



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**UPORABA PRISILNIH UKREPOV PRI
ZDRAVSTVENI OBRAVNAVI STAREJŠE
OSEBE: RAZLOGI ZA IN PROTI**

**THE USE OF COERCIVE MEASURES IN
PROVIDING HEALTH CARE TO AN
ELDERLY PERSON: PROS AND CONS**

Diplomsko delo

Mentorica: doc. dr. Radojka Kobentar

Kandidat: Matej Trinkaus

Jesenice, december, 2021

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici doc. dr. Radojki Kobentar za strokovno pomoč, vodenje in nasvete pri pisanju diplomskega dela.

Hvala recenzentki Marti Smodiš, viš. pred., in Miji Čuk, univ. dipl. spl. jez., za lektorski pregled besedila in vse popravke.

Zahvaljujem se tudi svojim staršem za podporo in spodbudo.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Prisilna sredstva pri obravnavi starejših oseb vključujejo uporabo omejevalnih tehnik, kot so fizično oviranje, osamitev, uporaba zdravil, s katerimi se prepreči zdravju in napram drugim osebam nevarno vedenje. Uporaba prisilnih sredstev je omejena z zakoni, protokoli in standardi. Namen pregleda literature je ugotoviti razloge za uporabo in neuporabo prisilnih sredstev pri obravnavi starejših.

Metoda: Uporabili smo kvalitativni raziskovalni pristop s pregledom znanstvene in strokovne literature v angleškem jeziku s ključnimi besedami »coercive treatment and elderly«, »coercive intervention and elderly«, »coercive nursing and elderly«, »coercive nursing at nursing home and elderly«, »perception and use of informal coercion«, »persuasion and coercion«, »coercion and respect« in uporabo Boolovih operaterjev AND in OR. V slovenskem jeziku smo iskali s ključnimi besedami »demenca«, »prisila«, »uporaba prisile«, »demenca in zdravstvo« »obrnava oseb z demenco«, »pravice starostnikov«, »nasilje nad starostniki«, »posebni varovalni ukrepi«. Kriteriji za uvrstitev so bili prosto dostopni članki v polnem besedilu, ki so obravnavali uporabo prisile in starejše osebe. Časovni okvir iskanja je bil med letoma 2011 in 2021. Uporabljene vire smo obdelali s tehniko vsebinske analize z oblikovanjem kod in kategorij.

Rezultati: Uporabili smo 19 strokovnih in znanstvenih člankov ter dobili 59 kod, ki smo jih razvrstili v štiri kategorije, in sicer: 1. razlogi za uporabo prisilnih sredstev, 2. preventivni in kompenzacijski ukrepi za opustitev prisilnih sredstev, 3. načini uporabe prisilnih ukrepov v zdravstveni negi starejših oseb in 4. etične dileme, ki se pojavljajo pri izvajanju prisilnih ukrepov.

Razprava: V diplomskem delu smo prikazali, da se v zdravstveni negi za starejše osebe uporabljajo prisilna sredstva, kadar za to obstajajo utemeljeni razlogi, ki jih s predhodnimi alternativnimi in kompenzacijskimi sredstvi ni mogoče odpraviti. Zdravstveni delavci se pri uporabi sredstev pogosto srečujejo z etičnimi dilemami, ki v praksi usmerjajo k redefiniciji protokolov in smernic. Starejše osebe potrebujejo kakovostno in varno zdravstveno nego s spoštovanjem dostojanstva.

Ključne besede: zakon, prisila, starejši, zdravstvena nega

SUMMARY

Background: Coercive measures in the treatment of the elderly include the use of restrictive techniques such as physical restraints, isolation, use of medication to prevent behaviour that is a risk to the patient's health and others. The use of coercive measures is restricted by laws, protocols and standards. The purpose of this literature review is to learn about the use of coercive measures in the treatment of the elderly and to examine what are the pros and the cons.

Methods: We used a qualitative research design based on a review of scientific and professional literature in English language by using keywords "coercive treatment and elderly", "coercive intervention and elderly", "coercive nursing and elderly", "coercive nursing at nursing home and elderly", "perception and use of informal coercion", "persuasion and coercion", "coercion and respect". We used AND and OR Boolean operators. In Slovenian language we searched using the following keywords: "demenca" (dementia), "prisila" (coercion), "uporaba prisile" (using coercion), "demenca in zdravstvo" (dementia and healthcare), "obravnavava oseb z demenco" (treating persons with dementia), "pravice starostnikov" (rights of the elderly), "nasilje nad starostniki" (violence against the elderly), "posebni varovalni ukrepi" (special protective measures). The criteria for including articles were free access to full-text articles that covered the use of coercive measures on the elderly. The publishing date was between 2011 and 2021. The sources used were processed using a content analysis technique with the creation of codes and categories.

Results: We used 19 scientific and peer-reviewed articles and identified 59 codes, which were classified into 4 categories: "1. reasons for the use of the restrictive tools", "2. preventive and compensatory measures to prevent the use of coercive measures", "3. ways of using the coercive measures in the care of the elderly", and "4. ethical dilemmas that arise in the use of coercive measures".

Discussion: In this thesis we have shown that coercive measures are used in nursing care of the elderly person when there are valid reasons and we run out of alternative and compensatory measures. Healthcare workers often are often faced with ethical issues which point to the redefinition of protocols and standards. Elderly people deserve quality and safe care that respects their dignity.

Key words: law, coercion, elderly, nursing

KAZALO

1 UVOD	1
1.1 UVOD IN OPREDELITEV PROBLEMA.....	1
1.2 POSEBNOSTI OVIRANJA STAROSTNIKOV IN DEEKSKALACIJSKE TEHNIKE	6
2 EMPIRIČNI DEL	10
2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	10
2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	10
2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	10
2.3.1 Metode pregleda literature	11
2.3.2 Strategija pregleda zadetkov	11
2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature.....	12
2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature.....	13
2.4 REZULTATI	14
2.4.1 PRIZMA diagram.....	14
2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah.....	15
2.5 RAZPRAVA.....	21
2.5.1 Omejitve pregleda literature.....	28
2.5.2 Doprinos za prakso in priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo	28
3 ZAKLJUČEK	30
4 LITERATURA	33

KAZALO SLIK

Slika 1: Prizma diagram.....	14
------------------------------	----

KAZALO TABEL

Tabela 1: Rezultati pregleda literature.....	12
Tabela 2: Hierarhija dokazov.....	13
Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov.....	15
Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah.....	20

SEZNAM KRAJŠAV

PVU

SAMS

SZD

Posebni varovalni ukrepi

Swiss Academy of Medical Sciences

Slovensko zdravniško društvo

1 UVOD

1.1 UVOD IN OPREDELITEV PROBLEMA

V spletnem angleško-angleškem slovarju je beseda *coercion* definirana kot »uporaba sile, da bi nekoga prepričali, da stori nekaj, česar sicer noče narediti« (Cambridge Dictionary, 2013). V spletnem Slovarju slovenskega knjižnega jezika je glagol *prisiliti* definiran kot »s silo, pritiskom narediti, povzročiti, da kdo kaj naredi, dela, česar noče, ne želi« (Fran, 2014). V psihiatriji se na primer uporabljajo prisilna sredstva, kot so: omejevanje, držanje, pasovi za fizično oviranje, osamitev, oviranje z zdravili in prisilna aplikacija zdravil (tudi intramuskularno) (Duxbury, 2015; Združenje psihiatrov – Slovensko zdravniško društvo, 2018). Na terenu so reševalci priča tudi oviranju s policijskimi vezicami, ki ga izvajajo policisti (Združenje psihiatrov – Slovensko zdravniško društvo, 2018).

Listina Evropske unije o temeljnih pravicah (2010) nam v štiriinpetdesetih členih razlaga, katere pravice imajo vsi ljudje, ki prebivajo v Evropski uniji. Poudarek je predvsem na prepovedi diskriminacije, kjer je omenjena tudi populacija starostnikov. Listina prepoveduje kakršen koli poseg v človeško življenje, tudi smrtno kazen. Mučenje, suženjstvo, poniževanje prav tako ni dopustno. Vsi imamo pravico do svobode in varnosti, do spoštovanja zasebnega in družinskega življenja. Pred zakonom smo vsi ljudje enaki. Starostnikom je namenjen 25. člen, ki določa, da imajo starostniki pravico do dostojnega in samostojnega življenja ter sodelovanja v družbenem in kulturnem življenju.

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP, 2020) predvideva, da pacienti samostojno uveljavljajo pravice, če so sposobni odločanja o sebi, zlasti, ko odločajo o izvedbi zdravstvenih posegov in zdravljenja. Z drugimi besedami vključuje tudi razumevanje posledic glede privolitve, zavrnitve ali preklica zavrnitve posega ali obravnave. V Kodeksu etike v zdravstveni negi in oskrbi (2014) je navedeno, da zdravstveni delavci spoštujejo pravico pacienta do izbire in odločanja (Načelo 2), ter v nadaljevanju navaja,

da se pacientom, ki jim bolezen začasno ali trajno odvzame možnost samooskrbe in zmanjša možnost izbire, prilagajmo najbolj optimalno.

Zakon predvideva, da ima pacient pravico, da se odloča na podlagi razumljivega pojasnila zdravnika glede morebitnih posledic. Prav tako ima pacient pravico do primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave (ZPacP, 2020). Kodeks etike predvideva delovanje zdravstvenih delavcev vedno na odločitvah v korist pacienta (Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, 2014). Pacienta prepričamo z informacijami glede sodelovanja tako, da pacient bolje razume naše namere, vendar spoštujemo avtonomijo pacienta. Pacientu ne obljublamo nagrade in mu ne grozimo, saj mora prejeti informacije ter razumeti koristi in tveganja morebitne drugačne odločitve. Namesto uporabe prisile se predlaga prepričevanje, spodbujanje, pogajanje in napovedovanje neželenega dogodka, kar stimulira pacienta k premišljevanju in svobodi izbire. Na koncu, ko izčrpamo vse možnosti, sledi uporaba fizične sile, kar pa pomeni skrajno etično mejo. Tako ne kršimo pacientove avtonomije in njegove želje, kar je z vidika etike nedopustno (Sallinen, et al., 2020).

Kong in Evans (2012) navajata, da je uporaba prisilnih sredstev prisotna v različnem deležu, kar je odvisno od več dejavnikov. Tako so raziskave potrdile, da se fizične omejitve pogosto uporabljajo v domovih za starejše, in sicer na Nizozemskem v 59 %, v 33,7 % v Kanadi, 28 % na Finskem, 26,2 % v Nemčiji in le 6 % v Švici. Zapisala sta, da je delež v Hongkongu 20-odstoten in na Japonskem med 25,5 in 4,5 %. V Evropi in drugod je razširjeno gibanje o zmanjšanju in neuporabi prisilnih sredstev pri obravnavi starostnikov.

Uporaba prisile v zdravstvu je sama po sebi etični problem, saj označuje način dela in moč zdravstvenih delavcev (Sallinen, et al., 2020). Zdravstveni delavci, ki so sodelovali v raziskavi, ugotavljajo, da je ukazovanje pacientom glede dejanj, ki jih smejo ali ne smejo narediti, precejšen etični problem. Nekaterim zdravstvenim delavcem, ki so sodelovali v raziskavi, se zdi, da je prisila prisotna povsod, saj nas v izvajanje vseh dejanj silijo pravila (Kong, et al., 2016). Kljub škodljivim fizičnim in psihosocialnim

učinkom se fizične omejitve še vedno pogosto uporabljajo v številnih ustanovah za dolgotrajno oskrbo geriatričnih pacientov po vsem svetu (Kong, et al., 2016).

V raziskavi, ki je zajela 379 zaposlenih v treh zdravstvenih ustanovah za duševno zdravje na Norveškem, na sedmih različnih oddelkih, tudi geriatričnem, Molewijk in ostali (2017) opisujejo, da so zdravstveni delavci in sodelavci uporabo prisile razumeli glede na obseg izkušenj z njo. Tisti, ki so prisilo vsakodnevno uporabljali kot klinično dopustno in predpisano sredstvo, so o njej razmišljali kot o neprimerni zdravstveni obravnavi za pacienta, a potrebni zaradi zdravljenja in skrbi za varnost pri zdravstveni obravnavi. V raziskavi so ugotovili, da uporaba prisile nikakor ni upravičena, saj morajo zanjo obstajati znanstveni dokazi, in da se odnos zdravstvenih delavcev do njene uporabe spreminja skozi čas (Molewijk, et al., 2017).

Pri starostnikih se intervencije prisile uporabljajo pogosteje, ko gre za osebe, obolele za demenco, in tiste, ki so omejene pri samooskrbi ali kako drugače odvisne od pomoči drugih ljudi. Prisila je prisotna tudi pri akutnih situacijah, in sicer pri motnjah zavesti (na primer delirij) (Swiss Academy of Medical Sciences (SAMS, 2015)). Omejevanje svobode gibanja je dopustno le takrat, ko ugotovimo, da so drugi ukrepi neučinkoviti. Zakon o duševnem zdravju (2008) v 29. členu obravnava uporabo posebnih varovalnih ukrepov: »Posebni varovalni ukrep je nujen ukrep, ki se ga uporabi zaradi omogočanja zdravljenja osebe ali zaradi odprave oziroma obvladovanja nevarnega vedenja osebe, kadar je ogroženo njeno življenje ali življenje drugih, huje ogroženo njeno zdravje ali zdravje drugih ali z njim povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim in ogrožanja ni mogoče preprečiti z drugim, blažjim ukrepom«. Ravnanje proti volji pacienta je lahko za pacienta in njegove svojce zelo stresno, zato je pomembno, da preden prisilo uporabimo, natančno ocenimo situacijo. Vzrok za uporabo prisile mora biti torej utemeljen na osnovi medicinskih znanj, vedno pa se moramo tudi vprašati, ali obstajajo mogoče še kakšne intervencije, pri katerih prisila ni potrebna (SAMS, 2015). Zdravstveni delavci morajo odgovoriti na vprašanje o upravičenosti uporabe prisile. Natančneje: katere situacije v zdravstvu pogosteje zahtevajo uporabo prisile in kdaj je pravi čas za njeno izvajanje, katera prisilna sredstva moramo uporabiti najprej in kakšen odnos moramo imeti do uporabe prisile (Molewijk, et al., 2017).

Kobentar in ostali (2015) so v štirih domovih za starejše v Ljubljani testirali samostojnost stanovalcev z medicinsko diagnozo demence. Sodelovalo je 233 oseb oz. 57,10 % pacientov z demenco. Ugotovili so, da jih je 90 % imelo motnje gibalnega aparata, 66,1 % srčno-žilne bolezni, 18,5 % sladkorno bolezen, 16,5 % pa okvaro vida. Ugotovili so tudi, da je bila velika večina opazovanih oskrbovancev v srednjem in poznem stadiju demence in da so bili za opravljanje večine življenjskih aktivnosti popolnoma odvisni od drugih. Kobentar (2011) v doktorski disertaciji na vzorcu 233 oseb ugotavlja, da je 50,6 % starostnikov v zadnjem mesecu prejelo vsaj eno dodatno zdravilo za odpravo motečega vedenja, posebne varovalne ukrepe (namestitve ograje na postelji, oviranje) pa 76 % starostnikov. Kljub temu je najmanj en neželeni dogodek v zadnjem mesecu doživel 40 % starostnikov.

Gjerberg in ostali (2013) so v raziskavi, v kateri je sodelovalo 35 pacientov iz šestih domov za ostarele, in 60 sorodnikov, ugotovili, da se je več kot polovica stanovalcev domov in večina njihovih sorodnikov strinjala z uporabo prisile, saj so zaupali zaposlenim. Menijo, da je odločitev za uporabo prisile močno povezana s pacientovim pomanjkanjem razumevanja, preprečevanjem zdravstvenih tveganj in z ohranjanjem njihovega dostojanstva, ter hkrati poudarjajo, da je treba najprej poskusiti alternativne strategije. Zaposleni v domovih so sami razvili posebne tehnike, s katerimi jim je že uspelo uspešno obvladati spreminjajoče se situacije v domovih za starejše na Norveškem. Oskrbovanci so menili, da se je večina osebja obnašala profesionalno in sočutno in da so uporabljali prisilo v razmerah, v katerih je kognitivna motnja ovirala kritično presojo. Včasih je zaposlenim obvladovanje situacij uspelo brez prisile, občasno pa so morali navkljub vsemu uporabiti fizično prisilo, da so lahko opravili potrebno zdravstveno nego (Gjerberg, et al., 2013). Gjerberg in ostali (2013) ter Anderson in Delany (2016) navajajo, da namesto fizične sile zdravstveni delavci uporabljajo prijazno pregovarjanje in preusmerjanje pozornosti s sproščenim pogovorom. Gjerberg in ostali (2013) ugotavljajo tudi, da se nekateri zdravstveni delavci včasih počutijo kot igralci, ki igrajo različne vloge, da bi preusmerili pozornost pacientov. Kadar pacienti zavrnejo sodelovanje, najprej počakajo uro ali dve in nato z intervencijo poskusijo znova. Ugotovili so, da učinkuje tudi menjava osebja (če enemu

ne uspe, bo morda drugemu). Eden izmed problemov oseb z demenco je tudi tavanje, med katerim pacient lahko zaide ali celo pade in se tako ne zna ali ne zmore vrniti v svojo sobo. Poleg tega se v takšnih stanjih obolelih za demenco lahko zgodijo tudi različni neželeni dogodki. Pacientom so poskušali pojasniti, zakaj se ne smejo sprehajati sredi noči, vendar ocenjujejo, da so bili pri tem neuspešni.

Lejman in ostali (2013) so v svoji kvalitativni raziskavi na Švedskem, pri kateri je sodelovalo deset diplomiranih medicinskih sester iz desetih različnih domov za ostarele, raziskovali etične dileme uporabe prisile pri pacientih z demenco. Medicinske sestre so v intervjujih povedale, da uporabljajo pasove za oviranje, ob tem pa vedno upoštevajo mnenja pacientov. Omenjajo tudi težave pri nadzoru pacientov, saj vrat pacientovih sob ni dovoljeno zaklepati, prav tako pa ni dopustno uporabljati videonadzora. V primerih, ko ocenijo, da bo pacientovo nasprotovanje ogrozilo njegovo lastno varnost, prisilo uporabijo in pacientu pojasnijo, zakaj so morali uporabiti prisilne ukrepe. Pasove za oviranje in posteljne ograje zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi uporabljajo pri pacientih, pri katerih so ocenili večje tveganje za padec.

Lim in Ponn (2016) sta ugotovila, da je uporaba prisilnih sredstev za preprečevanje padca neučinkovita in nevarna, saj poveča možnost za padec, zlom in celo zadušitev. Pacienti si jih namreč pogosto poskušajo odstraniti in se tako zagozdijo med vzmetnico in posteljno ogrodje. Z neuporabo fizičnega oviranja med drugim poskrbimo za boljše psihično in fizično stanje pacienta z dodatnimi intervencijami in aktivnostmi. Legitimno uporabo fizičnega oviranja vidita kot paradoks, saj moramo narediti nekaj, kar je moralno nesprejemljivo. Žgavec in Kores Plesničar (2016) sta v svoji raziskavi prav tako ugotovila, da ima uporaba pasov za oviranje negativne učinke. V raziskavi, v kateri je sodelovalo 147 pacientov z duševno motnjo, sta avtorja ugotovila, da je verbalna agresivnost pacientov med izvajanjem posebnih varovalnih ukrepov prisotna pri več kot 90 %.

V domovih za ostarele uporabljajo tudi ključavnice na kodo, ki jih zdravstveno osebje opisuje kot nujno potrebne za zagotavljanje varnosti. V primeru, da se pacient počuti ujetega, ga zdravstveno osebje poskuša terapevtsko odvrniti od dejanja, ki bi povzročilo

morebitno poškodbo, in ga zavarovati pred nevarnostjo, da bi odšel z oddelka. Kljub prepovedi zdravstveni delavci ponekod uporabljajo tudi videonadzor, s pomočjo katerega jim je že uspelo preprečiti potencialne poškodbe, saj so tako lahko hitreje odreagirali in pravočasno prišli do tavaajočih pacientov (Lejman, et al., 2013).

Muminović in Bregar (2017) ugotavljata, da se z uporabo prisilnih sredstev zelo pogosto srečujejo tudi reševalci. Izmed 165 anketiranih reševalcev jih je 92,7 % potrdilo, da so med intervencijo morali uporabiti fizično oviranje pacienta, trinajst sodelujočih v anketi (7,3 %) pa se s fizičnim oviranjem oseb še ni srečalo.

Zdravstveni delavci morajo imeti znanja in sposobnosti, da kritično presodijo in analizirajo uporabo morebitnih prisilnih ukrepov v obliki prepričevanja, svetovanja in informiranja ter razmislijo o posledicah, ki zagotavljajo pozitivne zdravstvene izide ob spoštovanju avtonomije pacientov na osnovi dokazov iz klinične prakse (Anderson & Delany, 2016).

1.2 POSEBNOSTI OVIRANJA STAROSTNIKOV IN DEEKSKALACIJSKE TEHNIKE

Smernice za uporabo posebnih varovalnih ukrepov (v nadaljevanji PVU) določajo kriterije, kdaj se PVU lahko uporabijo in kdaj ne. Vsak PVU je urgentni poseg, ki ga moramo izvesti brez odlašanja takoj, traja pa naj le toliko časa, kot je potrebno. Uporaba PVU je upravičena, ko na drug način ne moremo omogočiti nujne zdravstvene obravnave pacienta in za odpravo oziroma obvladovanje nevarnega vedenja pacienta. Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr, 2008) omenja in določa uporabo pasov za oviranje in omejitev gibanja, ukrepov, kot so: medikamentozni ukrepi, diskretni nadzor, stalni nadzor in ograjica ob postelji, pa niso zajeti v tem zakonu (Združenje psihiatrov - Slovensko zdravniško društvo, 2018).

ZDZdr (2008) natančno določa, v katerih primerih zdravstveni delavci lahko uporabijo PVU in na kakšen način:

- omogočanje zdravljenja in zaščita pacienta ter pacientove okolice, ko lahko pride do ogrožanja življenja, zdravja, premoženjske škode ali zdravja in tega ni mogoče preprečiti z drugimi lažjimi ukrepi,
- PVU se uporabljajo v oddelkih pod posebnim nadzorom in varovanih oddelkih,
- uporabimo lahko oviranje s pasovi in omejitve gibanja znotraj enega prostora,
- PVU lahko traja do največ štiri ure, omejitev gibanja do dvanajst ur, po preteku zdravnik oceni, če obstaja utemeljeni razlog za podaljšanje PVU,
- ovirano osebo se nadzoruje, spremlja vitalne funkcije in strokovno obravnava ves čas trajanja PVU, vse o izvajanju PVU pa je treba zapisati v dokumentacijo,
- zdravnik mora ob uporabi PVU najkasneje v dvanajstih urah obvestiti direktorja zdravstvene institucije, kjer se PVU izvaja, najbližjo pacientovo osebo, odvetnika in zakonitega zastopnika,
- PVU lahko odredi tudi drug zdravstveni delavec, vendar mora o tem takoj obvestiti zdravnika; če se zdravnik ne strinja z uporabo PVU, se PVU takoj opusti,
- zakoniti zastopnik pacienta lahko predlaga izvedbo upravnega nadzora nad odreditvijo in izvedbo PVU v skladu s predpisi, ki urejajo upravni nadzor v zdravstveni dejavnosti.

Ograjica ob postelji se večinoma uporablja pri ležečih pacientih, telesno oslabeledih in pri starostnikih z namenom preprečitve padca iz postelje (Kovač, 2012). Zdravstveno osebje, pa tudi pacientovi svojci, večinoma ne podpirajo uporabe PVU pri starostnikih, vendar alternativnih rešitev nimajo (Bregar & Možgan, 2012). Starostniki so zaradi načina hoje in slabe koordinacije ogroženi za padec, kljub temu pa moramo biti pri uporabi PVU previdni, saj z uporabo npr. fiksacijskih pasov močno posegamo v pacientove svoboščine, prav tako pa lahko pride do razjed zaradi pritiska. Raziskave kažejo, da zmanjševanje uporabe PVU bistveno ne vpliva na pojavnost padcev (Velikanje, 2012 cited in Bregar & Peterka, 2012).

Kong in Evans (2012) sta v svoji raziskavi ugotovila, da na pogostost uporabe oviralnih pasov pri starostnikih vpliva tudi število zaposlenih na oddelkih, ki skrbijo za starostnike. Zdravstveni delavci, ki so sodelovali v raziskavi, omenjajo, da so pogosto

preveč zaposleni z drugimi zdravstvenimi intervencijami in jim ne ostane drugega, kot da uporabijo oviralne pasove za preprečitev padca pri starostnikih. Zdravstveni delavci menijo, da je premalo zaposlenih, prostovoljcev in študentov, da bi lahko starostnike na oddelku zaščitili proti padcu brez uporabe oviralnih pasov. Starostniki, pri katerih so bili uporabljeni oviralni pasovi, imajo zaradi oviralnih pasov večkrat otečene ude. Ob prisotnosti prostovoljcev in študentov pa oviralnih pripomočkov ne uporabljajo, saj ti pazijo, da ne pride do nevarnosti za padeč. Ang in sodelavci (2015) so v svoji raziskavi ugotovili, da je na področju akutne obravnave starostnikov potrebna implementacija strategij, ki bi zmanjšale potrebo po uporabi PVU. Pri tem je predvsem pomembna skupina starostnikov, ki imajo težave s spominom. Pomembno je, da so pacient in njegovi svojci dobro informirani o načinu zdravstvene obravnave, to pa lahko pripomore tudi do znižane potrebe po uporabi PVU. Medicinske sestre morajo imeti dobro znanje o preprečevanju padca in uporabi oviralnih pasov ter biti usposobljene na tem področju.

Agresivnost pacientov lahko obvladujemo tudi s pomočjo deeskalacijskih tehnik. Deeskalacija zahteva precej iznajdljivosti in fleksibilnosti, temelji na trenutni situaciji in posameznikovih značilnostih. Poleg deeskalacijskih tehnik k deeskalaciji sodijo tudi (Čelofiga & Koprivšek, n.d.):

- zagotavljanje varnosti za vse udeležence v obravnavi pacienta,
- uporaba strukturiranih lestvic za oceno tveganja za agresivno vedenje,
- uporaba ustrezne neverbalne komunikacije,
- poznavanje različnih verbalnih tehnik,
- prepoznavanje častnih čustvenih odzivov v kriznih situacijah,
- samokontrola.

Deeskalacijske tehnike se uporabljajo za umiritev pacienta z namenom, da se prepreči pojav hujšega agresivnega vedenja. V primeru, ko pacient že kaže znake nasilnega vedenja, pa je uporaba PVU nujna. Pri deeskalaciji je najpomembnejša neverbalna komunikacija – obrazna mimika (55 %), sledi neverbalna komunikacija – ton glasu (38 %), šele na koncu pa verbalna komunikacija (7 %). Pri verbalni komunikaciji so pomembne komponente: hitrost govora, volumen glasu, višina glasu in ton glasu. Pri

neverbalni komunikaciji pa so pomembne naslednje komponente: kretnje, telesna drža, obrazna mimika in očesni stik (Čelofiga & Koprivšek, n.d.).

Uporaba oviralnih pasov je pri zdravstveni obravnavi starostnika pogosta. Uporaba PVU je odvisna od pacienta, pacientovih svojcev, zdravstvenih delavcev, zdravstvene ustanove in prevladujoče kulture v družbi. V novejšem času je uporaba PVU pogostokrat pod vprašanjem zaradi fizičnih, psiholoških, moralnih, etičnih in pravnih zadržkov (Carrero Planells, et al., 2021).

Raziskave navajajo, kdaj je prisilne ukrepe pri zdravstveni obravnavi treba uporabiti in kako se je mogoče prisilnim ukrepom izogniti. Na splošno je napisanega zelo veliko o etiki in uporabi prisilnih ukrepov, vendar so ugotovitve razpršene po različnih člankih. V nadaljevanju diplomskega dela smo pridobljene raziskave sistematično združili in povzeli bistvena spoznanja.

2 EMPIRIČNI DEL

2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je raziskati razloge za uporabo prisile in razloge za njeno neuporabo pri zdravstveni obravnavi starostnika. Kot rezultat analize pregleda literature bomo na koncu predlagali model obravnave, kjer bi izvajali aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe brez uporabe prisile ter omejili uporabo sile le na nujna stanja in situacije.

Cilji diplomskega dela so:

- ugotoviti razloge za uporabo prisilnih ukrepov in proti njej,
- ugotoviti preventivne in kompenzacijske načine za opustitev izvedbe prisilnih ukrepov,
- ugotoviti načine za izvedbo prisilnih ukrepov pri zdravstveni negi starostnika,
- ugotoviti etične dileme pri izvedbi prisilnih ukrepov.

2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi zastavljenih ciljev smo si zastavili naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Kateri razlogi vplivajo na odločitev zdravstvenih delavcev za uporabo prisile pri zdravstveni negi starostnika in proti njej?
2. Kakšni so preventivni in kompenzacijski načini za opustitev izvedbe prisilnih ukrepov?
3. Kateri načini se uporabljajo pri izvedbi prisilnih ukrepov pri zdravstveni negi starostnika?
4. Katere etične dileme se pojavljajo pri izvajanju prisilnih ukrepov?

2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

V diplomskem delu smo uporabili metodo sistematičnega pregleda znanstvene in strokovne literature.

2.3.1 Metode pregleda literature

Uporabili smo mednarodni podatkovni bazi CINAHL in ProQuest, prav tako pa smo literaturo iskali tudi s pomočjo pregleda spletnega bibliografskega sistema COBISS in spletnega iskalnika Google (Google učenjak) ter prek spletnega arhiva Obzornika zdravstvene nege. Ključne besede, ki smo jih uporabili v angleškem jeziku, so: »coercive treatment and elderly«, »coercive intervention and elderly«, »coercive nursing and elderly«, »coercive nursing at nursing home and elderly«, »perception and use of informal coercion«, »persuasion and coercion«, »coercion and respect«, in v slovenskem jeziku: »demenca«, »prisila«, »uporaba prisile«, »demenca in zdravstvo«, »obravnavo oseb z demenco«, »pravice starostnikov«, »nasilje nad starostniki«, »posebni varovalni ukrepi«. Kjer je bilo mogoče, smo v bazah podatkov uporabili napredno iskanje z vključenimi Boolovimi operatorji »AND« oziroma »OR« med dvema ali več ključnimi besedami. Vključevalni kriteriji iskanja so bili: obdobje 2010–2020, prosto dostopno celotno besedilo ter jezik besedila v angleškem in slovenskem jeziku. Uporabili smo tudi besedilo iz Zakona o duševnem zdravju iz leta 2008, ki je še vedno v veljavi. Rezultate pregleda literature smo predstavili v tabeli 1.

2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

Zadetke, ki smo jih pridobili s prej navedenimi ključnimi besedami, smo pregledali in na podlagi rezultatov podatke vnesli v diagram PRIZMA, ki se nahaja v poglavju Rezultati. Izločili smo zadetke, ki so se ponavljali, so bili starejšega datuma in niso vključevali vseh ključnih besed. Izbrani so bili samo vsebinsko ustrezni, aktualni in recenzirani članki, ki so dostopni v celoti.

Z iskanjem v podatkovnih bazah smo skupaj našli 88.183 zadetkov. Po pregledu naslovov člankov smo jih 251 uvrstili v nadaljnjo analizo. Po pregledu izvlečkov smo izločili še 226 zadetkov in tako nam je ostalo 25 virov za natančno analizo. Po natančni analizi člankov smo jih 19 vključili v končno analizo.

Tabela 1: Rezultati pregleda literature

Podatkovna baza	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
Google učenjak	Coercive treatment and elderly	17.600	3
	Coercive intervention and elderly	17.200	3
	Coercive nursing and elderly	17.100	2
	Coercive nursing at nursing home and elderly	18.100	2
	Perception and use of informal coercion	17.400	3
Obzornik zdravstvene nege – arhiv	Demenca	90	1
	Prisila	49	1
COBISS	Uporaba prisile	27	0
	Prisila	305	0
	Demenca in zdravstvo	68	2
	Obravnavanje oseb z demenco	41	2
	Nasilje nad starostniki	50	1
	Posebni varovalni ukrepi	60	3
CINAHL	Persuasion and coercion	17	1
	Coercion and respect	76	1
SKUPAJ		88.183	25

2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Pri natančnem pregledu izbranih znanstvenih in strokovnih člankov ($n = 25$) smo izbrali in uporabili $n = 19$ člankov za vsebinsko analizo z induktivno metodo in jih uporabili v diplomskem delu. Uporabili smo tehniko odprtega kodiranja. Odprto kodiranje se uporablja za ustvarjanje kategorije nižjih redov iz deskriptivnih opisov dogodkov ali fenomenov (Kordeš & Smrdu, 2015). Dobljene rezultate pregledanih raziskav smo kodirali in pridobljene kode združili v posamične kategorije, s katerimi smo opisali namen obravnavane teme diplomskega dela in odgovorili na raziskovalna vprašanja (Kordeš & Smrdu, 2015).

2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Na podlagi najdenih virov literature, ki smo jih uporabili v končni različici diplomskega dela, smo ocenili kakovost pregleda literature. Vire, ki smo jih vključili v končno različico diplomskega dela, smo kategorizirali s pomočjo hierarhije dokazov v znanstveno-raziskovalnem delu. Največ člankov, ki smo jih vključili v raziskavo, spada pod raven 6. Število člankov po avtorjih in kategorijah smo navedli v tabeli 2.

Hierarhijo dokazov sta Polit & Beck (2018) razdelila na osem ravni:

- 1. raven: sistematičen pregled (ne)randomiziranih kliničnih raziskav,
- 2. raven: posamezne randomizirane (vzročne) klinične raziskave,
- 3. raven: posamezne nerandomizirane (kvazi eksperiment) klinične raziskave,
- 4. raven: posamezne prospektivne ali kohortne raziskave,
- 5. raven: posamezne študije primera,
- 6. raven: posamezne presečne ali pregledne raziskave,
- 7. raven: posamične kvalitativne raziskave,
- 8. raven: mnenja strokovnjakov, avtorjev, ekspertnih komisij, poročila posamičnih primerov.

Tabela 2: Hierarhija dokazov

Hierarhija dokazov	Število vključenih strokovnih in znanstvenih besedil
Raven 1: sistematičen pregled (ne)randomiziranih kliničnih raziskav	/
Raven 2: posamezne randomizirane (vzročne) klinične raziskave	/
Raven 3: posamezne nerandomizirane (kvazi eksperiment) klinične raziskave	/
Raven 4: posamezne prospektivne ali kohortne raziskave	1
Raven 5: posamezne študije primera	/
Raven 6: posamezne presečne ali pregledne raziskave	10
Raven 7: posamične kvalitativne raziskave	7
Raven 8: mnenja strokovnjakov, avtorjev, ekspertnih komisij, poročila posamičnih primerov	1

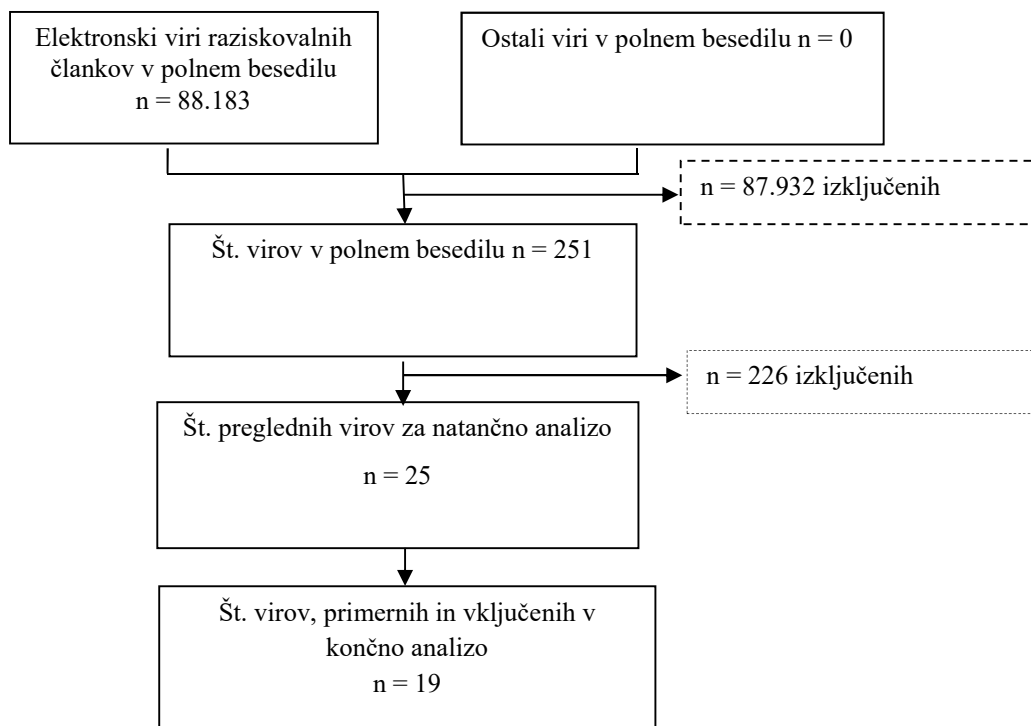
Vir: Polit & Beck, 2018

V tabeli 2 je razvidna hierarhija kakovosti pridobljenih strokovnih in znanstvenih člankov za analizo.

2.4 REZULTATI

Rezultate iskanja strokovne in znanstvene literature smo v nadaljevanju prikazali v obliki diagrama PRIZMA (slika 1), ki prikazuje skupno število dobljene literature ($n = 88.183$), število izključenih člankov ($n = 87.932$) na osnovi omejitvenih kriterijev (polno besedilo, brezplačen dostop) in podvojenih raziskav. Z izključevalnimi kriteriji smo dobili in pregledali $n = 25$ ustreznih člankov. Končno število člankov, ki smo jih uvrstili, uporabili in vključili v analizo, znaša $n = 19$.

2.4.1 PRIZMA diagram



Slika 1: PRIZMA diagram

2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

V nadaljevanju je podan tabelarni prikaz uporabljene znanstvene in strokovne literature za končno analizo ($n = 19$), kjer smo prikazali podatke o avtorstvu, letu objave, raziskovalnem dizajnu in uporabljenem vzorcu, ter tudi velikost vzorca z državo raziskave in ključnimi spoznanji raziskav. Predstavili smo 19 raziskav v obdobju 2011–2021 (tabela 3).

Tabela 3: Tabelarni prikaz rezultatov

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Anderson & Delany	2016	Kvalitativna raziskava – pregled literature	N = 57 virov strokovne literature (Ameriško združenje fizioterapevtov)	Pregled dopušča možnost, da fizioterapevt sprejme odklonitev sodelovanja in postavlja etične dileme: bodisi da sprejme pacientovo pravico, da zavrne predlagano zdravljenje, ali uporabi druge strategije za spodbujanje pacienta, da se drži zdravljenja.
Blazinšek, et al.	2013	Kvantitativna raziskava	N = 72 medicinskih sester (Slovenija)	Diplomirane medicinske sestre znajo bolje komunicirati s pacienti z demenco v primerjavi s srednjimi medicinskimi sestrami. Starost medicinskih sester in njihovo znanje nista pokazala pomembnih razlik.
Bregar, et al.	2019	Kvantitativna raziskava – presečna raziskava z uporabo Heymanove lestvice	N = 367 zaposlenih v zdravstveni negi (Slovenija)	Med psihiatričnimi bolnišnicami v Sloveniji je trajanje posebnih varovalnih ukrepov različno. Zaposleni se strinjajo, da pacienti med uporabo posebnih varovalnih ukrepov občutijo jezo (89,4 %). Večina (91,6 %) verjame, da so posebni varovalni ukrepi terapevtsko učinkoviti. Višje izobraženi zdravstveni delavci izrazito manj odobravajo uporabo posebnih varovalnih ukrepov.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
García-Cabeza, et al.	2017	Kvalitativna raziskava – 5 fokusnih skupin iz desetih držav	N = 98 skupno število sodelujočih (Španija)	Koncept uporabe prisile je s pritiskom ali vplivanjem na pacienta doseči cilje zdravstvene oskrbe. Nekateri sodelujoči v raziskavi tudi prepričevanje vidijo kot prisilo, saj s tem vplivamo na pacientovo voljo in na koncu naredijo nekaj, s čimer se prej niso strinjali. Tisti, ki se odločajo za uporabo prisile, morajo imeti na tem področju veliko strokovnega znanja. Uporaba prisile mora imeti pozitiven učinek na zdravstveno stanje pacienta.
Gjerberg, et al.	2013	Kvalitativna raziskava – 11 fokusnih skupin	N = 60 (Norveška)	Zdravstveno osebje za izogibanje uporabe prisilnih sredstev porabi veliko časa. Poskušajo z različnimi pristopi do pacienta, da se uporabi prisile izognejo. Prisila se uporabi, ko vsi ostali pristopi niso bili uspešni. Večina zdravstvenih delavcev je izumila svoje osebne »trike«, kako pridobiti privolitev pacientov za izvajanje zdravstvenih intervencij.
Gjerberg, et al.	2015	Kvalitativna raziskava	N = 35 pacientov iz šestih negovalnih domov in 7 fokusnih skupin (pacientovi sorodniki): N = 60 (Norveška)	Več kot polovica pacientov in sorodnikov sprejema uporabo prisilnih ukrepov. Prisila se uporablja predvsem pri pacientih, ki imajo okrnjeno razumevanje in bi brez uporabe prisile lahko utrpeli zdravstveno in dostojanstveno škodo.
Habjanič & Lahe	2012	Kvantitativna raziskava – presečna raziskava z uporabo strukturiranih vprašalnikov	N = 202 starostnikov, starejših od 65 let (Slovenija)	Starejši slabega zdravja so v domačem okolju bolj ogroženi kot v domovih starejših občanov. V domačem okolju je večja verjetnost, da pride do fizičnega ali ekonomskega nasilja.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Hem, et al.	2014	Kvalitativna raziskava – fokusna skupina	N = 65 zdravstvenih delavcev z različnih področij (Norveška)	Zdravstveni delavci se soočajo s številnimi etičnimi dilemami in izzivi. V vsaki situaciji, ko je uporabljena prisila, je dostojanstvo pacienta ogroženo. Reševanje etičnih izzivov si zasluži standardizirane postopke reševanja. Zelo pomembno dobro znanje etike za tiste, ki bi radi razvili model etične obravnave pacientov v psihiatričnih bolnišnicah. Pomembna je tudi komunikacija.
Kobentar, et al.	2015	Kvantitativna raziskava	N = 233 stanovalcev obeh spolov s klinično diagnozo demenca, starih nad 65 let (Slovenija)	Raziskava kaže na visok kognitivni upad udeležencev. Ugotovljeno je, da je 50,6 % starostnikov v zadnjem mesecu prejelo vsaj eno dodatno zdravilo za odpravo motečega vedenja, posebne varovalne ukrepe (namestitve ograje na postelji, oviranje) pa 76 % starostnikov.
LaFerney	2017	Mnenje strokovnjaka	/	Namesto prisile raje pacienta poskušamo prepričati v sodelovanje pri zdravstveni obravnavi. Posredovanje bistvenih informacij in dobra komunikacija s strani medicinskih sester sta pri izogibanju uporabe prisile ključnega pomena.
Lejman, et al.	2013	Kvalitativna deskriptivna raziskava – intervju	N = 10 glavnih medicinskih sester (Švedska)	Kljub temu da je uporaba prisile za zdravstvene namene na Švedskem prepovedana, se prisila še vedno uporablja za zagotavljanje dobre in varne zdravstvene nege. Treba bi bilo narediti več raziskav, ki bi pripomogle k razvoju modela za primerno obravnavo starostnikov z demenco v poznem stadiju.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Lim & Ponn	2016	Kvalitativna raziskava – pregled strokovne literature	N = 33 virov literature (Singapur)	Pri zdravstveni obravnavi starostnikov je uporaba posebnih varovalnih ukrepov, ki omejujejo svobodo gibanja, pogosta pri starostnikih z demenco. Predvsem se posebne varovalne ukrepe uporablja pri obvladovanju agresivnega vedenja, ko obstaja možnost, da bo oseba poškodovala sebe ali druge osebe. Preden uporabimo prisilna sredstva, moramo najprej izčrpati vse alternativne postopke, pri katerih uporaba prisile ni potrebna.
Molewijk, et al.	2017	Kvantitativna raziskava	N = 379 zdravstvenih delavcev z različnih področij (Nizozemska)	Anketiranci na splošno niso bili prepričani, če bi morali na prisilo gledati kot žaljivo. Večina se strinja, da je prisila potrebna za zagotavljanje varnosti. Anketiranci se niso strinjali z uporabo prisilnih sredstev za terapevtske namene. Moralnih dvomov pri uporabi prisile niso zaznali, se pa večina strinja, da nikoli ne bomo našli prave alternative pri nekaterih situacijah.
Muminović & Bregar	2017	Kvantitativna raziskava	N = 178 reševalcev (Slovenija)	92,7 % anketiranih je že bilo priča uporabi prisilnih ukrepov. Ženske anketiranke se v primerjavi z moškimi počutijo manj varne in se bolj strinjajo s posredovanjem policije. Na terenu so najpogosteje v uporabi policijske vezice oz. lisice. Agresija in nemir najbolj opravičujeta uporabo prisilnih ukrepov. Reševalci bi potrebovali več znanja na tem področju.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Pawlowski & Baranowski	2017	Kvantitativna raziskava – longitudinalna študija na bazi enoletnega opazovanja	N = 1476 oseb na šestih psihiatričnih oddelkih (Poljska)	V enem letu je bilo na opazovanih oddelkih hospitaliziranih 1476 ljudi. Pri 226 pacientih je bilo treba uporabiti prisilo, od tega je bilo priložnosti za uporabo prisile 405. V 211 primerih je bilo treba uporabiti fizično obliko prisile, kar znaša 52 %. Medicinske sestre so se za uporabo prisile odločile 250-krat, kar znaša 62 % vseh odločitev (od 405). V postopkih prisile so medicinske sestre sodelovale 1064-krat (v nekaterih posameznih primerih je sodelovalo več sester naenkrat).
Riley, et al.	2014	Kvalitativna raziskava – narativni pristop	N = 11 ljudi, starih 23–60 let (Norveška)	Pacienti imajo mešane občutke pri ambulantni obravnavi na psihiatriji. Menijo, da je med ambulantno obravnavo več prisile, kot je predpisano v standardu. Na splošno se pacienti med ambulantno obravnavo strinjajo z zdravstvenimi intervencijami, saj je alternativna možnost prisilna hospitalizacija. Kakovost življenja je boljša pri ambulantni obravnavi v primerjavi z bolnišnično obravnavo.
Steinert, et al.	2014	Kvalitativna raziskava – pregled literature	N = 59 virov literature (Nemčija)	V raziskavi so primerjali uporabo prisile v psihiatričnih institucijah v Nemčiji in na Nizozemskem. Število hospitaliziranih na 100.000 prebivalcev je v obeh državah podobno, prav tako imata državi podobna zakona, ki določata prisilno hospitalizacijo. Dokazi kažejo, da se ob spremembi obnašanja pacientov uporaba posebnih varovalnih ukrepov poveča.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Tingleff, et al.	2017	Kvalitativna raziskava – sistematični pregled literature	N = 26 recenziranih strokovnih člankov (Danska in Grenlandija)	Spoštljiva komunikacija s pacientom je med uporabo prisile zelo pomembna in pripomore do bolj pozitivnega odobravanja s strani pacienta. Psihiatrični pacienti posebne varovalne ukrepe sprejemajo zelo negativno. Bolj si želijo spoštovanja, kot pa da so pod nadzorom zdravstvenih strokovnjakov. Področje uporabe prisile v zdravstvu je trenutno premalo raziskano.
Žgavec & Kores Plesničar	2016	Kvantitativna raziskava – retrospektivna raziskava	N = 147 hospitaliziranih pacientov, ki so bili agresivni med zdravstveno obravnavo (Slovenija)	147 pacientov je bilo po kriterijih agresivnih. Pojav agresije ni bil povezan s spolom pacientov, enako pri potrebi uporabe posebnih varovalnih ukrepov. Agresivnost je pri pacientih, ki so bili agresivni že prej, pogostejša v primerjavi s pacienti, ki prej niso bili agresivni. Temu je sledila uporaba prisilnih sredstev.

V tabeli 4 smo dobljene znanstvene in strokovne članke (n = 19) v celoti prebrali in jih odprto kodirali.

Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorija	Kode	Avtorji
K1: Razlogi za uporabo prisilnih sredstev	Agresija, nemir, možnost nevarnosti zase, nevarnost za soljudi in okolico, tveganje za škodovanje, varnostni zapleti, urgentni primeri, motnje razumevanja, zmedenost, dolgočasenje, demenca, duševne motnje, nestrpnost osebja, osebnostne lastnosti, klinično okolje, ambulantna obravnava, zakonski okvirji, protokoli, smernice, število osebje, preveliko število oseb (n = 22)	Muminović & Bregar, 2017; Pawlowski & Baranovski, 2017; Habjanič & Lahe, 2012; Steinert, et al., 2014; Tingleff, et al., 2017; Žgavec & Kores Plesničar, 2016

Kategorija	Kode	Avtorji
K2: Preventivni in kompenzacijski ukrepi za opustitev prisilnih sredstev	Komunikacija, informiranje, odnos, poslušanje, preusmerjanje pozornosti, toleranca, spoštovanje smernic, spoštovanje pravic, prepričevanje, strpnost, empatija, deeskalacijske tehnike, smernice, protokoli, zakon, strinjanje (n = 18)	Anderson & Delany, 2016; Blazinšek, et al., 2013; García-Cabeza, et al., 2017; Gjerberg, et al., 2013; LaFerney, 2017; Lim & Ponn, 2016
K3: Načini uporabe prisilnih ukrepov pri zdravstveni negi starostnika	Aplikacija terapije, osamitev, uporaba pasov, ograja na postelji, posedanje na voziček, grožnje, ustrahovanje, odvzem obleke, kaznovanje, ignoranca, odtegnitev negovanja (n = 11)	Bregar, et al., 2019; Kobentar, et al., 2015; Lejman, et al., 2013; Lim & Ponn, 2016; Molewijk, et al., 2017; Riley, et al., 2014; Tingleff, et al., 2017
K4: Etične dileme, ki se pojavljajo pri izvajanju prisilnih ukrepov	Pravica odločanja, avtonomija, dostojanstvo, varnost, kritična presoja, razumevanje, znanje, informacije, varnost obravnave, sodelovanje (n = 8)	Anderson & Delany, 2016; García-Cabeza, et al., 2017; Gjerberg, et al., 2013; Hem, et al., 2014; Kobentar, et al., 2015; Molewijk, et al., 2017

V našem pregledu smo identificirali n = 59 kod, ki smo jih razporedili v odgovarjajoče kategorije n = 4 (tabela 4).

2.5 RAZPRAVA

V raziskavi za namen diplomskega dela smo ugotavljali, kakšni so razlogi za uporabo in neuporabo prisilnih sredstev v zdravstveni obravnavi starejših in kdaj so kateri ukrepi upravičeni. V nadaljevanju smo poskušali odgovoriti na zastavljena raziskovalna vprašanja.

Prvo raziskovalno vprašanje: *Kateri razlogi vplivajo na odločitev zdravstvenih delavcev za uporabo prisile pri zdravstveni negi starostnika in proti njej?*

Pri analizi strokovnih člankov smo v kodah zajeli bolezenska stanja, vedenje starostnikov, klinično okolje, kjer se starostniki nahajajo, ter zaposlene in njihove značilnosti. V več raziskavah je razlog za uporabo prisilnih sredstev v zdravstveni obravnavi starejših oseb ravno spremenjeno vedenje in nezmožnost razumevanja postopkov zaradi kognitivnih sprememb (Lim & Ponn, 2016; Gjerberg, et al., 2015;

Blazinšek, et al., 2013, Kobentar, 2011). Znano je, da sta sposobnost kritične presoje in razumevanje oseb z demenco v razvitem stadiju dokaj prisotna, zato naj bi medicinske sestre imele dovolj specifičnega znanja iz komunikacije in posebnih tehnik obvladovanja spremenjenega vedenja obolelih za demenco. Z ustrezno komunikacijo bi lahko zmanjšali in preprečili uporabo prisilnih ukrepov ter ponudili individualne načrte zdravstvene nege z alternativnimi intervencijami zdravstvene nege. To dejstvo potrjujejo Gjerberg in sodelavci (2013), ki pravijo, da so zdravstveni delavci za uporabo prisilnih sredstev uporabili posebne tehnike in čisto svoje »trike«, kar je izboljšalo sodelovanje pacientov. German Ethics Council (2018) kot razloge za uporabo prisilnih ukrepov omenjajo: preprečevanje padca, agresivno vedenje, razdražljivost in upiranje pri izvajanju negovalnih intervencij. Steinert in sodelavci (2014) v svoji raziskavi omenjajo, da moramo biti pozorni tudi na nenadne spremembe obnašanja pacientov, saj to velikokrat vodi do povečane možnosti za potrebo po uporabi PVU. Pawlowski in Baranowski (2017) sta v svoji raziskavi ugotovila, da je uporaba fizičnih metod prisile pri pacientih na psihiatričnih oddelkih potrebna pri dobri polovici pacientov. Pri nekaterih pacientih je bila potrebna uporaba druge vrste prisila, pri postopkih pri uporabi prisilnih ukrepov pa imajo pomembno vlogo medicinske sestre. Bregar in sodelavci (2019) so ugotovili, da uporaba PVU negativno vpliva na razpoloženje pacientov. Navajajo, da je višje izobražen zdravstveni kader izrazito manj nagnjen k uporabi PVU kot manj izobražen kader. S to trditvijo se strinjata tudi Kong in Evans (2012), ki sta v raziskavi ugotovila, da pomanjkanje izobrazbe in izkušenj vpliva na uporabo prisilnih sredstev. Avtorja ugotavljata, da je prihajalo do konfliktov s svojci, ki so bili proti uporabi prisilnih sredstev pri njihovih bližnjih. Zaposleni so omenjali pomanjkanje izobraževanj za uporabo alternativnih metod, preden se uporabi omejevanje starostnikov.

Uporaba prisile je povezana s kompetencami in znanjem, ki ga imajo diplomirane medicinske sestre ob zaključenem študiju zdravstvene nege. Pridobljeno znanje dopušča široko razmišljanje o problemih v zdravstveni negi s samorefleksijo prakse, kar seveda lahko opravičuje nestrinjanje z izvedbo prisilnih ukrepov (Saarnio & Isola, 2010). Kong in Evans (2012) v svojem delu navajata razloge za pogostejšo uporabo prisilnih sredstev, ki izhajajo iz delovnega okolja in organizacije dela v institucionalnem okolju, kjer so zaposleni izrazili zaskrbljenost, ker se ne morejo popolnoma posvetiti

starostnikom zaradi preobremenjenosti z intervencijami in aktivnostmi zdravstvene nege, kot so: kopanje, hranjenje, osebna higiena, preprečevanje padcev in razjed zaradi pritiska, dokumentiranje, pomoč starejšim pri jemanju zdravil, spremljanje nazogastričnih sond ali Foleyjevih katetrov.

Delo s starostniki sloni na timskem delu različnih strokovnjakov in sodelavcev, zato sta še kako pomembna komunikacija in odnos med posameznimi člani. Navajajo, da sta kdaj ponižujoč odnos do manj izobraženih in pomanjkanje strokovnih kompetenc vzrok za uporabo fizičnega omejevanja starostnikov (Kong & Evans, 2012). Usposabljanje in izobraževanje vseh zaposlenih s stalnim spremljanjem uporabe prisilnih sredstev pri starostnikih sta razvila nove ideje in uspešne koncepte za zmanjšanje fizičnega omejevanja (Koczy, et al., 2011). Drugi avtorji navajajo, da ni dovolj dokazov, ki bi podpirali učinkovitost izobraževalnih intervencij, ki so usmerjene v zdravstveno oskrbo za preprečevanje ali zmanjševanje uporabe fizičnih omejitev pri geriatrični dolgotrajni oskrbi (Möhler, et al., 2012). Nekoliko manj se omenja uporaba prisile kot takšne pri vsakodnevnih aktivnostih in intervencijah zdravstvene nege in oskrbe (prisilno hranjenje, aplikacija terapije, kopanje, zapiranje v sobo).

Starostniki slabega zdravja so v domačem okolju bolj ogroženi za deležnost fizičnega in ekonomskega nasilja (Habjanič & Lahe, 2012). Glede na to ugotovitev strokovnjaki opozarjajo, da bi bil sprejem v dom za starostnike v primeru nasilja v domačem okolju smiseln, četudi se starostnik s tem ne bi strinjal, na žalost pa znanstvenih dokazov o dobrih učinkih prisilnega sprejema v dom za ostarele nismo našli. Socialni delavci in patronažne medicinske sestre bi o tem problemu lahko več povedali, kar preseže okvir našega diplomskega dela.

Drugo raziskovalno vprašanje: *Kakšni so preventivni in kompenzacijski načini za opustitev izvedbe prisilnih ukrepov?*

Blazinšek in sodelavci (2013) omenjajo, da je za kakovostno zdravstveno obravnavo starostnikov zelo pomembna prilagojena terapevtska komunikacija. Ugotovili so tudi, da je pri izobrazbi izvajalcev zdravstvene dejavnosti pri tem ključnega pomena – bolj

izobražen kader je na preizkusu znanja pokazal boljše znanje komunikacije kot manj izobražen kader. Do podobnih ugotovitev pri povezavi s kakovostjo komunikacije in izobrazbo sta v svoji raziskavi prišli tudi Skela Savič in Hvalič Touzery (2020), zraven pa sta dodali, da je splošno znanje o starejših in staranju pomanjkljivo in je zaradi tega odprto za nadaljnje raziskave. Medicinske sestre, ki delajo na posebnih oddelkih s starostniki, obolelimi za demenco, naj bi imele specifična znanja za delo s temi osebami. Največ uporabe prisilnih sredstev pride zaradi spremenjenega vedenja in nevarnosti, da bi sebi ali drugim povzročili varnostne zaplete (padci, razjede, odvisnost od negovanja), ugotavljata Hoffman & Hahn, (2013). Uporabno znanje komunikacije, še posebej pri starostnikih z demenco, je ključnega pomena za zmanjšanje potreb po uporabi prisile. Blazinšek in sodelavci (2013) potrjujejo ta dejstva, saj je z višjo stopnjo znanja boljše razumevanje zapletenih procesov spremenjenega vedenja. S povečanjem števila diplomiranih medicinskih sester na oddelkih s starostniki bi glede na te ugotovitve občutno znižali potrebo po uporabi prisilnih ukrepov.

Pacienti včasih lahko odklonijo sodelovanje pri zdravstveni obravnavi. Dolžnost zdravstvenih delavcev je, da zagotovijo čim boljši potek zdravljenja in kakovost življenja. V primeru, da tega zdravstveni delavci ne morejo, morajo dobro premisliti, kako pacienta prepričati v sodelovanje pri izvajanju terapevtskih postopkov, in se pri tem izogibati uporabi prisilnih ukrepov. Najprej ocenimo pacientovo razumevanje situacije in mu razložimo, kako zdravljenje poteka in kako bo to pripomoglo pri pacientovi kakovosti življenja. Pacientu moramo s svojimi dejanji dati vedeti, da delamo za njegovo dobro in da ga podpiramo (LaFerney, 2017). Starostniki, ki trpijo za duševnimi ali fizičnimi zdravstvenimi problemi, predstavljajo velik izziv na področju zdravstvene nege, ko želimo paciente zavarovati in jim zagotavljati najboljšo možno obravnavo, ki včasih ni usklajena z njihovimi željami.

Zato so medicinske sestre pri vsakem posamezniku zelo zadržane pri uporabi prisilnih sredstev. Tudi tuji avtorji navajajo, da se uporaba prisile pri obravnavi starostnikov uporablja le, ko so izčrpane vse druge možnosti (Lim & Ponn, 2016; Pawlowski & Baranowski, 2017). Molewijk in ostali (2017) ugotavljajo, da je uporaba prisile žalitev za osebo in njeno dostojanstvo, vendar opravičujejo njeno uporabo za zagotavljanje varnosti. Starostniki si lahko svoje potrebe razlagajo drugače kot zdravstveni delavci.

Zaradi kognitivnega upada imajo starostniki večkrat težavo z razumevanjem informacij, ki jim jih posredujejo zdravstveni delavci. Posledica tega je, da pacienti ne želijo sodelovati pri zdravstvenih intervencijah.

Obravnava starostnikov z demenco je globalni izziv, ki zahteva veliko izobraževanja in veliko truda za njeno izboljšanje. Za zagotavljanje najboljše možne kakovosti obravnave starostnikov z demenco bi morali veliko vlagati v znanje in v raziskave pozvati vodilne zdravstvene institucije (Hvalič Touzery, et al., 2017).

Garcia - Cabeza in ostali (2017) opisujejo koncept prisile kot sredstvo, ki se uporabi z namenom, da na nekoga vplivamo na način, da kljub nasprotovanju kasneje privoli k sodelovanju pri izvajanju zdravstvenih intervencij. Zdravstveno osebje, ki odloča pri uporabi prisile, mora imeti na tem področju veliko strokovnega znanja, pri tem pa mora imeti intervencija pozitiven učinek na zdravstveno stanje pacienta. Zato so na enotah za obravnavo starostnikov potrebni smernice in standardi obravnave in seveda nadzor z dokumentiranjem, saj bi lahko ob nepopolnih in nejasnih procesih prišlo do zlorab. Takšne zdravstvene nege ne smemo dopuščati in smo dolžni s svojim znanjem in vedenjem preprečiti vsakršno obliko zlorabe starostnikov. K temu nas zavezujejo etični kodeksi, zakoni in deklaracije na ravni države in Evropske unije.

Tretje raziskovalno vprašanje: *Kateri načini se uporabljajo pri izvedbi prisilnih ukrepov pri zdravstveni negi starostnika?*

Pri zdravstveni negi starostnika se večinoma uporabljajo prisilna sredstva za zagotavljanje varnosti pacienta in ljudi okoli pacienta. German Ethics Council (2018) kot prisilna sredstva za omejevanje svobode gibanja omenja medikamentozno in fizično oviranje. Uporabljajo se oviralni pasovi in ograjice ob postelji, za medikamentozno oviranje pa se uporabljajo sedativi, ki se jih lahko aplicira intramuskularno ali doda hrani in pijači. Ravno na tem področju manjka veliko podatkov o učinkovitosti teh ukrepov za preprečevanje padcev. Vredno bi bilo poskusiti tudi kaj drugega za namen preprečevanja padca, kot na primer: postelja ob zidu bi na eni strani onemogočila padec s postelje na eno stran in hkrati nudila zanesljivejšo oporo pri ležanju na boku ali pa

posteljno ležišče na tleh oz. čim nižje tlom. Namesto uporabe PVU bi za zmanjšanje možnosti za padec na tla med hojo predlagali uporabo drugih pripomočkov, ki bi starostnikom omogočili prosto in varno gibanje po prostoru (Koczy, et al., 2011). Menimo, da bi bilo vredno raziskati tudi, kateri material bi bilo bolje uporabiti za tla v zavodih, kjer se nahajajo starostniki – nedrseč material, ki bi v primeru padca absorbiral energijo in preprečil zlom kosti, bi bila po našem mnenju optimalna rešitev. V kliničnem okolju smo priča, da se za obvladovanje spremenjenega vedenja prepogosto uporabljajo zdravila, ki imajo lahko neželene učinke, med drugim tudi omotičnost, nižanje krvnega tlaka (Jelenc, et al., 2017). V praksi pa je dobra ocena tveganja za padec osnovni kazalnik, ki kaže stopnjo ogroženosti in se uporablja v zdravstveni negi starostnikov. Tukaj so medicinske sestre ključne osebe, ki avtonomno odločajo o problemih zdravstvene nege in so izvajalke aktivnosti za preprečevanje varnostnega zapleta – padca. Kong in Evans (2012) navajata, da so medicinske sestre opozorile na nedoslednosti pri standardih v zvezi s fizičnim omejevanjem, zahtevala se je neuporaba prisilnih sredstev pri zmanjšanju padcev in poškodb.

Četrto raziskovalno vprašanje: *Katere etične dileme se pojavljajo pri izvajanju prisilnih ukrepov?*

Kljub nasprotovanju pacientov lahko med zdravstveno obravnavo uporabimo ukrepe za omejevanje svobode za namen preprečitve padca in ostale prisilne metode, kot so: prisilno hranjenje, prisilno zagotavljanje zadostne hidracije in izolacija določenih oseb, ki motijo funkcioniranje drugih ljudi med skupnimi aktivnostmi (German Ethics Council, 2018). Na tem področju manjka veliko objektivnih dokazov, s pomočjo katerih bi lahko natančneje določili situacije, čas, kdaj je prisilne ukrepe treba izvesti pri zagotavljanju na splošno boljšega počutja pacientov. Dokler bo edini instrument za ugotavljanje etičnosti mnenje določene skupine ljudi, ki na podlagi svojih čustev odgovarjajo na določena vprašanja, objektivnega orodja za ugotavljanje etičnosti ne bomo našli.

Kong in Evans (2012) sta opisala primer, ko so zaposleni menili, da uporaba prisilnih sredstev ne pomeni dobesedno uporabo sile, temveč varovalnih ukrepov za zaščito starostnika pred poškodbo, padcem. Zaposleni so povedali, da z uporabo PVU zaščitijo

tudi sebe, da ne pride do varnostnega zapleta. Uporaba prisilnih ukrepov pri pacientih s težavami pri duševnem zdravju se je kljub njeni problematičnosti v veliko državah razširila. Prisilne ukrepe se uporablja tudi pri ambulantni obravnavi. Pacienti pri ambulantni obravnavi večinoma sodelujejo, saj mislijo, da jih zaradi upiranja lahko doleti prisilna hospitalizacija, ambulantna obravnava pa bolj vpliva na kakovost življenja kot pa hospitalizacija (Riley, 2014). Z etičnega vidika lahko po teh ugotovitvah sklepamo, da je prisilna ambulantna obravnava bolj etična v primerjavi s prisilno hospitalizacijo. Z ustrezno ambulantno obravnavo spremljajo starostnike skozi daljše časovno obdobje ter ugotovijo spremembe zdravja v smislu čustvenih in vedenjskih motenj. V tem primeru bi z aktivnostmi in intervencijami zdravstvene nege lahko pravočasno ukrepali, še preden bi se težave stopnjevale. Medicinske sestre in drugi zdravstveni sodelavci se v primeru etičnih dilem medsebojno dogovorijo za ponovni pregled smernic in protokolov, ki bi ponudili najbolj optimalno rešitev za neuporabo prisile.

Avtorji navajajo varnostne zaplete pri »dobronamerni« zaščiti starejšega z uporabo prisilnih sredstev. Uporaba fizičnega omejevanja v institucionalnem okolju je bila vprašljiva iz različnih razlogov, ena izmed njih je tveganje za fizične in/ali psihične zaplete. Fizični zapleti vključujejo razjede zaradi pritiska, izgubo mišičnega tonusa in tveganje zadušitve, možnost bolnišnične okužbe. Med možne psihološke zaplete navajajo vznemirjenost, strah in občutek ponižanja (Carrero Planells, et al., 2021). Menimo, da so fizične omejitve predstavljene kot napad na osnovne človekove pravice, kot so svoboda, dostojanstvo in avtonomija. Osnovna dilema, ki se postavlja, če obravnavamo starejše kot osebnosti in skrbimo za njihovo dobro počutje, vključuje več kot le preprečevanje telesnih poškodb.

Večina starostnikov se sicer strinja z zdravstvenimi postopki, ki jim jih nudijo zdravstveni delavci, saj zaupajo v njihovo strokovnost. Starostniki se strinjajo tudi z uporabo prisile v primeru napredovane demence, če bi prišlo do pacientovega upiranja terapiji. Nekateri pacienti pa so mnenja, da bi bilo smiselno prisilno apliciranje zdravila samo takrat, ko je to zares nujno (Gjerberg, et al., 2015). Ta mnenja so povsem razumljiva in dokazujejo, kako pomembna sta lahko komunikacija in odnos med

zdravstvenimi delavci in pacienti. Menimo, da bi moral vsak starostnik v začetnem stadiju demence izpolniti presejalni vprašalnik, ki bi zdravstvenim delavcem pomagal pri odločanju pri nadaljnji zdravstveni obravnavi, zagotoviti pa si moramo najprej pacientovo zaupanje.

2.5.1 Omejitve pregleda literature

Omejitve pri pisanju diplomskega dela smo strnili v nekaj najbolj motečih dejavnikov, kot so: definicija prisilnih ukrepov v slovenskem prostoru, pomanjkanje raziskav na temo uporabe prisilnih ukrepov pri starejših v Sloveniji, literatura je večinoma dostopna v angleškem jeziku, razlike v kulturnem pojmovanju prisile pri obravnavi starejših ter manjše število kakovostnih člankov s prostim (brezplačnim) dostopom. Tako smo pridobili članke s hierarhično nižjo ravno kakovosti.

2.5.2 Doprinos za prakso in priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

V našem pregledu literature smo prišli do pomembnih zaključkov glede postavljanja jasnih kriterijev za uporabo prisile v zdravstveni obravnavi starejših, upoštevajoč ključne razloge, zakonska določila, protokole in smernice ter etične norme pri delu s starejšimi. Kakovostna obravnava spoštuje osebnost in dostojanstvo starejših ter vedno, kadar je mogoče, dopušča možnost svobodnega odločanja in sodelovanja v obravnavi. Menimo, da imamo v slučaju morebitnega pojava etičnih dilem vedno možnost drugačnega ukrepanja. Slednje zahteva redno izobraževanje, razvite veščine komunikacije v posebnih situacijah in jasno opredeljene pojme. Starejši sodijo v populacijo ranljivih oseb in smo toliko bolj zavezani empatičnemu in etično nespornemu pristopu, upoštevajoč standarde in zakonodajo. Diplomsko delo usmerja k nadaljnjemu raziskovanju problema zdravstvene obravnave in uporabe prisilnih ukrepov ter iskanje predvsem preventivnih in kompenzacijskih aktivnosti za preprečevanje uporabe prisilnih sredstev kot skrajni ukrep pri obravnavi starejših. Razmišljamo in se bojimo zlorab ohlapnih navodil, kar ima za posledico prepogosto neustrezno uporabljenih prisilnih sredstev. Zagotovo je treba izdelati ter dopolniti smernice in protokole pri uporabi prisilnih ukrepov povsod, kjer to še ni urejeno. V obravnavi

starejših je vsakršna improvizacija uporabe prisilnih sredstev nedopustna, zato menimo, da je treba natančno definirati vse kriterije za uporabo prisile.

3 ZAKLJUČEK

V kliničnem okolju uporabljajo prisilne metode obravnave, kadar obstajajo zanje natančno definirani razlogi, kjer bi se z opustitvijo le-teh bistveno poslabšala zdravstveno stanje in kakovost življenja starejše osebe. Ključno je, da imamo za izvajanje ukrepov standardizirane veljavne strokovne smernice in standarde, ki jih nujno upoštevamo, kot so odrejanje izvedbe (zdravnik), kontrola izvedbe (zdravnik), opazovanje med prisilnim ukrepom (medicinska sestra), časovni okvir (zdravnik), vodenje dokumentacije (medicinske sestra), podaljšanje prisilnega ukrepa (zdravnik). Vsako odstopanje od dogovorjenih standardov je etično sporno in neprofesionalno ter vredno vsaj moralne obsodbe. Zato je pomembno, da imajo medicinske sestre možnost in priložnost izražanja svojega pogleda na situacije pri izvajanju PVU in s samorefleksijo prakse lahko vplivajo na izboljšanje zdravstvenih izidov.

Kadarkoli smo v dvomu o etičnosti prisilnih dejanj in se nam postavljajo vprašanja o morebitni škodi in neprepričljivosti dobronamernosti prisilnega postopka, kjer naj zagovarjamo pacientove pravice do avtonomije, možnosti izbire, spoštovanja osebnosti, smo dolžni ravnati odklonilno in zavrniti vsak tak postopek. V Načelu 4 v Kodeksu etike v zdravstveni negi in oskrbi pravijo, »da kadar postopek ali poseg ni v skladu z njihovo vestjo ali verskim prepričanjem, lahko uveljavijo ugovor vesti«, o čemer predhodno obvestijo zdravstveni zavod. Medicinska sestra ne more uveljavljati ugovora vesti v slučaju nujne medicinske pomoči. Ugotovili smo razloge, kadar je uporaba prisile dovoljena in potrebna in kdaj ni oz. smo dolžni ravnati v skladu s profesionalnim etičnim kodeksom in moralnimi normami, ki nas zavezujejo k najboljšemu možnemu izidu obravnave starejših v kliničnem okolju.

Uporaba prisilnih ukrepov je zadnje orodje, ki ga lahko uporabimo šele takrat, ko ne moremo na drug način izvesti urgentnih zdravstvenih intervencij in zagotoviti varnosti pacienta in ljudi okoli pacienta. Uporaba prisile je pri starostnikih precej pogosta pri pacientih z demenco. Pri starostnikih prisilne ukrepe uporabljamo tudi za preprečevanje padca – oviramo s pomočjo ograjice ob robu postelje in privezovalnimi pasovi, kar pa po podatkih raziskav ni najbolj učinkovito. Preden uporabimo prisilni ukrep, se najprej

poskušamo s starostniki pogovoriti in jih s pomočjo komunikacije prepričati v sodelovanje pri zdravstveni obravnavi. Pri vsakem posameznem pacientu moramo ugotoviti njegove vedenjske posebnost in želje, če se želimo izogniti uporabi prisilnih metod. Pri bolj izobraženem kadru je potreba po uporabi prisilnih sredstev manjša, saj so bolj spretni pri komunikaciji in znajo pacientu posredovati več koristnih informacij. V primeru hude agresije, ko pacient ogroža svoje življenje in življenje drugih ljudi okoli sebe, nimamo druge izbire, kot da uporabimo PVU. Uporabimo lahko pasove za oviranje in/ali oviranje z zdravili. Zdravila lahko apliciramo intramuskularno ali pa jih dodamo pacientu v hrano ali pijačo. Skoraj nemogoče pa je točno določiti, v katerem trenutku se je zares najbolje odločiti za uporabo prisile. Vsaka uporaba prisilnih sredstev posega v pacientove pravice svobode gibanja, kar pa lahko negativno vpliva na pacientovo duševno in fizično zdravje. V Sloveniji je uporaba PVU dovoljena tudi v terapevtske namene, medtem ko je v nekaterih državah prepovedana.

Kompetentni strokovnjaki na področju geriatrije so v svojih raziskavah prišli do zaključkov, da je v institucionalnem okolju treba zagotoviti druge oblike zaščite in varovanja starejših brez uporabe prisilnih sredstev. Fizične in farmakološke omejitve je treba skrbno pretehtati, kadar jih je treba uporabiti, naj bo to pravočasno, racionalno in sorazmerno, in šele po neuspehu vseh drugih ukrepov, ki so na voljo za nadzorovanje in obvladovanje situacije.

Na sistemski ravni bo treba skrbno pretehtati, kdaj in kako uporabljati oblike prisile, ali je trenutna zdravstvena praksa v skladu z veljavno zakonodajo in ali jo je treba spremeniti, da se zagotovi kakovost zdravstvene nege in oskrbe. Raziskovanje tega občutljivega področja bi pomagalo vodjem pri oblikovanju programov za odpravo postopkov fizičnega omejevanja (v domovih starostnikov, domačem okolju in po potrebi v zdravstvenih domovih). Medicinske sestre z znanjem in kompetencami na področju zdravstvene nege in oskrbe naj spodbujajo alternativni model oskrbe, ki temelji na pravicah in potrebah starejših s spoštovanjem osebnosti in dostojanstva.

Menimo, da bi potrebovali medicinske sestre s specialnimi znanji za delo s starostniki in še posebej za delo z osebami z demenco, saj bi z individualiziranimi aktivnostmi

zdravstvene nege in oskrbe ohranjali avtonomijo, funkcioniranje, dostojanstvo in kakovost življenja. Tudi svojce bi lahko pritegnili k sodelovanju, da bi bili naši partnerji v procesu oskrbe, ter tako zmanjšali napetosti in konflikte z njimi.

Skratka menimo, da bi zdravstvena oskrba brez fizičnih omejitev in uporabe kakršne koli prisile morala biti kriterij kakovosti zdravstvene nege in oskrbe starejših. Za doseg tega pa so potrebni boljše razumevanje zapletenih situacij, na dokazih temelječa praksa, nova znanja, jasna stališča in klinično preverjene smernice. Ravno v tem segmentu je vloga medicinske sestre nadvse pomembna, saj bo znala s svojim pristopom zaščititi dostojanstvo starejšega človeka pred vsakršno obliko prisile.

4 LITERATURA

Anderson, L. & Delany, C., 2016. From persuasion to coercion: Responding to the reluctant patient in rehabilitation. *Physical Therapy*, 96(8), pp. 1236-1238.

Ang, S.Y., Abu Bakar Aloweni, F., Perera, K., Wee, S.L., Manickam, A., Hui Min Lee, J., Haridas, D., Shamsudin, H.F. & Chan, J.K., 2015. Physical restraints among the elderly in the acute care setting: Prevalence, complications and its association with patients' characteristics. *Proceedings of Singapore healthcare*, 24(3), pp. 137-143.

Blazinšek, U., Zorc, J. & Skela Savič, B., 2013. Učinkovitost komunikacije diplomiranih in srednjih medicinskih sester z dementnimi bolniki v psihiatričnih bolnišnicah. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(1), pp. 38-46.

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, april 2012. Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji*, pp. 13-26.

Bregar, B., Skela Savič, B., Kajdiž, K. & Kores Plesničar, B., 2019. Heymanova lestvica odnosa zaposlenih v zdravstveni negi do posebnih varovalnih ukrepov. *Obzornik zdravstvene nege*, 53(1), pp. 18-30.

Cambridge Dictionary, 2013. *Coercion*. [online] Available at: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/coercion> [Accessed 22 Junij 2019].

Carrero Planells, A., Urrutia Beaskoa, A. & Moreno Mulet, C., 2021. The use of physical restraints on geriatric patients: Culture and attitudes among healthcare professionals at

intermediate care hospitals in Majorca. A qualitative study protocol. *International journal of environmental research and public health*, 18(14), pp. 1-11.

Čelofiga, A. & Koprivšek, J., n.d. *Osnove deeskalacijskih tehnik – Priročnik za učenje in trening*. [pdf] Slovensko zdravniško društvo. Available at: http://www.zpsih.si/media/documents/deeskalacija_prirocnik.pdf [Accessed 14 November 2021].

Duxbury, J., 2015. Minimizing the use of coercive practices in mental health: the perfect storm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(2), pp. 89-91.

Fran, 2014. *Prisiliti*. [online] Available at: <https://fran.si/iskanje?FilteredDictionaryIds=130&View=1&Query=prisiliti> [Accessed 22 Junij 2019].

García - Cabeza, I., Valenti, E. & Calcedo, A., 2017. Perception and use of informal coercion in outpatient treatment: a focus group study with mental health professionals of Latin culture. *Salud mental*, 40(2), pp. 63-69.

German Ethics Council, 2018. *Benevolent coercion – tensions between welfare and autonomy in professional caring relationships*. Berlin: Deutscher ethikrat.

Gjerberg, E., Hem, M.H., Førde, R. & Pedersen, R., 2013. How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study. *Nursing Ethics*, 20(6), pp. 635-638.

Gjerberg, E., Lillemoen, L., Pedersen, R. & Førde, R., 2015. Coercion in nursing homes: Perspectives of patients and relatives. *Nursing Ethics*, 23(3), pp. 1-12.

Habjanič, A. & Lahe, D., 2012. Nasilje nad starejšimi slabega zdravja v domačem okolju in domovih starejših občanov. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(1), pp. 37-45.

Hem, M.H., Molewijk, B. & Pedersen, R., 2014. *Ethical challenges in connection with the use of coercion: a focus group study of health care personnel in mental health care*. [online] Available at: <http://www.biomedcentral.com/1472-6939/15/82> [Accessed 7 Maj 2019].

Hofmann, H. & Hahn, S., 2013. Characteristics of nursing home residents and physical restraint: a systematic literature review. *Journal of clinical nursing*, 23(21-22), pp. 3012-3024.

Hvalič Touzery, S., Skela Savič, B., Macrae, R., Jack Waugh, A., Tolson, D., Hellström, A., de Abreu, W. & Pesjak, K., 2018. The provision of accredited higher education on dementia in six European countries: An exploratory study. *Nurse education today*, 60, pp. 161-169.

Kobentar, R., 2011. *Modeli obravnave oseb z demenco v domovih starejših občanov: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Kobentar, R., Kogoj, A., Zorc Maver, D. & Skela Savič, B., 2015. Ocena samostojnosti stanovalcev, obolenih z demenco, pri zadovoljevanju temeljnih življenjskih potreb v domovih starejših v Ljubljani. *Zdravniški vestnik*, 84(7/8), pp. 544-553.

Koczy, P., Becker, C., Rapp, K., Klie, T., Beische, D., Büchele, G., Kleiner, A., Guerra, V., Reißmann, U., Kurrle, S. & Bredthauer, D., 2011. Effectiveness of a multifactorial intervention to reduce physical restraints in nursing home residents. *Journal of the American geriatrics society*, 59(2), pp. 333-339.

Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, 2014. Uradni list Republike Slovenije št. 71.

Kong, E., Choi, H. & Evans, L.K., 2016. Staff perceptions of barriers to physical restraint-reduction in long-term care: a meta-synthesis. *Journal of clinical nursing*, 26(1-2), pp. 49-60.

Kong, E. & Evans, L.K., 2012. Nursing staff views of barriers to physical restraint reduction in nursing homes. *Asian nursing research*, 6, pp. 173-180.

Kordeš, U. & Smrdu, M., 2015. *Osnove kvalitativnega raziskovanja*. Koper: Založba Univerze na Primorskem.

Kovač, P., 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, april 2012*. Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, pp. 6-12.

LaFerney, M.C., 2017. *Point of care: Use the power of persuasion in rehab nursing*. [online] Available at: <https://nursingcentered.sigmanursing.org/features/more-features/point-of-care-use-the-power-of-persuasion-in-rehab> [Accessed 4 November 2021].

Lejman, E., Westerbotn, M., Pöder, U. & Wadasten, B., 2013. The ethics of coercive treatment of people with dementia. *Nursing Ethics*, 20(3), pp. 248-262.

Lim, S.C. & Ponn, W.H., 2016. *Restraint use in the management of the elderly with dementia in hospital*. [online] Available at: <https://researchopenworld.com/restraint-use-in-the-management-of-the-elderly-with-dementia-in-hospital/> [Accessed 3 December 2019].

Listina Evropske unije o temeljnih pravicah, 2010. Uradni list Evropske unije št. C 83/02.

Möhler, R., Richter, T., Köpke, S. & Meyer, G., 2012. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care – a Cochrane review. *Journal of clinical nursing*, 21(21-22), pp. 3070-3081.

Molewijk, B., Kok, A., Husum, T., Pedersen, R. & Aasland, O., 2017. *Staff's normative attitudes towards coercion: the role of moral doubt and professional context – a cross-sectional survey study*. [online] Available at: <https://bmcomedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-017-0190-0> [Accessed 22 Junij 2019].

Muminović, S. & Bregar, B., 2017. Odnos reševalcev do uporabe različnih oblik prisilnih ukrepov. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(2), pp. 143-152.

Pawlowski, T. & Baranowski, P., 2017. Personality traits of nurses and organizational climate in relation to the use of coercion in psychiatric wards. *Perspectives in psychiatric care*, 54(2), pp. 287-292.

Polit, D.F. & Beck, C.T., 2018. *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practise*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott.

Riley, H., Høyer, G. & Lorem, G.F., 2014. When coercion moves into your home' – a qualitative study of patient experiences with outpatient commitment in Norway. *Health and social care in the community*, 22(5), pp. 506-514.

Saarnio, R. & Isola, A., 2010. Nursing staff perceptions of the use of physical restraint in institutional care of older people in Finland. *Journal of clinical nursing*, 19(21-22), pp. 3197-3207.

Sallinen, M., Hentonen, O. & Teeri, S., 2020. Ethical dilemmas related to the use of safety technology in service house environments. *Scandinavian journal of caring sciences*, 34(1), pp. 199-205.

Skela Savič, B. & Hvalič Touzery, S., 2020. Znanje, odnos in dojemanje dela s starejšimi osebamami ori zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi v domovih za starejše: eksplorativna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 54(1), pp. 38-51.

Steinert, T., Noorthoorn, E.O. & Mulder, C.L., 2014. The use of coercive interventions in mental health care in Germany and the Netherlands. A comparison of the developments in two neighboring countries. *Frontiers in public health*, 141(2), pp. 1-9.

Swiss Academy of Medical Sciences (SAMS), 2015. *Coercive measures in medicine*. Bern: SAMS.

Tingleff, E.B., Bradley, S.K., Gildberg, F.A., Munksgaard, G. & Hounsgaard, L., 2017. »Treat me with respect«. A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(9-10), pp. 686-689.

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

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP), 2020. Uradni list Republike Slovenije št. 177.

Združenje psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu, 2018. *Priporočila in smernice za uporabo posebnih varovalnih ukrepov v psihiatriji*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Žgavec, N. & Kores Plesničar, B., 2016. Primerjava pojavnosti agresije bolnikov v Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana in na Oddelku za psihiatrijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor. *Acta medico-biotechnica*, 9(1), pp. 18-25.