, A.A. & Sklar, D., 2006. *Relationship of restraint use, patient injury, and assaults on EMS personnel.*

Prehosp Emerg Care (online) Available at:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16531378> [Accessed 15 Januar 2016].

Crnić, I., 2010. Tim NMP; sodelovanje, medsebojno dožemanj in izobraževanje. In: A. Posavec, ed. *Od reševalca do reševalca v zdravstvu, Gozd Martuljek, 26.-27. marec 2010*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babilške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babilic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija reševalcev v zdravstvu, pp. 29-41.

Čander, D. & Vrtič, F., 2009. Posredovanje ekip NMP ob dogodkih s prisotnim nasiljem – sodelovanje s policijo. In: A. Posavec, ed. *Izvajanje nujne medicinske pomoči in transport v izrednih razmerah: zbornik predavanj. Ig, 23. oktober 2009*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babilške nege Slovenije – ZDMSBZTS, Sekcija reševalcev v zdravstvu, pp. 51-59.

Danieli, A., 2006. Nujna stanja v psihiatriji. In: U. Ahčan, ed. *Prva pomoč: Priročnik s praktičnimi primeri*. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije, pp. 197-202.

Danieli, A., 2008. Nujna stanja v psihiatriji. In: U. Ahčan. D. Slabe & R. Šutanovac, eds. *Prva pomoč: Priročnik za bolničarje*. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije, pp. 211-215.

Department of Public Health, 2015. *Emergency medical services pre-hospital statewide treatment protocols*. [pdf] Massachusetts office of Emergency medical services. Available at: <http://www.mass.gov/eohhs/docs/dph/emergency-services/treatment-protocols-2015-1.pdf> [Accessed 15 Januar 2016].

Gosak, S., 2011. *Uporaba posebnih varovalnih ukrepov v socialno varstvenem zavodu: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Grange, J.T. & Corbett, SW., 2002. *Violence against emergency medical services personnel*. Prehospital Emerg Care (online) Available at:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11962565> [Accessed 15 Januar 2016].

Groleger, U., 2009. Agresivnost. In: P. Pregelj & R. Kobentar, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, Rokus Klett, pp. 288-294.

Hagen, T.M., 2013. *Preventing Violence Against EMS*. *Journal of Emergency Medical Services* (online) Available at: <http://www.jems.com/articles/print/volume-38/issue-12/administration-and-leadership/preventing-violence-against-ems.html> [Accessed 15 Januar 2016].

Happel, B. & Koehn, S., 2010. *Attitudes to the use of seclusion: has contemporary mental health policy made a difference?*. *Journal of clinical nursing*. (online/pdf) Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21040022> [Accessed 5.8.2015].

Holliman, J., (n.d.). *Managing the violent Patient in the transition from Prehospital care to the Emergency Department*. *Advanced emergency nursing Journal* (online/ppt) Available at: http://journals.lww.com/aenjournal/Abstract/1994/09000/Managing_the_violent_patient_in_the_transition.6.aspx [Accessed 15 Januar 2016].

Isenberg, D.L. & Jacobs. D., 2015. *Prehospital Agitation and Sedation Trial (PhAST): A Randomized Control Trial of Intramuscular Haloperidol versus Intramuscular Midazolam for the Sedation of the Agitated or Violent Patient in the Prehospital Environment*. *Prehospital and Disaster Medicine* (online) Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26323511> [Accessed 15 Januar 2016].

Jeriček Klanšček, H., 2009. Spremnna beseda. In: H. Jeriček Klanšček, M. Zorko, M. Bajt & S. Roškar, eds. *Duševno zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja v Republike Slovenije, p. 1.

Jus, A., Kelbič, A. & Fekonja, Z., 2010. Poklicne aktivnosti diplomirane medicinske sestre/diplomiranega zdravstvenika v NMP. In: A. Posavec, ed. *Od reševalca do reševalca v zdravstvu, Gozd Martuljek, 26.-27. marec 2010*. Ljubljana: Zbornica

zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija reševalcev v zdravstvu, pp. 205-209.

Kavzer, T., 2014. Posebnosti priprave na prevoz pri pacientih s posebnimi potrebami. In: J. Prestor, ed. *Akcidentalna stanja na terenu. Celjska koča, 8.-9. maj 2014*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija reševalcev v zdravstvu, pp. 105-113.

Kelbič, A. & Fekonja, Z. Prisotnost fenomena nasilja nad zaposlenimi v nujni medicinski pomoči. In: R. Vajd & M. Gričar, eds. *Urgentna medicina: izbrana poglavja 2015. Portorož, 18.-20. junij 2015*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 304-306.

Klančar, D., 2005. Sočasne bolezni in stanja duševnih bolnikov. In: J. Kersnik & R. Iljaž, eds. *Sočasne bolezni in stanja, 22. učne delavnice za zdravnike družinske medicine*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, pp. 127-135.

Knox, D.K. & Holloman, G.H., 2012. *Use and Avoidance of Seclusion and Restraint: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Seclusion and Restraint Workgroup*. (online). Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22461919> [Accessed 15 Januar 2016].

Kokalj, A., Rus Prelog, P. & Novak Šarotar, B. Obravnava samomorilnega pacienta. In: R. Vajd & M. Gričar, eds. *Urgentna medicina: izbrana poglavja 2015. Portorož, 18.-20. junij 2015*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 134-136.

Kovač, P., 2012. Fizično oviranje pacienta v klinični praksi. In: B. Bregar & J. Peterka Novak, eds. *Posebni varovalni ukrepi v teoriji in praksi, Zbornik predavanj z recenzijo, Ljubljana, 11. April 2012*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 5-12.

Kores Plesničar, B., 2011. Duševno zdravje in zdravstvena nega. In: B. Kores Plesničar, ed. *Duševno zdravje in zdravstvena nega*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 13.

Kregar, B., 2012. *Obravnava agresivnega pacienta v nujni medicinski pomoči: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Marx, J., 2003. *A prospective study of the complication rate of use of patient restraint in the emergency department*. The Journal of Emergency Medicine (online) Available at: [http://www.jem-journal.com/article/S0736-4679\(02\)00738-2/abstract](http://www.jem-journal.com/article/S0736-4679(02)00738-2/abstract) [Accessed 15 Januar 2016].

Miller, C.D., 2005. *All Tied Up And No Place To Go!* (online/pdf). Available at: <http://www.charlydmiller.com/RA/alltiedup1.html> [Accessed 15 Januar 2016].

Mohor, M., 2006. Obravnava akutnega psihiatričnega bolnika na terenu. In: A. Posavec, ed. *Nujni ukrepi v predbolnišnični nujni medicinski pomoči: zbornik predavanj. Kranjska Gora, 21.-22. April 2006*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija reševalcev v zdravstvu, pp. 101-107.

Mohor, M., (n.d.). *Hospitalizacija proti volji bolnika – dilema v splošni ambulanti. Dileme ob neprostoVOLJNI hospitalizaciji*. Psihiatrična bolnišnica Begunje. Available at: <http://www.pb-begunje.si/gradiva/Mohor1351439831218.pdf> [Accessed 11 July 2015].

Možgan, B., 2009. Posebni varovalni ukrepi. In: P. Pregelj & R. Kobentar, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, Rokus Klett, pp. 439-443.

Naka, S., 2012. Uporaba fizičnega oviranja na oddelku splošne bolnišnice. In: B. Bregar, J. Peterka Novak, eds. *Posebni varovalni ukrepi v teoriji in praksi, Zbornik predavanj z recenzijo, Ljubljana, 11. April 2012*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in

babiške nege, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 29-32.

Popič, R., 2007. Organizacija službe NMP. In: M. Babič, D. Colarič, K. Eder, T. Elbl, T. Kompolšek, A. Murko & M. Špilak, eds. *Izzivi družinske medicine, Učno gradivo – zbornik seminarjev študentov Medicinske fakultete Univerze v Mariboru 4.letnik 2007/2008*. Maribor: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, pp. 23-27.

Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči, 2015. Uradni list Republike Slovenije št. 81/2015.

Prestor, J., 2006. *Razvoj predbolnišnične nujne medicinske pomoči* [Reševalec, spletni časopis sekcije reševalcev v zdravstvu – ZZBNS] Available at: <http://www.resevalci.org/casopis/aktualna.htm> [Accessed 1 December, 2015].

Prestor, J., Čander, D., Fink, A., Kešpert, B., Kramar, J. & Posavec, A., 2010. Kompetence reševalcev v predbolnišnični nujni medicinski pomoči. In: R. Vajd & M. Gričar, eds. *Urgentna medicina: izbrana poglavja 2010. Portorož, 9.-12. junij 2010*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 253-256.

Prestor, J. Komunikacija s pacienti in svojci na njihovem domu. In: R. Vajd & M. Gričar, eds. *Urgentna medicina: izbrana poglavja 2013. Portorož, 13.-15. junij 2013*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 319-322.

Richmond, J.S., Berlin, J.S., Fishkind, A.B., Holloman G.H., Zeller, S.L., Wilson, M.P., Rifai, M.A. & Ng, A.T., 2012. *Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup*. (online). Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3298202/> [Accessed 15 Januar 2016].

Rijavec, N., 2015. Napotitev proti volji bolnika v psihiatrično bolnišnico – vidik psihiatra. In: M. Škufca Sterle & U. Zafošnik, eds. *Obravnava in napotitev bolnika proti*

njegovi volji: strokovno srečanje. Ljubljana, 2015. Ljubljana: Zdravstveni dom Ljubljana, Simulacijski center, pp. 72-78.

Sibitz, I., Scheutz, A., Lakeman, R., Schrank, B., Schaffer, M. & Amering, M., 2011. *Impact of coercive measures on life stories: qualitative study*. The British Journal of Psychiatry. (online/pdf) Available at: <http://bjp.rcpsych.org/content/199/3/239.full-text.pdf+html> [Accessed 11 July 2015].

Skočir, B., n.d. *Vloga in naloge policije pri izvajanju neprosto voljne privedbe osebe v psihiatrično bolnišnico*. [pdf] Psihiatrična bolnišnica Begunje. Available at: www.pb-begunje.si/?m=00200061 [Accessed 1 December, 2015].

Szarpak, L., Kurowski A. & Szlachta, T., 2013. (pdf) *Knowledge and compliance use of coercive means in paramedics work*. Military Pharmacy and Medicine. Available at: <http://mil-pharm-med.pl/2013/2-6/8.pdf> [Accessed 11 July 2015].

Tschudin, V., 2004. *Etika v zdravstveni negi: Razmerja skrbi*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, pp. 37.

Turk, H., Mir, M. & Kersnik, J., 2008. Stanje akutne zmedenosti in agitacije. In: Š. Grmek, ed. *Nujna stanja, peta izdaja : priročnik*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, pp. 209-212.

Turk, H. & Kersnik, J., 2008a. Psihotična stanja. In: Š. Grmek, ed. *Nujna stanja, peta izdaja : priročnik*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, pp. 217-219.

Turk, H. & Kersnik, J., 2008b. Delirij. In: Š. Grmek, ed. *Nujna stanja, peta izdaja : priročnik*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, pp. 227- 231.

Turk, H. & Kersnik, J., 2008c. Hospitalizacija proti volji bolnika. In: Š. Grmek, ed. *Nujna stanja, peta izdaja : priročnik*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske

medicine SZD, pp. 239-241.

Velikanje, N., 2012. Posebni varovalni ukrep na gerontopsihiatričnem oddelku: izkušnje iz psihiatrične bolnišnice Idrija. In: B. Bregar & J. Peterka Novak, eds. *Posebni varovalni ukrepi v teoriji in praksi, Zbornik predavanj z recenzijo, Ljubljana, 11. April 2012*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 22-28.

Zakon o duševnem zdravju, 2008. Uradni list Republike Slovenije št. 77.

Zdravniška zbornica Slovenije, 2011. *Strategija razvoja sistema nujne medicinske pomoči v Sloveniji 2010 – 2020: delovno gradivo ver. 23.03.2011*. [pdf] Zdravniška zbornica Slovenije, Komisija za nujno medicinsko pomoč. Available at: <http://www.zdravniskazbornica.si/f/3718/strategija-razvoja-sistema-nmp> [Accessed 15 Januar 2016].

Žmavc, A., 2007. Kakšnega reševalca potrebuje nujna medicinska pomoč Slovenije? In: A. Posavec, ed. *Zdravstveni reševalec: poklic, poslanstvo ali izziv. Ig, 26. oktober 2007*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija reševalcev v zdravstvu, pp. 63-68.

Žmavc, A., 2010. Vloga reševalca v sistemu NMP Slovenije. In: A. Posavec, ed. *Od reševalca do reševalca v zdravstvu, Gozd Martuljek, 26.-27. marec 2010*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija reševalcev v zdravstvu, pp. 27-28.

Žmitek, A., 2010. *Zakon o duševnem zdravju. Zdravstveni vestnik*. Available at: http://szd.si/user_files/vsebina/Zdravnicki_Vestnik/2010/julij-avgust/537-43.pdf [Accessed 19 August 2015].

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

ANKETA

Spoštovani!

Sem Samir Muminović in sem študent tretjega letnika dodiplomskega študija zdravstvene nege na Fakulteti za zdravstvo Jesenice. Pod mentorstvom mag. Branka Bregarja, viš. pred., pripravljam diplomsko delo z naslovom »Uporaba prisilnih ukrepov v predbolnišničnem okolju«.

Z vprašalnikom, ki je pred vami, bomo v raziskavi pridobili pomembne podatke, zato vas vljudno prosim, da si vzamete nekaj minut časa in odgovorite na zastavljena vprašanja. Pridobljeni podatki služijo zgolj v raziskovalne namene.

Izpolnjevanje vprašalnika je prostovoljno, vprašalnik pa je anonimen. Pridobljene podatke bomo uporabili izključno za namen izdelave diplomske naloge.

Za sodelovanje se vam lepo zahvaljujem!

OSNOVNI PODATKI

1. Spol

1. Moški
2. Ženska

2. Starost v letih

_____ let

3. Stopnja izobrazbe

- srednješolska izobrazbo

- višješolska ali visokošolska izobrazba
- univerzitetna izobrazba ali več

4. Koliko let ste zaposleni na delovnem mestu znotraj nujne medicinske pomoči?

_____ let

5. Ali poznate definicijo posebnih varovalnih ukrepov, ki jo navaja Zakon o duševnem zdravju?

- Da
- Ne

Če ste na prejšnje vprašanje odgovorili z NE, prosim preberite definicijo, da boste lažje izpolnjevali vprašanja, ki sledijo v nadaljevanju ankete.

»Posebni varovalni ukrep je nujen ukrep, ki se ga uporabi zaradi omogočanja zdravljenja osebe ali zaradi odprave oziroma obvladovanja nevarnega vedenja osebe, kadar je ogroženo njeno življenje ali življenje drugih, hujše 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.«

6. Ali ste se v službi že srečali z intervencijami na katerih se uporablja fizično oviranje pacienta?

- Da
- Ne

7. Če ste na prejšnje vprašanje odgovorili z DA, prosim napišite kako pogosto ste se v službi že srečali z intervencijami na katerih se uporablja fizično oviranje pacienta (v zadnjem letu)? (večkrat pomeni več kot 1x in manj kot 5x)

- 1x na teden
- 1x na mesec
- 1x na leto

- Večkrat na mesec, **dopišite približno koliko krat:** _____ **X**
- Večkrat na leto, **dopišite približno koliko krat:** _____ **X**

8. Kakšna je sestava ekipe nujne medicinske pomoči, kadar greste na intervencijo na kateri je potrebna uporaba posebnih varovalnih ukrepov? (obkrožite)

- Zdravnik in en reševalec (ZT ali dipl.zn.)
- Dva reševalca (ZT ali dipl.zn.)
- Zdravnik in dva reševalca (ZT ali dipl.zn.)

9. Naslednja vprašanja se nanašajo na varnost pri delu na intervencijah kjer uporabljate prisilne ukrepe.

Prosim označite od 1 – 5, v kolikšni meri se strinjate s spodaj navedenimi trditvami (1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 popolnoma se strinjam)

	TRDITEV	OCENA				
1	Na splošno se pri svojem delu počutim varno	1	2	3	4	5
2	Na intervencijah, kjer je potrebna uporaba prisilnih ukrepov, se počutim ogroženo	1	2	3	4	5
3	Na intervencijah, kjer je potrebna uporaba prisilnih ukrepov, prosimo za pomoč organov notranjega ministrstva – policijo	1	2	3	4	5
4	Na intervencijah, kjer obravnavamo pacienta z duševno motnjo, s svojci komunicira pretežno ZDRAVNIK	1	2	3	4	5
5	Na intervencijah, kjer obravnavamo pacienta z duševno motnjo, s svojci komunicira pretežno REŠEVALEC	1	2	3	4	5

6	Na intervencijah, kjer obravnavamo pacienta z duševno motnjo, s svojci komunicira pretežno POLICIST / POLICISTKA	1	2	3	4	5
----------	--	----------	----------	----------	----------	----------

10. Naslednja vprašanja se nanašajo na varnost in nadzor nad pacientom med prevozom v bolnišnico.

Prosim označite od 1 – 5, v kolikšni meri se strinjate s spodaj navedenimi trditvami (1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 popolnoma se strinjam)

	TRDITEV	OCENA				
1	Pacienta z duševno motnjo po obravnavi vedno odpeljemo na zdravljenje v bolnišnico	1	2	3	4	5
2	Pri prevozu pacienta z duševno motnjo v bolnišnico opravlja nadzor nad njim samo ZDRAVNIK	1	2	3	4	5
3	Pri prevozu pacienta z duševno motnjo v bolnišnico opravlja nadzor nad njim samo REŠEVALEC	1	2	3	4	5
4	Pri prevozu pacienta z duševno motnjo v bolnišnico opravljata nadzor nad njim ZDRAVNIK in REŠEVALEC	1	2	3	4	5
5	Pri prevozu pacienta z duševno motnjo v bolnišnico opravlja nadzor nad njim zdravstveni tim v sodelovanju s policijo	1	2	3	4	5

11. Kdo se odloča v katero zdravstveno ustanovo bo pacient prepeljan po končani obravnavi?

Prosim označite od 1 – 5, v kolikšni meri se strinjate s spodaj navedenimi trditvami (1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 popolnoma se strinjam)

	TRDITEV	OCENA				
1	Zdravnik	1	2	3	4	5
2	Reševalec (ZT ali dipl. zn.)	1	2	3	4	5
3	Zdravnik in reševalec skupaj	1	2	3	4	5
4	Pacient sam	1	2	3	4	5
5	Svojci	1	2	3	4	5
6	Zdravnik in svojci skupaj	1	2	3	4	5
7	Zdravnik in pacient skupaj	1	2	3	4	5
8	Zdravnik, pacient, svojci in reševalci skupaj	1	2	3	4	5

12. Katere načine oviranja uporabljate na intervencijah, kjer je potrebna uporaba prisilnih ukrepov.

Prosim označite od 1 – 5, v kolikšni meri se strinjate s spodaj navedenimi trditvami (1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam).

	TRDITEV	OCENA				
1	Prisilni jopič	1	2	3	4	5
2	Vezanje (oviranje) pacienta s pasovi na zajemalna nosila	1	2	3	4	5
3	Vezanje (oviranje) pacienta s pasovi na kardiološki stol	1	2	3	4	5
4	Oviranje pacienta s policijskimi lisicami ali vezicami (to opravijo policisti, vi pa ste poleg prisotni)	1	2	3	4	5
5	Oviranje pacienta s standardnimi pasovi za oviranje z magnetnim sistemom (Segu-fix pasovi)	1	2	3	4	5
6	Drugo	1	2	3	4	5

13. Kateri način oviranja od vseh naštetih se vam zdi, da je najbolj učinkovit na intervencijah, kjer je potrebna uporaba prisilnih ukrepov?

Prosim označite od 1 – 5, v kolikšni meri se strinjate s spodaj navedenimi trditvami (1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam).

	TRDITEV	OCENA				
1	Prisilni jopič	1	2	3	4	5
2	Vezanje (oviranje) pacienta s pasovi na zajemalna nosila	1	2	3	4	5
3	Vezanje (oviranje) pacienta s pasovi na kardiološki stol	1	2	3	4	5
4	Oviranje pacienta s policijskimi lisicami ali vezicami (to opravijo policisti, vi pa ste poleg prisotni)	1	2	3	4	5
5	Oviranje pacienta s standardnimi pasovi za oviranje z magnetnim sistemom (Segu-fix pasovi)	1	2	3	4	5
6	Drugo	1	2	3	4	5

14. Naslednja vprašanja so povezana s prisilnimi ukrepi in uporabo prisilnega jopiča kot načina oviranja pacientov v predbolnišničnem okolju. Drugi način oviranja pomeni oviranje na zajemalnih nosilih, s policijskimi lisicami ali katerikoli drugi način, ki ga uporabljate. Prosim obkrožite odgovore, ki se vam zdijo najbolj blizu vam in vašemu delu, ki ga opravljate na terenu.

Prosim označite od 1 – 5, v kolikšni meri se strinjate s spodaj navedenimi trditvami (1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam)

	TRDITEV	OCENA				
1	Uporaba prisilnih jopičev je najbolj varna uporaba oviranja pri obravnavi pacientov z duševno motnjo	1	2	3	4	5

2	Pri uporabi prisilnih jopičev za oviranje pacienta z duševno motnjo pride do več poškodb kot pa pri oviranju z drugimi metodami oviranja	1	2	3	4	5
3	Oviranje pacienta z duševno motnjo s prisilnim jopičem je bolj humano od drugih načinov oviranja pacienta v predbolnišničnem okolju	1	2	3	4	5
4	Pacient, oviran s prisilnim jopičem je lažje vodljiv kot pa pacient, ki je oviran z drugimi načini oviranja	1	2	3	4	5
5	Pri oviranju pacienta z duševno motnjo imamo več težav pri nameščanju prisilnega jopiča kot pa z oviranjem z drugimi ovirnicami	1	2	3	4	5
6	Nameščanje prisilnega jopiča je fizično lažje od nameščanja drugih ovirnic	1	2	3	4	5
7	Nameščanje prisilnega jopiča je zelo zahtevno delo za reševalca	1	2	3	4	5
8	Za nameščanje prisilnega jopiča sta dovolj samo dva reševalca, z asistenco policije	1	2	3	4	5
9	Reševalci bi vsaj 1x letno potrebovali izobraževanje in tečaj, ki bi se nanašal na intervencije povezane z uporabo prisilnih ukrepov	1	2	3	4	5

15. Ocenite, kako pogosto je spodaj naštetu vedenje pacientov vzrok za uporabo prisilnih ukrepov.

Prosim označite od 1 – 5, v kolikšni meri se strinjate s spodaj navedenimi trditvami (1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam)

	TRDITEV	OCENA				
1	Pacient je vznemirjen in se ne more nadzorovati	1	2	3	4	5

2	Pacient vpije in povzroča preveč hrupa	1	2	3	4	5
3	Pacient napade ali pretepa nekoga od zaposlenih	1	2	3	4	5
4	Pacient se neprimerno spolno vede	1	2	3	4	5
5	Pacient draži ali prekinja druge ljudi	1	2	3	4	5
6	Pacient poskuša nekaj razbiti (npr. pohištvo ali okno)	1	2	3	4	5
7	Pacient psuje ali preklinja druge ljudi	1	2	3	4	5
8	Pacient poskuša škoditi sam sebi	1	2	3	4	5
9	Pacient sam prosi za prisilni ukrep ali hospitalizacijo	1	2	3	4	5