

**PRIPOROČILA IN SMERNICE
ZA UPORABO
POSEBNIH VAROVALNIH UKREPOV
V PSIHIATRIJI**

NOVA IN RAZŠIRJENA IZDAJA

Maj 2025





VICEVERSA
Slovenske psihiatrične publikacije
PRIROČNIKI

Razširjeni strokovni kolegij za psihiatrijo pri Ministrstvu
za zdravje Republike Slovenije

Uredniki:

doc.dr. Brigita Novak Šarotar, dr.med.
doc. dr. Jurij Bon, dr. med., specialist psihiatrije
dr. Andreja Čelofiga, dr. med., specialistka psihiatrije
Aleš Oblak, mag. kog. zn.

Avtorji:

dr. Andreja Čelofiga, dr. med., specialistka psihiatrije
Jure Koprivšek, dr. med., specialist psihiatrije
doc. dr. Jurij Bon, dr. med., specialist psihiatrije
doc. dr. Polona Rus Prelog, dr. med., specialistka psihiatrije
Marko Saje, dr. med., specialist psihiatrije

Oblikovanje:

Ana Oblak

**PRIPOROČILA IN SMERNICE
ZA UPORABO
POSEBNIH VAROVALNIH UKREPOV
V PSIHIATRIJI**

**NOVA IN RAZŠIRJENA IZDAJA
Maj 2025**

Delovna skupina, ki je pripravila novo in razširjeno izdajo Priporočil in smernic za uporabo posebnih varovalnih ukrepov v psihiatriji, je bila imenovana s strani Razširjenega strokovnega kolegija za psihiatrijo na 13. seji, dne 23. 5. 2023. Člani delovne skupine so specialisti psihiatrije z večletnimi izkušnjami na področju obravnave akutnih psihiatričnih stanj in intenzivnega psihiatričnega zdravljenja.

V novi in razširjeni izdaji Priporočil in smernic za uporabo posebnih varovalnih ukrepov v psihiatriji so opredeljeni posebni varovalni ukrepi in drugi varovalni ukrepi, ki se uporabljajo pri osebah z duševno motnjo v oddelkih pod posebnim nadzorom psihiatričnih bolnišnic in v varovanih oddelkih socialno varstvenih zavodov. Opisane so vrste posebnih in drugih varovalnih ukrepov ter indikacije za njihovo uporabo, pogoji za izvajanje in način dokumentiranja.

Avtorji smo želeli poudariti pomen preventive, zato so na kratko opredeljeni dejavniki tveganja za agresivno vedenje, uporaba lestvic za oceno tveganja za agresivno vedenje in lestvic namenjenih beleženju agresivnih incidentov, podan pa je tudi kratek pregled deeskalacijskih tehnik. Posebni poglavji sta namenjeni predstavitvi etičnih dilem, ki so povezane z uporabo posebnih varovalnih ukrepov in opisu posledic njihove uporabe. Predstavljen je tudi voden razgovor (debriefing), ki se opravi po ukinitvi posebnega varovalnega ukrepa.

Delovna skupina:

- dr. Andreja Čelofiga, dr. med., specialistka psihiatrije, Oddelek za psihiatrijo, Univerzitetni klinični center Maribor, vodja delovne skupine
- Jure Koprivšek, dr. med., specialist psihiatrije, Oddelek za psihiatrijo, Univerzitetni klinični center Maribor
- doc. dr. Jurij Bon, dr. med., specialist psihiatrije, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana
- doc. dr. Polona Rus Prelog, dr. med., specialistka psihiatrije, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana
- Marko Saje, dr. med., specialist psihiatrije, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

Razširjeni strokovni kolegij za psihiatrijo je na svoji 13. seji dne 23.5.2023 sprejel predlagana Priporočila in smernice za uporabo posebnih varovalnih ukrepov in predlagal njihovo čimprejšnjo izdajo.

Kazalo

1. UVOD	9
2. PREPOZNAVANJE DEJAVNIKOV TVEGANJA ZA AGRESIVNO VEDENJE	10
3. UPORABA LESTVIC ZA OCENO TVEGANJA ZA AGRESIVNO VEDENJE IN BELEŽENJE AGRESIVNIH INCIDENTOV	11
3.1 Ocena tveganja za pojav agresivnega vedenja z uporabo lestvice BVC	11
3.2 Spremljanje pojavnosti in resnosti agresivnega vedenja	12
3.2.1 Lestvica odkrite agresije (lestvica OAS) in Modificirana (dopolnjena) lestvica odkrite agresije (lestvica MOAS ali OAS-M)	12
3.2.2. Lestvica za beleženje agresivnega vedenja – The Staff Observation Aggression Scale - Revised (lestvica SOAS-R)	13
UPORABA DEESKALACIJSKIH TEHNIK	13
5. ETIČNI VIDIKI UPORABE POSEBNIH VAROVALNIH UKREPOV	16
5.1 Uporaba PVU v primeru sprejema na zdravljenje s privolitvijo	16
6. INDIKACIJE IN KONTRAINDIKACIJE ZA UVEDBO POSEBNIH VAROVALNIH UKREPOV	17
7. OPREDELITEV in vrste POSEBNIH VAROVALNIH UKREPOV	17
7.1 Ukrepi, opredeljeni v ZDZdr	18
7.1.1 Telesno oviranje s pasovi	18
7.1.2 Omejitev gibanja znotraj enega prostora	18
7.2 ukrepi, ki niso opredeljeni v ZDZdr	18
7.2.1 Varovalni ukrepi zdravstvene nege	18
7.2.2 Metoda ročnega (fizičnega) oviranja	19
7.2.3 Medikamentozno oviranje	19
7.2.4 Stalni in diskretni nadzor	20
8. POGOJI ZA IZVEDBO POSEBNIH VAROVALNIH UKREPOV	21
8.1 Ocena situacije, načrt ukrepanja in zagotovitev varnosti	21
8.2 Oddelčno okolje in ustrezno izobraženo osebje	21
8.3 Uvedba in izvajanje PVU	21
8.4 Sodelovanje drugih služb	22
9. POSLEDICE UPORABE POSEBNIH VAROVALNIH UKREPOV	22

10. VODEN RAZGOVOR (DEBRIEFING) PO UKINITVI POSEBNIH VAROVALNIH UKREPOV	22
11. VODENJE DOKUMENTACIJE GLEDE IZVAJANJA POSEBNIH VAROVALNIH UKREPOV	25
12. UPORABA POSEBNIH VAROVALNIH UKREPOV PRI MLADOLETNIH PACIENTIH	25
LITERATURA	26

1. UVOD

Uporaba posebnih varovalnih ukrepov (PVU) predstavlja kontroverzno področje v psihiatrični praksi že od začetka moderne psihiatrije, predvsem zaradi etičnih dilem in kliničnih posledic (1-3). PVU se uporabljajo za preprečevanje destruktivnega vedenja in zagotavljanje varnosti ter integritete pacienta in drugih (4, 5). Najpogostejši neposredni vzrok za uporabo PVU so različne oblike agresivnega vedenja (6-9). Uvedba PVU je skrajni ukrep, ki se ga poslužimo, ko z nobenim manj invazivnim ukrepom ni mogoče preprečiti ogrožanja. Tudi smernice in priporočila mednarodnih strokovnih psihiatričnih združenj priporočajo uporabo PVU le kot zadnjo možnost v obvladovanju agresivnega vedenja, z namenom preprečitve hujšega ogrožanja oz. poškodb pacientov in osebja (4, 5, 10). Uporaba PVU je v Sloveniji opredeljena v Zakonu o duševnem zdravju (ZDZdr), kjer so navedene metode in indikacije za uporabo, časovna omejitve uporabe in navodila glede spremljanja in beleženja uporabe PVU. V ZDZdr so PVU opredeljeni kot nujen ukrep namenjen omogočanju zdravljenja ali odpravi oz. obvladovanju nevarnega vedenja, ob hkratnem pogoju, da ogrožanja ni mogoče preprečiti z drugim, blažjim ukrepom (11). Kljub jasnim teoretičnim priporočilom glede uporabe PVU kot skrajnega ukrepa, se je pokazalo, da je praksa v splošnem drugačna. Raziskava, objavljena leta 2017, ki zajema podatke iz sedemnajstih evropskih držav, je pokazala, da je najpogostejša intervencija v obvladovanju agresivnega vedenja uporaba omejitve s pasovi, sledita omejitve gibanja znotraj prostora in aplikacija farmakoterapije, veliko redkeje pa se uporabljajo pogovor s pacientom in deeskalacijske tehnike (12).

Prva slovenska Priporočila in smernice za uporabo PVU v psihiatriji so bila izdana leta 2001 (13). Leta 2018 je izšla nova, dopolnjena izdaja Priporočil in smernic za uporabo PVU v psihiatriji (14), ki je deloma sledila spremembam zakonodaje na področju duševnega zdravja oz. opredelitvi PVU v ZDZdr iz leta 2008 (11).

Nova izdaja Priporočil in smernic za uporabo PVU v psihiatriji vključuje vsebine, ki predstavljajo celovit in nujen nabor postopkov pred in po izvedbi PVU, ki sami po sebi tudi lahko vplivajo na zmanjšanje uporabe PVU. V smernicah so predstavljeni PVU, ki so opredeljeni v ZDZdr in tudi druge oblike PVU oz. varovalnih ukrepov, ki jih aktualni ZDZdr ne opredeljuje.

Glede na to, da so najpogostejši neposredni vzrok za uporabo PVU različne oblike agresivnega vedenja (6-9), je poudarjen pomen preventive, na kratko so opredeljeni dejavniki tveganja za agresivno vedenje ter uporaba lestvic za oceno tveganja za agresivno vedenje in lestvic namenjenih spremljanju oz. beleženju agresivnih incidentov. Vključen je tudi kratek pregled deeskalacijskih tehnik. V posebnem poglavju so opisani etični vidiki uporabe PVU. Opredeljene so indikacije in kontraindikacije za uporabo PVU, pogoji za njihovo izvajanje in način dokumentiranja, ki vsebinsko sledijo nekaterim novejšim evropskim in svetovnim priporočilom za uporabo ukrepov omejitve (15-18), deloma pa so opredeljeni tudi v določilih ZDZdr (11). Predstavljen je voden razgovor (debriefing), ki se opravi po ukinitvi PVU in je namenjen pacientu, pri katerem je bil uveden PVU in članom osebja, ki so sodelovali pri izvedbi. Opisane so tudi najpogostejše posledice uporabe PVU.

Omeniti je potrebno, da nova izdaja Priporočil in smernic za uporabo PVU v psihiatriji ne predstavlja sistematičnega pregleda na dokazih temelječih podatkov glede uporabe in učinkovitosti posebnih in drugih varovalnih ukrepov. Prav tako njihova uporaba ni metoda zdravljenja, temveč se uporabljajo predvsem za nadzor vedenja in omogočanje zdravljenja, ki pri nekaterih akutnih psihiatričnih stanjih zaradi agresivnega ali drugih oblik nevarnega vedenja ni mogoče. Uporaba posebnih in drugih varovalnih ukrepov predstavlja varnostni ukrep in sama po sebi nima pomembnega vpliva na rezultate zdravljenja ali izboljšanje duševnega stanja pacientov (19, 20).

PVU se uporabljajo tudi izven oddelkov pod posebnim nadzorom psihiatričnih bolnišnic in varovanih oddelkov socialno varstvenih zavodov. Izvajanje PVU pri pacientih, hospitaliziranih v drugih bolnišničnih oddelkih, opredeljuje Zakon o pacientovih pravicah (21).

Evropski odbor za preprečevanje mučenja in nečloveškega ali ponižujočega ravnanja ali kaznovanja v okviru Evropskega sveta (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or De-

grading Treatment or Punishment - CPT) v dokumentu “Means of restraint in psychiatric establishments for adults (Revised CPT standards)” iz leta 2017 (22) poudarja, da mora biti končni cilj vedno preprečevanje uporabe omejevalnih ukrepov (means of restraints) tako, da se čim bolj omeji pogostost njihove uporabe in trajanje. V ta namen je izjemnega pomena, da pristojni zdravstveni organi in vodstva psihiatričnih ustanov razvijejo strategije in sprejmejo vrsto proaktivnih ukrepov, ki med drugim vključujejo zagotavljanje varnega fizičnega okolja (tudi na prostem), zaposlitev zadostnega števila zdravstvenih delavcev, ustrezno začetno in nadaljnje usposabljanje osebja, ki sodeluje pri omejevanju pacientov, ter spodbujanje razvoja alternativnih ukrepov, vključno s tehnikami za zmanjšanje napetosti.

Splošna načela uporabe omejevalnih ukrepov v psihiatrični obravnavi odraslih oseb, kot jih opredeljuje Evropski odbor za preprečevanje mučenja in nečloveškega ali ponižujočega ravnanja ali kaznovanja so sledeča (22):

<ul style="list-style-type: none"> • Omejevanje nasilnih psihiatričnih pacientov, ki predstavljajo nevarnost sebi ali drugim je izjemoma lahko nujno.
<ul style="list-style-type: none"> • Pri uporabi omejevalnih ukrepov je potrebno vedno upoštevati načela zakonitosti, nujnosti, sorazmernosti in odgovornosti.
<ul style="list-style-type: none"> • Vse vrste omejitev in merila za njihovo uporabo morajo biti urejena z zakonom.
<ul style="list-style-type: none"> • Omejitev se lahko uporabi samo kot skrajni ukrep (ultimo ratio) za preprečevanje neposredne škode sebi ali drugim, uporabi pa se za najkrajši možen čas. Ko prenehajo nujni razlogi, zaradi katerih je bil uporabljen omejevalni ukrep, je potrebno ukrep takoj opustiti.
<ul style="list-style-type: none"> • Omejevalni ukrepi so varnostni ukrepi in nimajo terapevtske utemeljitve.
<ul style="list-style-type: none"> • Omejevalnih ukrepov se nikoli ne sme uporabljati kot kazen, zaradi udobja osebja, zaradi pomanjkanja osebja ali kot nadomestitev ustrezne oskrbe ali zdravljenja.

2. PREPOZNAVANJE DEJAVNIKOV TVEGANJA ZA AGRESIVNO VEDENJE

Prepoznavanje dejavnikov, povezanih s pojavljanjem agresivnega vedenja, je pomembno za razumevanje tovrstnega vedenja, prepoznavanje zgodnjih opozorilnih znakov ter posledično takojšnje ukrepanje z uporabo deeskalacijskih tehnik (23). Agresivno vedenje je posledica kompleksne interakcije osebnih, medosebnih, situacijskih in okoljskih dejavnikov (24, 25). Tveganje za pojav agresivnega vedenja lahko opredelimo kot dinamično spremenljivko, odvisno od številnih trenutno prisotnih dejavnikov (26). Dejavnike tveganja za agresivno vedenje lahko v grobem delimo na intrinzične dejavnike, povezane s pacientom in ekstrinzične dejavnike, povezane z oddelčnim okoljem, z osebjem in odnosom med pacientom in osebjem (Tabela 1) (27-29). Čeprav se velik delež raziskav, ki preučujejo vpliv posameznih dejavnikov na pojavnost agresivnega vedenja usmerja na notranje dejavnike, ki jih je enostavneje spremljati in ocenjevati, (30) so zunanji dejavniki, še zlasti tisti, ki so povezani z interakcijo med pacientom in osebjem, spremenljivi in zato izjemno pomembni v načrtovanju metod preventive in obvladovanja agresivnega vedenja (31).

Notranji (pacient)	Zunanji (okolje)	Interakcijski (osebje)
Nižja starost, spol, nezaposlenost, nižji socialni status	Omejitve, ki odvzamejo občutek svobode	Znanje komunikacije
Predhodno agresivno vedenje	Občutek omejevanja ali utesnenosti v okviru zaprtega oddelka	Terapevtski odnos
Diagnoza hude duševne motnje	Pomanjkanje dnevne strukture	Osebnostne lastnosti
Raba psihoaktivnih snovi	Pomanjkanje zasebnosti	(Ne)izkušnost
Osebnostne motnje	Premajhni prostori	Slab nadzor nad lastnimi čustvenimi odzivi
Hospitalizacija brez privolitve	Gneča na oddelku, visoka zasedenost	Nepoznavanje vzrokov in dejavnikov tveganja za agresijo
Trajanje hospitalizacije	Omejitev zahtev in želja	Nezadovoljstvo z delom
		Izgorelost

Tabela 1. Dejavniki tveganja za agresivno vedenje (27-29, 32).

3. UPORABA LESTVIC ZA OCENO TVEGANJA ZA AGRESIVNO VEDENJE IN BELEŽENJE AGRESIVNIH INCIDENTOV

Pri prepoznavanju oz. napovedovanju agresivnega vedenja so v uporabi tudi različne lestvice za oceno tveganja in lestvice za beleženje agresivnega vedenja. Nekatere izmed lestvic so prevedene tudi v slovenski jezik in namenjene uporabi v kliničnem okolju. V ocenjevanju tveganja za agresivni dogodek se najpogosteje uporablja Brøsetova lestvica za oceno agresivnosti (Brøset Violence Checklist – BVC) (33, 34). Za spremljanje pojavnosti agresivnih incidentov s strani osebja so v kliničnem okolju najpogosteje v uporabi Lestvica odkrite (neposredne) agresije (35) oz. Modificirana lestvica odkrite (neposredne) agresije (The Modified Overt Aggression Scale - MOAS ali OAS-M) (36) ter Lestvica za oceno agresivnega vedenja – The Staff Observation Aggression Scale (SOAS in SOAS-R) (37, 38). Sistematična uporaba ocenjevalnih lestvic je v nekaterih državah vključena v strokovne smernice za obvladovanje agresivnega vedenja in agitacije (39). Agresivno vedenje je pogosto pomanjkljivo spremljano in dokumentirano, kar je posledica različnih razlogov. Zdravstveno osebje v akutnih psihiatričnih enotah lahko zaradi pogoste in ponavljajoče se izpostavljenosti različnim oblikam agresivnega vedenja razvije povišano toleranco za agresijo, zlasti za različne oblike verbalne agresije. Posledično agresivnih incidentov ne dojemajo kot oblike problematičnega ali neustreznega vedenja (40). Velikokrat pa je razlog za pomanjkljive podatke o pojavnosti agresivnega vedenja tudi v nesistematični uporabi ustreznih ocenjevalnih lestvic (41).

Vse tri navedene lestvice so prevedene v slovenski jezik. Za uporabo SOAS-R lestvice smo leta 2019 s strani avtorjev lestvice pridobili pisno dovoljenje za uporabo lestvice v papirnati obliki. Tudi uporaba lestvice BVC v papirnati obliki je brezplačno dovoljena. V primeru vključitve BVC ali SOAS-R v elektronsko obliko dokumentacije oz. kakršnekoli uporabe v digitalni/elektronski obliki je potrebno predhodno pridobiti dovoljenje pri imetniku avtorskih pravic za elektronsko uporabo obeh lestvic (www.frenzs.org).

3.1 Ocena tveganja za pojav agresivnega vedenja z uporabo lestvice BVC

Tveganje za pojav agresivnega vedenja lahko ocenimo z uporabo lestvice BVC, ki je bila razvita na podlagi najpogostejših vzorcev vedenja, ki se pojavijo pred agresivnim dogodkom, in vsebuje šest najbolj značilnih vedenjskih vzorcev (33, 34). Z lestvico BVC ocenjujemo prisotnost naslednjih

simptomov in znakov:

- zmedenost in nemir,
- razdražljivost/ napetost/ konfliktnost,
- glasnost ali hrupnost,
- verbalne grožnje,
- fizične grožnje,
- agresivno vedenje do predmetov.

Če je simptom prisoten, ga ocenimo z eno točko, največje možno število točk je šest. Pri seštevku nič točk je možnost fizičnega nasilja majhna, pri seštevku ena ali dve točki možnost fizičnega nasilja obstaja in je potrebno opozoriti osebje, seštevke tri ali več točk pa nakazuje veliko možnost fizičnega nasilja, v takem primeru je potrebna pripravljenost osebja na morebitno intervencijo. Lestvico lahko izpolnjuje le oseba, ki je del zdravstvenega tima in je seznanjena z načinom izpolnjevanja lestvice. Kadar osebje pacienta dobro pozna in je določeno odstopajoče vedenje zanj običajno, se le to oceni z nič točk (na primer pacient ima glasen način govora ali je zmeden že daljši čas) (42). Rezultati raziskav so pokazali 91-odstotno specifičnost in 64- do 74-odstotno občutljivost lestvice pri ocenjevanju tveganja za agresivno vedenje (43, 44). Izkušnje iz klinične prakse kažejo, da ima ocena z lestvico BVC največji pomen pri napovedi tveganja za nastop agresivnega vedenja v prvih 24 urah po sprejemu. Najbolj uporabno se je pokazalo ocenjevanje 2- do 3-krat v obdobju 24 ur, torej v vsaki izmeni enkrat, ocena napove možnost agresivnega vedenja v naslednji izmeni (43). Ocenjevanje tveganja za agresivno vedenje z uporabo BVC lestvice je zelo priporočljivo vsaj prve dni hospitalizacije in vsaj pri pacientih, ki so ocenjeni kot tvegani za pojav agresivnega vedenja. V nekaterih raziskavah se je pokazalo, da je sistematična uporaba lestvice BVC vsaj v prvih dneh hospitalizacije povezana s pomembnim zmanjšanjem pojavnosti agresivnih incidentov v akutnih psihiatričnih enotah (45, 46).

3.2 Spremljanje pojavnosti in resnosti agresivnega vedenja

Z namenom spremljanja pojavnosti in resnosti agresivnih incidentov se ob vsakem zaznanem agresivnem dogodku priporoča uporaba ene od lestvic, opisanih v nadaljevanju.

3.2.1 Lestvica odkrite agresije (lestvica OAS) in Modificirana (dopolnjena) lestvica odkrite agresije (lestvica MOAS ali OAS-M)

Lestvica MOAS se uporablja za ocenjevanje pojavnosti in resnosti agresivnega vedenja. Prvotna lestvica odkrite agresije (OAS) je sestavljena iz dveh delov. V prvem delu so navedene štiri kategorije agresivnega vedenja: verbalna agresija, avtoagresija, heteroagresija in agresija do predmetov. Vsaka kategorija vsebuje opis štirih oblik vedenja, ki se stopnjujejo glede na resnost. Drugi del lestvice predstavlja seznam nekaterih intervenc za preprečitev ali obvladovanje agresivnega vedenja (pogovor s pacientom, opazovanje, držanje pacienta, odstranitev pacienta brez osamitve, peroralna terapija, intramuskularna terapija, omejitev s pasovi). Način točkovanja je odvisen od resnosti posamezne oblike agresivnega vedenja (verbalna agresija 1–4 točke, avtoagresija 3–6 točk, agresija do predmetov 2–5 točk, heteroagresija 3–6 točk) in uporabljene intervence (1–5 točk). Pomembno napovedno vrednost ima lestvica pri pacientih, pri katerih se agresivno vedenje ponavlja, saj omogoča spremljanje, kako se spreminja glede oblike in intenzitete. Ponuja tudi informacije o intervencah, s katerimi je osebje agresivno vedenje zmanjšalo ali obvladalo (35, 47). V praksi so se pri uporabi OAS lestvice pokazale težave z metodologijo točkovanja, kar je postavilo pod vprašaj njeno zanesljivost in vodilo v popravke in dopolnitve (48). Dopolnjena lestvica odkrite agresije (lestvica MOAS ali OAS-M) prav tako navaja štiri kategorije agresivnega vedenja (verbalna agresija, avtoagresija, heteroagresija (fizična agresija) in agresija do predmetov), ocenjuje se prisotnost le tega za obdobje zadnjega tedna. Vsaka kategorija agresivnega vedenja ima pet postavk (od 0 do 4), vsota posamezne kategorije

se pomnoži z določeno utežjo (x1 za kategorijo verbalne agresije, x2 za kategorijo agresije do predmetov, x3 za kategorijo avtoagresije in x4 za fizično agresijo). Najvišje možno število točk znaša 40, višja vrednost kaže na resnejšo obliko agresivnega vedenja. Dopolnjena lestvica odkrite agresije (MOAS) je v praksi pokazala visoko stopnjo uporabnosti in zanesljivosti (36, 49, 50).

3.2.2. Lestvica za beleženje agresivnega vedenja – The Staff Observation Aggression Scale – Revised (lestvica SOAS-R)

V večini raziskav v zadnjih letih uporabljajo za oceno prevalence, resnosti in vzrokov agresivnih incidentov lestvico SOAS-R. Prvotna lestvica je bila predstavljena leta 1987, od leta 1999 je v uporabi revidirana različica, z natančnejšim ocenjevalnim sistemom, ki poveča možnosti nadaljnje primerjave stopnje agresije in razlikovanje resnosti agresivnih incidentov (37, 38). Lestvica SOAS-R opredeljuje agresijo kot vse oblike verbalne, neverbalne ali fizične agresije, ki ogroža pacienta samega, druge ali lastnino, ter fizično agresijo, ki je dejansko poškodovala pacienta samega, druge ali lastnino. Lestvica je prosto dostopna za uporabo tako v klinični praksi kot v raziskovalne namene in omogoča natančnejšo opredelitev agresivnih incidentov, saj poleg oblike agresivnega vedenja in ukrepov za preprečitev agresivnega vedenja zajema še opredelitev sprožilnega dejavnika, usmerjenost agresivnega vedenja in posledice. Od leta 2017 je na voljo tudi slovenski prevod lestvice SOAS-R, ki je bil odobren s strani avtorjev izvirne lestvice (51). Lestvica SOAS-R omogoča tudi oceno stopnje resnosti agresivnega incidenta v razponu od 0 do 22 točk (37, 38). Glede na ocenjevalni algoritem, ki se je razvil skozi leta in ga uporablja večina nedavnih raziskav, predstavlja mejo za manj hude agresivne dogodke 8 točk. Če incident doseže 9 točk ali več, je opredeljen kot huda agresija (45, 52, 53). SOAS-R lestvica je enostavna za uporabo in izpolnjevanje ne zahteva veliko časa, zato jo priporočajo kot metodo za standardizirano raziskovanje prevalence, resnosti in vzrokov agresivnih incidentov v psihiatričnem hospitalnem okolju (54).

Lestvica SOAS-R zajema specifične vidike agresivnega vedenja:

- provokacija – sprožilni dejavnik,
- sredstvo za izvajanje agresije (verbalna, uporaba specifičnih predmetov),
- tarča agresivnega vedenja,
- posledice agresije,
- ukrepi, uporabljeni za preprečitev agresivnega vedenja.

Lestvico izpolni zdravstveno osebje ob vsakem agresivnem incidentu, za izpolnitev je potrebna približno 1 minuta. V vsakem stolpcu se označi vsaj ena navedba, lahko tudi več, kadar je to ustrezno. V primeru da se agresivni dogodek pri istem pacientu ponovi v obdobju več kot 60 minut po prvem dogodku, se izpolni nova lestvica (38, 54).

UPORABA DEESKALACIJSKIH TEHNIK

Metoda prvega izbora v obvladovanju agresivnega vedenja, ki je v največji meri vzrok za uvedbo PVU (6-9) je po navedbah večine svetovnih smernic deeskalacija (4, 55-58). Deeskalacija je opredeljena kot uporaba verbalnih in neverbalnih spretnosti, metod in tehnik za zmanjšanje ali preprečevanje agresivnega vedenja (4). Gre za strukturiran postopek, ki vključuje vrsto verbalnih in neverbalnih intervenc, katerih cilj je zmanjšati vznemirjenost in stisko pacienta, z namenom preprečevanja agresije ali nasilja (57) ter zagotavljanja varnosti zaposlenih in pacientov (59). Deeskalacijske tehnike predstavljajo nabor bolj humanih in k pacientu usmerjenih intervenc, ki lahko prispevajo k zmanjšanju oz. postopnemu opuščanju uporabe prisilnih metod omejevanja (5, 26, 60, 61). Osredotočajo se predvsem na zunanje dejavnike tveganja za agresivno vedenje, ki jih lahko modificiramo, v največji meri na komunikacijo in odnos do pacienta. Deeskalacija se začne s prvim stikom oz. vzpostavitev odnosa s pacientom in zajema način komunikacije, zagotovitev varnosti za vse udeležence, uporabo strukturiranih ocenjevalnih lestvic za oceno tveganja za agresivno vedenje, uporabo ustrezne neverbalne

komunikacije, poznavanje različnih verbalnih tehnik, prepoznavanje lastnih čustvenih odzivov v kriznih situacijah in zmožnost samokontrole (56, 62, 63). Najučinkovitejša je zgodnja uporaba deeskalacije, torej v začetnih fazah konflikta, preden so pacienti izrazito vznemirjeni ali kažejo hujše oblike agresije (64). Deeskalacija ni namenjena reševanju vzrokov agresivnega vedenja, pač pa odpravi jeze, napetosti in agitacije, torej umiritvi, kar omogoča, da lahko nato pristopimo k reševanju vzrokov za te reakcije (62). Deeskalacija je lahko uspešna šele, če je zdravstveno osebje ustrezno izobraženo na tem področju. Izkušnje iz programov učenja deeskalacije kažejo, da je najuspešnejši pristop hkratno učenje celotnega tima določenega oddelka, kar omogoči, da pridobijo vsi enako znanje in se lahko v procesu deeskalacije dopolnjujejo, pacienti ne prejemajo nasprotujočih si sporočil s strani osebja, člani osebja pa se lahko v krizni situaciji zanesejo drug na drugega (56, 65, 66). Programi izobraževanja so večinoma kratki, od 4 ure do 3 dni, redno obnavljanje znanja pa se priporoča enkrat letno, podobno kot treningi obvladovanja agresije z uporabo PVU (67, 68).

V nadaljevanju predstavljamo kratek pregled deeskalacijskih tehnik, ki so lahko v pomoč zaposlenim pri obravnavi potencialno agresivnih pacientov. Tekst je povzet po Priročniku za učenje deeskalacijskih tehnik (69).

Neverbalne deeskalacijske tehnike (56, 62, 63, 70).

Osebni prostor: osebe z duševno motnjo zahtevajo približno štirikrat več osebne prostora, razdalja do pacienta naj bo vsaj 2 dolžini rok. Priporočljivo je sedeti v isti višini s pacientom, roke naj bodo na vidnem mestu. V primeru, da poteka pogovor stoje, se postaviti nekoliko pod kotom, z eno nogo pred drugo.

Telesna drža: mirna, odprta, skladna z verbalnim sporočilom. Izogibati se je potrebno avtoritativni, napadalni ali agresivni drža. Roke naj bodo sproščene, dlani odprte.

Očesni stik: ni priporočljivo strmeti v pacienta, pogled se lahko usmeri v predel med očmi, zgornji del nosu, sredino čela, rob lasišča.

Mimika obraza: nevtralen izraz na obrazu, nadzor nad obrazno mimiko in grimasami.

Gibanje in geste: počasno in nadzorovano gibanje, izogibati se nenadnim in hitrim gibom, nadzorovati geste rok, izogibati se kazanja ali žuganja s prstom, dviga ene roke in gest, ki ponazarjajo nezanimanje.

Dotik: vsako dejanje, ki vključuje dotik, je potrebno predhodno jasno razložiti oz. napovedati.

Govor: mirno, počasi, razločno in odločno, ne glasneje od vznemirjenega pacienta, ne govoriti monotono, naveličano, nepotrpežljivo ali jezno. Paziti na poudarke v povedi, poudariti tisti del vsebine, ki jo želimo posredovati v sporočilu.

Verbalne deeskalacijske tehnike (56, 62, 63, 71, 72)

Vzpostavitev verbalnega kontakta: predstavitev, vikanje (redke izjeme), govori le ena oseba, spoštljiva, vljudna komunikacija, podajanje osnovnih informacij.

Jasna in jedrnata komunikacija: enostavne, kratke povedi, preprost besednjak, ponavljanje sporočila, izogibanje kompleksnim vprašanjem.

Aktivno poslušanje: kratki neverbalni in verbalni odzivi, reflektiranje in parafraziranje.

Prepoznavanje pacientovih čustev: identifikacija pacientovih želja, občutkov in čustev, ki so vzrok vedenja, ne osredotočamo se na vedenje.

Strinjanje ali strinjanje z nestrinjanjem/pritožbami: najti točko strinjanja - npr. z resničnostjo navedb, z določenim principom, z verjetnostjo nekega dogodka.

Postavitev jasnih meja in pravil: opredelitev nesprejemljivega vedenja, seznanitev s posledicami, navajati dejstva, ne groženj.

Možnost izbire in spodbujanje optimizma: ponuditi alternativne možnosti agresivnemu vedenju.

Premor (time-out): premor in dogovor, kdaj se bo pogovor nadaljeval.

Vzpostavitev zaveznitva: pacienta aktivno vključimo v razreševanje težave.

Strategija umika: ko razgovor objektivno ni izvedljiv, pojasniti razlog in določiti čas ponovnega pogovora.

Menjava teme, preusmerjanje pozornosti: pogovor o splošnih temah ali temi, ki je sogovorniku zanimiva.

Uporaba humorja: potrebna previdnost, da si pacient tega ne razlaga kot omalovaževanje.

Prezemanje odgovornosti: prevzeti odgovornost za razrešitev situacije, ponuditi realna pričakovanja, časovno opredeliti razrešitev.

Pohvala, opravičilo, uporaba čudežnih besed (prosim, hvala).

Pogovor in pojasnila glede izvedenih intervenc.

5. ETIČNI VIDIKI UPORABE POSEBNIH VAROVALNIH UKREPOV

Pri uporabi PVU se srečujemo s številnimi etičnimi dilemami, saj posegamo v temeljne človekove pravice, opredeljene v nekaterih pomembnih aktih, kot so Splošna deklaracija človekovih pravic, Evropska konvencija o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin in Evropska konvencija o preprečevanju mučenja in nečloveškega ali ponižujočega ravnanja ali kaznovanja (73-75). Ob uporabi PVU je potrebno spoštovati avtonomijo in dostojanstvo posameznika, ravnati spoštljivo, odgovorno, odkrito, sočutno in znotraj zakonskih določil (76-81). Nekateri predlagajo sinergistično komplementarno rabo temeljnih etičnih načel spoštovanja avtonomije, koristnosti, neškodovanja, pravičnosti in etike skrbi (ethics of care), ki poudarja skrb za ranljivo populacijo psihiatričnih pacientov (82). Vsak ukrep mora biti sorazmeren problemu, ob upoštevanju načela dobronamernosti, neškodovanja in pravičnosti (83). Strokovnjaki se večinoma strinjajo, da so prisilni ukrepi legitimni le v izjemnih okoliščinah, ko je kršitev nekaterih vrednot, kot so svoboda gibanja ali kratkoročna omejitev avtonomije, edino sredstvo za uresničevanje drugih, pomembnejših vrednot in ciljev (npr. dolgoročne obnove pacientove identitete in avtonomije). Ob tem pa nekateri postavljajo določene vrednote, kot je na primer avtonomija, pred druge (na primer varnost), pri svoji oceni pa prezrejo pomembne dejavnike, kot je pacientova potreba in pravica do zdravljenja ali zaščite. Večina strokovnjakov, ki se ukvarja z etičnimi vidiki uporabe PVU, se strinja, da je potrebno pred uporabo prisilnih ukrepov upoštevati in skrbno pretehtati vse etično pomembne elemente situacije ter aktivno iskati alternative, ki najbolj spoštujejo pacientove pravice (84). Bela knjiga Sveta Evrope o varstvu človekovih pravic in dostojanstva ljudi z duševno motnjo, zlasti tistih, ki so hospitalizirani brez privolitve, poudarja, da mora uporaba kratkotrajne osamitve (omejitve gibanja znotraj prostora) ali mehanske omejitve biti v sorazmerju s koristmi in tveganji, ki jih povzroča. Odziv na agresivno vedenje pacientov naj bo postopen, od verbalnih pristopov, omejitve s strani osebja z rokami in le v skrajnih primerih z uporabo mehanske omejitve. Daljša obdobja mehanske omejitve ali osamitve so dopustna le v izjemnih primerih (85).

Pomembno je opozoriti, da je posameznikovo subjektivno dožemanje omejitve v veliki meri odvisno od terapevtskega odnosa, komunikacijskih veščin in pristopa s strani osebja (86). Pacientova subjektivna izkušnja z uporabo PVU odločilno vpliva tudi na nadaljnji terapevtski odnos, negativen učinek imata predvsem zaznana prisila in občutek izgube avtonomije (87), pozitiven pa izkušnja, da jih osebje posluša, ki jo pacienti povezujejo z občutkom spoštovanja (88). Odnos je ključen pri sprejemanju odločitev, predvsem v urgentnih situacijah se lahko zdravnik, ki pacienta ne pozna, odloči drugače kot tisti, ki ga pozna in ima z njim dober terapevtski odnos (89). Tudi moralne vrednote osebja pomembno vplivajo na odnos do pacientov in njihovo izkušnjo z obravnavo (90). Pomemben je način, kako je PVU izveden, saj je od tega odvisno, kako bo pacient dojemal tak ukrep oz. ali bo imel občutek, da je njegovo dostojanstvo prizadeto ali ne. Osrednji etični izziv ob uporabi PVU tako predstavlja iskanje ravnotežja med dobronamernostjo, spoštovanjem pacientove avtonomije ter zaščito pacientov, zaposlenih in družbe (91, 92).

5.1 Uporaba PVU v primeru sprejema na zdravljenje s privolitvijo

PVU je praviloma prisilni ukrep in večinoma uveden ob nestrinjanju pacienta oz. v primerih, ko je zaradi narave duševne motnje oz. prisotnih simptomov motena pacientova presoja realnosti in ne zmore obvladovati svojega vedenja. Navedeni kriteriji se prekrivajo s kriteriji za sprejem na zdravljenje brez privolitve. Vendarle pa se glede na indikacije PVU lahko uvede tudi na zahtevo pacienta, kadar sam ob primernem uvidu ne zmore kontrolirati svojega vedenja, torej v takem primeru ne gre za ukrep, ki je izveden brez pacientove privolitve in ob tem tudi ne avtomatično za zdravljenje brez privolitve. V kolikor se uporabi PVU pri pacientu, ki je sprejet na zdravljenje s privolitvijo in se pacient z uvedbo PVU ne strinja, je potrebno sprožiti postopek sprejema na zdravljenje brez privolitve v nujnem primeru v skladu z določili ZDZdr (22). Pacienti pogosto kljub uvedbi PVU ne želijo, da se sproži postopek zdravljenja brez privolitve, kar je potrebno upoštevati, v kolikor gre za paciente, pri katerih v danem trenutku ne gre za prisotnost simptomov duševne motnje, zaradi katere bi bila

okrnjena pacientova presoja realnosti. V takem primeru zdravnik, ki je odredil PVU, zabeleži v pacientovo dokumentacijo oz. na temperaturno listo, da je bilo ob uvedbi PVU ponovno preverjeno pacientovo strinjanje. V primerih, ko gre za poslabšanje duševne motnje, zaradi katere pacient ne zmore obvladovati svojega vedenja in ima moteno presojo realnosti, pa je ob uvedbi PVU potrebno hkrati sprožiti postopek sprejema na zdravljenje brez privolitve v nujnem primeru v skladu z določili ZDZdr.

6. INDIKACIJE IN KONTRAINDIKACIJE ZA UVEDBO POSEBNIH VAROVALNIH UKREPOV

Med indikacije za uporabo PVU uvrščamo (13, 14, 17, 18, 22):

- Odprava oz. obvladovanje nevarnega in agresivnega vedenja (usmerjenega v ogrožanje sebe, proti predmetom ali proti osebam), kadar je ogroženo življenje ali huje ogroženo zdravje osebe (samomorilno ali samopoškodbeno vedenje) ali drugih oseb ali povzročča oseba hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim (nevarnost pomembne materialne škode). PVU se uporabi kot zadnja možnost, kadar z nobeno drugo obliko obravnave ni mogoče nevarnega vedenja odpraviti.
- Omogočanje zdravljenja oz. nujne medicinske obravnave, s katero se pacient ne strinja ali se ji fizično upira; npr. nujna aplikacija zdravil ali oviranje roke med nujno aplikacijo infuzije. V opisanih primerih gre večinoma za prisotnost somatskih bolezenskih stanj, ki so lahko vzrok za akutno poslabšanje psihičnega stanja ali posledica le tega in komorbidnih somatskih stanj ob duševni motnji, ki ogrožajo življenje ali huje ogrožajo zdravje pacienta.
- Na zahtevo pacienta (kadar sam ob primernem uvidu ne zmore kontrolirati svojega vedenja).

Kontraindikacije za uporabo PVU (13, 14, 17, 18, 22):

- kot nadomestilo za ustrezno medikamentozno zdravljenje,
- kot oblika kaznovanja,
- za obvladovanje pacientovega neprijetnega vedenja, ki ni nevarno,
- vitalno ogroženi pacienti,
- zaradi pomanjkanja osebja.

7. OPREDELITEV IN VRSTE POSEBNIH VAROVALNIH UKREPOV

29. člen ZDZdr opredeli PVU kot nujen ukrep, ki se uporabi z namenom omogočanja zdravljenja ali odprave oz. obvladovanja nevarnega vedenja, kadar je ogroženo življenje ali huje ogroženo zdravje osebe ali drugih ali povzročča oseba hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim. Hkrati je pogoj, da ogrožanja ni mogoče preprečiti z drugim, blažjim ukrepom (11). Na ta način so v zakonu upoštevani trije temeljni kriteriji, ki morajo biti izpolnjeni: nezmožnost obvladovanja lastnega vedenja, povzročanje škode in sorazmernosti, v smislu, da so predvidene posledice za posameznikovo zdravje in integriteto ob neuporabi PVU hujše od uporabe PVU (93). PVU lahko trajajo le toliko časa, kolikor je nujno potrebno glede na razlog uvedbe. Uporabljajo se v oddelku pod posebnim nadzorom psihiatrične bolnišnice in v varovanem oddelku socialno varstvenega zavoda. Glede na ZDZdr sodita med PVU telesno oviranje s pasovi in omejitve gibanja znotraj enega prostora.

Poleg PVU, ki so opredeljeni v ZDZdr, uporabljamo tudi druge oblike varovalnih ukrepov, ki jih trenutna zakonodaja ne vključuje, kot so varovalni ukrepi zdravstvene nege, medikamentozno oviranje ter stalni ali diskretni nadzor. Trenutni ZDZdr tudi ne opredeljuje metode ročnega (fizičnega) oviranja.

7.1 Ukrepi, opredeljeni v ZDZdr

ZDZdr opredeljuje PVU telesnega oviranja s pasovi in omejitev gibanja znotraj enega prostora. PVU se uporabi le izjemoma in lahko traja le toliko časa, kolikor je nujno potrebno glede na razlog njegove uvedbe (dokler je prisotno stanje, ki je bilo vzrok za uvedbo), pri čemer mora zdravnik preveriti utemeljenost ponovne oz. nadaljnje uvedbe v skladu z določili ZDZdr. PVU telesnega oviranja s pasovi ne sme trajati več kot štiri ure, PVU omejitve svobode gibanja znotraj enega prostora pa ne več kot 12 ur. Po preteku navedenega obdobja mora zdravnik preveriti utemeljenost ponovne oz. nadaljnje izvedbe PVU.

7.1.1 Telesno oviranje s pasovi

PVU telesnega oviranja s pasovi se izvaja s posebnim kompletom pasov, med seboj povezanih z magnetnimi sponkami. PVU izvede zadostno število ustrezno usposobljenega osebja (priporočeno pet ali več oseb) ob upoštevanju navodil proizvajalca pasov. Ob uvedbi PVU je potrebno pacientu na razumljiv način pojasniti razloge za uvedbo le tega in kriterije za ukinitve. Pacienta, ki ima uveden PVU, je potrebno nadzirati in spremljati vitalne funkcije ter redno beležiti podatke o razlogu, namenu, trajanju in nadzoru nad izvajanjem PVU.

7.1.2 Omejitev gibanja znotraj enega prostora

PVU omejitve gibanja znotraj enega prostora se v enotah pod posebnim nadzorom psihiatričnih bolnišnic v Sloveniji redko uporablja, predvsem zaradi prostorskih pomanjkljivosti. Ob ustreznih prostorskih kapacitetah se pacientovo gibanje v tem primeru omeji na manjši, varen prostor oz. sobo, v kateri je možno pacienta ustrezno nadzirati. Potrebno je spremljati pacientove vitalne funkcije in redno beležiti podatke o razlogu, namenu, trajanju in nadzoru nad izvajanjem PVU.

Pri odločitvi za posamezno vrsto PVU je potrebno upoštevati pacientovo psihično in somatsko stanje in izbrati najmanj omejujočo obliko. Glede na določila ZDZdr je o odreditvi in izvedbi PVU telesnega oviranja s pasovi in omejitve gibanja znotraj enega prostora potrebno najkasneje v 12-ih urah od odreditve ukrepa pisno obvestiti direktorja psihiatrične bolnišnice, pacientovo najbližjo osebo ter odvetnika in zastopnika, v kolikor jih pacient ima ali jih je ob sprejemu ali v času hospitalizacije izbral. Obrazci za beleženje PVU in obveščanje so pripravljene v skladu z določili ZDZdr in se v deloma poenoteni obliki uporabljajo v vseh slovenskih psihiatričnih bolnišnicah.

Pri izvajanju PVU telesnega oviranja s pasovi upoštevamo smernice za preprečevanje trombombolij pri ležečih pacientih. V kolikor pride med izvajanjem PVU do incidenta (npr. nepredviden dogodek, poškodba pacienta, osebja ali inventarja), ga je treba zabeležiti v poseben obrazec za beleženje incidentov (v fizični ali elektronski obliki).

7.2 Ukrepi, ki niso opredeljeni v ZDZdr

7.2.1 Varovalni ukrepi zdravstvene nege

Nekateri varovalni ukrepi se uporabljajo predvsem pri osebah z duševno motnjo in hkratno prehodno ali trajno gibalno oviranostjo in so namenjeni preprečevanju padcev in posledičnih poškodb ter omogočanju medicinske obravnave. Uporaba tovrstnih varovalnih ukrepov je lahko indicirana tudi z vidika psihosocialne rehabilitacije, z namenom omogočiti slabše pokretnim ali nepokretnim pacientom, ki ne zmorejo sedeti brez fizične opore, vsaj določeno mero samostojnosti pri osnovnih življenjskih opravilih in socializacijo oz. vključevanje v družbo znotraj oddelčnega okolja. Osnovni namen tovrstnih ukrepov ni obvladovanje nevarnega oz. aktivnega avto- ali heteroagresivnega vedenja. Odredi jih zdravnik ali drugi zdravstveni delavec, pri čemer mora zdravnik preveriti utemeljenost uvedbe v skladu z indikacijami.

Med varovalne ukrepe zdravstvene nege sodi uporaba pripomočkov, s katerimi omejimo gibanje celotnega ali dela telesa osebe, na primer posteljna ograjica, uporaba varnostnega počivalnika, upo-

raba invalidskega vozička z varnostnim pasom ali mizico (22).

Varovalni ukrepi zdravstvene nege z namenom preprečevanja padcev in posledičnih poškodb ter omogočanja medicinske obravnave se uporabljajo, dokler zdravstveno stanje pacienta to zahteva oz. dokler obstaja nevarnost padca ali poškodbe ali dokler je to potrebno zaradi omogočanja medicinske obravnave, kar mora biti razvidno iz pacientove zdravstvene dokumentacije oz. temperaturne liste.

V primeru uporabe varovalnega ukrepa zdravstvene nege z namenom preprečevanja padcev in posledičnih poškodb ter omogočanja medicinske obravnave je pri pacientu, ki je sprejet na zdravljenje s privolitvijo, potrebno pridobiti pacientovo privolitve za izvajanje ukrepa, v kolikor je v danem trenutku glede na prisotnost simptomov duševne motnje le to sposoben podati. Navedeno se zabeleži v pacientovo dokumentacijo oz. na temperaturno listo. V primeru nestrinjanja pacienta z izvajanjem varovalnega ukrepa je, v primeru, da je ta nujno potreben, potrebno obvestiti sodišče glede sprejema na zdravljenje brez privolitve v skladu z določili ZDZdr, prav tako v primerih, ko pacient ni sposoben podati privolitve.

Varovalni ukrepi zdravstvene nege z namenom psihosocialne rehabilitacije se lahko uporabljajo le s pacientovim strinjanjem in se prekinejo takoj, ko pacient na kakršenkoli način izrazi nestrinjanje.

Izvajanje varovalnih ukrepov zdravstvene nege se zabeleži v zdravstveno dokumentacijo oz. na temperaturno listo. Glede na trenutno zakonodajo tovrstni ukrepi niso posebej opredeljeni in se beležijo kot PVU telesnega oviranja s pasovi, kljub temu, da so indikacije oz. namen izvajanja drugačni, kot so opredeljeni v trenutnem ZDZdr.

7.2.2 Metoda ročnega (fizičnega) oviranja

Omejitev z rokami predstavlja ukrep, pri katerem zdravstveni delavec z uporabo ročnega prijema omeji gibanje celotnega ali dela telesa osebe. Gre za omejitev osebe na način, da se jo fizično zadrži z lastno telesno silo brez uporabe pripomočkov. Ukrep se občasno uporabi neposredno pred uvedbo PVU telesnega oviranja s pasovi. Izraz fizična omejitev se v Sloveniji pogosto uporablja kot sinonim za telesno oviranje s pasovi, za katerega se v tuji literaturi večinoma uporablja izraz mehansko oviranje.

7.2.3 Medikamentozno oviranje

Medikamentozno oviranje vključuje aplikacijo zdravil, brez pacientove privolitve, z namenom odprave oz. obvladovanja nevarnega vedenja (heteroagresivno in avtoagresivno vedenje) (4, 22, 94).

Psihofarmakoterapija v sklopu medikamentoznega oviranja se uporablja v skladu s strokovnimi smernicami in priporočili, ob skrbnem spremljanju pacienta. V primeru uporabe medikamentoznih ukrepov je potrebno spremljati pacientove vitalne funkcije v sklopu intenzivnega spremljanja pacienta (intenzivna lista). Uporaba medikamentoznega oviranja se zabeleži v zdravstveno dokumentacijo. V primeru pojava morebitnih zapletov je potrebno tudi te zabeležiti v pacientovo dokumentacijo.

V kolikor je pacient, pri katerem uporabimo medikamentozno oviranje brez privolitve, sprejet na zdravljenje s privolitvijo, je potrebno obvestiti sodišče glede sprejema na zdravljenje brez privolitve v skladu z ZDZdr.

V moderni psihiatriji je cilj uporabe farmakoterapije z namenom odprave oz. obvladovanja nevarnega vedenja doseči umirjenost, kar ni enako kot doseči sedacijo, umirjenost se namreč pojavi pred sedacijo (95). Kljub dikciji, ki primarno kaže, da v takih primerih ne gre za zdravljenje, je znano, da ima ustrezna uporaba farmakoterapije več kot zgolj učinek v smislu nadzora nevarnega vedenja, namreč z uvedbo ustrezne farmakoterapije začnemo zdraviti tudi simptome osnovne bolezni (96). Aplikacija farmakoterapije izključno z namenom umirjanja pacienta naj se uporablja le izjemoma, odsvetuje pa se uporaba z namenom doseči sedacijo. V primeru stanj akutne agitacije ali agresivnega vedenja

je smiselno izbirati farmakoterapijo, ki je ustrezna tudi za zdravljenje simptomov osnovne bolezni, ki je privedla do nevarnega vedenja. V mednarodnih smernicah in priporočilih glede uporabe medikamentoznih ukrepov v obvladovanju agresivnega in nevarnega vedenja se pogosto uporabljajo izrazi »kemično oviranje«, »aplikacija zdravil brez privolitve« in »hitra umiritev (rapid tranquilization)« (4, 22). Navedeni termini opredeljujejo predvsem parenteralno uporabo psihotropnih zdravil brez pacientove privolitve (tj. prisilno dajanje zdravil; forced medication) z namenom odprave oz. obvladovanja nevarnega vedenja (96). Medikamentozni ukrepi se lahko uporabljajo tudi hkrati s fizičnim omejevanjem, če je verjetno, da se bo skrajšalo trajanje le tega ali so potrebni za preprečitev resne škode pacientu ali drugim osebam (4, 22). V primeru medikamentoznih ukrepov se najpogosteje uporabljajo antipsihotiki (klasični in atipični) in benzodiazepini, v monoterapiji ali kombinaciji (antipsihotik in benzodiazepin), večinoma v obliki intramuskularne aplikacije, izjemoma intravensko v okolju, kjer je mogoča intenzivna internistična oskrba. Pri izbiri zdravil imajo prednost učinkovine s kratko razpolovno dobo. Izbira zdravila naj bo v skladu s smernicami in priporočili za obravnavo stanja oz. duševne motnje, ki je prisotna pri pacientu (22).

Sistematični pregled enaindvajsetih randomiziranih kontroliranih raziskav glede učinkovitosti in varnosti kemičnega oviranja (97) je pokazal, da sta haloperidol ali droperidol (samostojno ali v kombinaciji z drugimi zdravili) najpogostejša, varna in učinkovita izbira za obvladovanje nasilnega vedenja. V praksi se najpogosteje uporablja haloperidol sam ali v kombinaciji z lorazepamom ali midazolamom, v peroralni ali intramuskularni obliki aplikacije. Izmed antipsihotikov se uporablja tudi olanzapin v intramuskularni ali peroralni obliki, pri slednjem je potrebno upoštevati, da je ob intramuskularni uporabi kontraindicirana uporaba v kombinaciji z benzodiazepinom (97). Za hitro umiritev se priporoča intramuskularna uporaba lorazepama v monoterapiji ali intramuskularna aplikacija haloperidola v kombinaciji s prometazinom. Pri odločanju, katero zdravilo uporabiti, je potrebno upoštevati pacientove preference, obstoječe telesne bolezni, možnost intoksikacije z alkoholom ali drugimi psihoaktivnimi substancami, predhodni odziv na zdravila, vključno z neželenimi učinki in možnost interakcij z drugimi zdravili. V primeru, da ni jasnih informacij za usmerjanje pri izbiri zdravila za hitro umiritev ali pacient še ni prejemal antipsihotikov je ustrenejša izbira intramuskularni lorazepam. Če obstajajo znaki srčno-žilne bolezni, vključno s podaljšanim intervalom QT ali ko ni mogoče opraviti elektrokardiograma, se je smiselno izogibati intramuskularnemu haloperidolu, primernejša je uporaba intramuskularnega lorazepama (4).

V Sloveniji nekaterih zdravil, ki so navedena v mednarodnih smernicah in priporočilih za medikamentozno obvladovanje nevarnega vedenja ni na voljo (antipsihotika droperidol in prometazin nista registrirana, preskrba z lorazepamom pa je v zadnjih letih večkrat motena). Po drugi strani so se s strani proizvajalcev predpisani najvišji priporočeni odmerki zdravil, predvsem antipsihotikov, v zadnjih letih znižali, na primer pri haloperidolu na celokupno 20 mg dnevno, obenem je za parenteralno uporabo dovoljena le intramuskularna aplikacija (98). Vse to se odraža tudi v slovenski klinični praksi, po eni strani z opuščanjem oz. redkejšo uporabo medikamentoznega oviranja, kar je vsekakor pozitivno, po drugi strani pa je z omejevanjem in nižanjem najvišjih priporočenih odmerkov onemogočena personalizirana oz. na pacienta usmerjena obravnavo duševne motnje, ki bi ob odmerjanju zdravila upoštevala tudi individualne posebnosti na nivoju farmakokinetike, presnove zdravil in genske variacije.

7.2.4 Stalni in diskretni nadzor

V okviru enot pod posebnim nadzorom se zlasti pri novo sprejetih pacientih, pri katerih je prepoznano povečano tveganje za avtoagresivno ali heteroagresivno vedenje oz. druge zaplete (npr. delirantno skaljena zavest, neurejena epilepsija, nevarnost padca) lahko uporablja tudi povečana stopnja nadzora v obliki stalnega ali diskretnega nadzora. Stalni nadzor pomeni nadzor 1:1, torej neprekinjeno nadzorovanje pacienta s strani enega člana osebja, pri tem pa pacient ni gibalno omejen (4, 13, 14, 22).

Diskretni nadzor pomeni povečano pozornost osebja oz. nadzor na določene časovne intervale. Pacient ni omejen v gibanju in aktivnostih znotraj enote, ima ohranjeno delno zasebnost in nima občutka, da je pod nadzorom. Časovne intervale nadzora opredeli zdravnik, pogostost opazovanja je običajno v intervalih enkrat na 15 do 30 minut pri višji stopnji oz. na 30 do 60 minut pri nižji stopnji nadzora, odvisno od pacientovega aktualnega psihičnega stanja (4, 14).

Uvedbo stalnega ali diskretnega nadzora odredi zdravnik in zabeleži na temperaturno listo in v obrazec za evidentiranje izvajanja stalnega ali diskretnega nadzora. V primeru, da pacientovo psihično stanje to dopušča, mu je potrebno razložiti uvedbo in namen navedenega ukrepa in če je mogoče pridobiti njegovo sodelovanje. Po uvedbi stalnega ali diskretnega nadzora je potrebno preveriti potrebo po nadaljnjem izvajanju le tega vsakih 6 ur (4, 14).

8. POGOJI ZA IZVEDBO POSEBNIH VAROVALNIH UKREPOV

Pred izvedbo PVU je potrebno oceniti situacijo, pripraviti načrt ukrepanja, zagotoviti varnost, ustrezno okolje in zadostno število ustrezno izobraženega osebja (11, 16, 17).

8.1 Ocena situacije, načrt ukrepanja in zagotovitev varnosti

- Z ustrezno oceno dejavnikov tveganja (lahko tudi z uporabo ocenjevalnih lestvic) in spremljanjem pacientovega vedenja oz. psihičnega stanja je do neke mere mogoče predvideti možnost agresivnega vedenja. Postopki ravnanja v primeru agresivnega vedenja in postopki izvajanja PVU morajo biti vnaprej določeni, osebje pa mora biti z njimi seznanjeno.
- PVU mora biti izveden v pogojih ustrezne varnosti za pacienta in osebje. Osebje mora biti seznanjeno z uporabo fizičnih samozaščitnih ukrepov ob obravnavi pacienta z agresivnim vedenjem oz. izvajanjem PVU.

8.2 Oddelčno okolje in ustrezno izobraženo osebje

- Oddelki morajo imeti zadostno število ustrezno izobraženega osebja. Potrebno je redno izobraževanje s področja obvladovanja agresivnega vedenja, deeskalacijskih tehnik in ustreznega izvajanja PVU. Število zaposlenih naj bo prilagojeno dnevnim potrebam, prisotnega mora biti zadostno število osebja, da se zagotovi varno in učinkovito obvladovanje krizne situacije.
- V zelo napetih situacijah mora biti osebje sposobno prepoznati trenutek, ko je pacient še dostopen za dialog in trenutek, ko temu ni več tako. To je čas, ko mora ekipa ukrepati, pri tem pa ohranja ustrezno verbalno in neverbalno komunikacijo.
- Del ekipe se posveti krizni situaciji, drugi del ekipe skrbi za in pomiri druge paciente. Celotno izvedbo postopka naj vodi in koordinira ena oseba.
- Pacient, ki ima uveden PVU, mora biti nameščen v sobi, kjer je možen nadzor strani osebja in je po možnosti ločen od ostalih pacientov oz. mu mora biti zagotovljena ustrezna zasebnost.

8.3 Uvedba in izvajanje PVU

- Ko ob ustrezni indikaciji za uvedbo PVU obstaja neposredna nevarnost in je potrebno takojšnje ukrepanje, lahko PVU uvede oz. presodi o uvedbi PVU tudi drug zdravstveni delavec. Zdravnika enote ali dežurnega zdravnika takoj obvesti o situaciji in dejavnikih, ki so privedli do krizne situacije in potrebe po uvedbi PVU, zdravnik pa odloči o utemeljenosti uvedbe ukrepa. Če zdravnik ukrepa ne odredi, se izvajanje ukrepa takoj opusti.
- PVU je potrebno ukiniti takoj, ko izzveni stanje, ki je predstavljalo vzrok za uvedbo.
- Postopek izvedbe PVU je opredeljen v Nacionalnem protokolu aktivnosti zdravstvene in babiške nege (dokument Posebni varovalni ukrep - telesno oviranje s pasovi na področju psihiatrije) (99).

8.4 Sodelovanje drugih služb

- Izjemoma (v primerih, ko je zaradi pacientovega ravnanja neposredno ogrožena varnost ljudi) se lahko za podporno intervenco zahtevajo okrepitve (intervenca ali asistenca policije), glede na predpisane protokole sodelovanja.

9. POSLEDICE UPORABE POSEBNIH VAROVALNIH UKREPOV

Uporaba PVU je lahko povezana s fizičnimi in psihološkimi negativnimi posledicami, ki se pojavljajo tako pri pacientih kot pri zaposlenih (1-3). Smrtnost v povezavi z uporabo PVU je povezana z zapleti, kot so aspiracija, rabdmioliza in neželeni učinki uporabe psihofarmakov (100-105). Pogost zaplet ob uporabi PVU je pojav globoke venske tromboze ali pljučne embolije, saj imajo ti pacienti večkrat dodatne dejavnike tveganja za trombembolije, vključno z uporabo antipsihotične terapije (106-109). Venske trombembolije so opisane predvsem ob uporabi mehanske omejitve (110), ob čemer je trajanje omejitve signifikantno povezano z višjim tveganjem za pojav pljučne embolije (111). Zaradi pogostih trombembolij nekateri svetujejo preventivno uporabo antikoagulantne terapije, kar pa tudi lahko povzroči neželene zaplete (112), po drugi strani pa je njena učinkovitost vprašljiva (110). Uporaba PVU je povezana tudi z daljšo hospitalizacijo (113, 114), predvsem pri pacientih, pri katerih trajajo PVU dlje časa (115). Poškodbe ob izvajanju PVU so opisane predvsem med fizičnim omejevanjem z rokami (110) in pri mehanski omejitvi zaradi lokalnega pritiska ob uporabi pasov (1). Poškodbe se lahko pojavijo pri pacientih, pa tudi pri zaposlenih, opisane so pri več kot 60 % osebja, ki je vključeno v izvajanje PVU (116). Najpogosteje opažajo poškodbe okončin, predvsem zgornjih, poškodbe sklepov, tudi zlome kosti in poškodbe oči (116, 117). Tako pri pacientih kot pri osebju je pogosto opisana poškodba ramena (118). Poškodbe osebja ob uporabi PVU so pogosto povezane z absentizmom (119, 120). Glede na ugotovitve raziskav sta najpogostejša smrtno nevarna zapleta ob uporabi PVU srčni zastoj zaradi kompresije prsnega koša ali davljenja in pljučna embolija (110). Pomembno je opozoriti tudi na čustvene posledice uporabe PVU. Pacienti pogosto poročajo o vznemirjenosti in stiski ob uporabi PVU, predvsem v primeru uporabe mehanske omejitve s pasovi (121, 122), ki jo nekateri doživljajo kot obliko zlorabe (123). Opisujejo občutke sramu, ponižanja, osamljenosti, prebuditev spominov na predhodne dogodke, ki so jih doživljali kot travmatske, in strah pred ponovno uvedbo PVU (121, 124). Poročajo tudi o občutkih, povezanih z izgubo svobode, integritete, nadzora, pravic in dostojanstva (125, 126). Glede na podatke iz raziskav naj bi se pri 25 do 47 % pacientov pojavili tudi simptomi posttravmatske stresne motnje, predvsem pri tistih s predhodnimi travmatskimi izkušnjami (122).

Tudi pri osebju, ki izvaja PVU, so opisane psihološke posledice, predvsem se soočajo z različnimi negativnimi čustvi, kot so žalost, občutki krivde, strah in notranji konflikt (127-129). Po uporabi PVU je zelo pomemben pogovor med člani osebja in tudi med osebjem in pacientom, v katerem se na-slovijo vzroki, izvedba in počutje pacienta in osebja ob izvajanju PVU (121).

Poleg zdravstvenih posledic mnogi poudarjajo tudi višje ekonomsko breme zdravljenja pacientov, pri katerih se uporabljajo PVU (130, 131). Zmanjšanje uporabe PVU je povezano z znižanjem strokov, zmanjšanjem bolniških odsotnosti osebja in posledično potrebe po nadomeščanju, zmanjšanjem števila poškodb pacientov in osebja in znižano stopnjo recidivizma (131).

10. VODEN RAZGOVOR (DEBRIEFING) PO UKINITVI POSEBNIH VAROVALNIH UKREPOV

Pogovor po zaključenem PVU je namenjen pacientu, ki je bil telesno oviran, pa tudi osebju, ki je sodelovalo pri oviranju. Pacientu ponudimo možnost pogovora, in mu, če želi, pojasnimo vzroke za uvedbo PVU ter se pogovorimo o njegovih občutkih med samim izvajanjem PVU. V izogib prihodnjim uporabam PVU, poskušamo skupaj s pacientom poiskati primernejše oblike razrešitve njegove stiske oz. konstruktivnejše alternative vedenju, zaradi katerega je bil uveden PVU. Voden razgovor (debriefing) po uporabljenem PVU je opredeljen kot strukturirana ali nestrukturirana razprava, v katero so vključeni člani zdravstveno negovalnega osebja, ki so sodelovali pri uvedbi PVU in pacient pri

katerem je bil uporabljen PVU. Gre za sistematično analizo dogodka in pridobljenih informacij z namenom sprememb v postopkih in praksah, ki bi vodile v zmanjšanje oz. izogib nadaljnji uporabi PVU. Voden razgovor po uporabi PVU se lahko izvaja takoj po prekinitvi PVU, ko izzveni neposredno ogrožanje oz. v prvih dneh po uporabi PVU. Paciente je smiselno z možnostjo vodenega razgovora seznaniti že ob sprejemu na oddelek, priložnost za to pa ponuditi pacientu čim prej po uporabi PVU. Voden razgovor izvajamo le, če pacient to želi oz. se strinja s tem. Voden razgovor lahko vodi medicinska sestra, psiholog ali zdravnik, ki ni bil vpleten v izvedbo PVU. Prisotni so lahko tudi svojci, zastopnik itd. Osebje, ki ni bilo vključeno v izvajanje PVU je objektivnejše od osebja, vpletenega v PVU, tako je smiselno, da vodi voden razgovor nekdo od zaposlenih, ki ni bil vpleten v izvedbo PVU. Voden razgovor lahko opredelimo kot niz postopkov, vključno s svetovanjem, ki pomagajo pri preventivi psiholoških posledic in okrevanju po travmatskem dogodku. Gre za pogovor, med katerim vpletene strani opišejo incident. Lahko vključuje razpravo o dejavnikih, ki so privedli do vedenja zaradi katerega je bil uveden PVU, preveri čustvene odzive na uporabljen PVU, oceni potrebo po suportivni terapiji vpletenih ali morebitni doživeti travmi, podpira občutek varnosti ter spodbuja vrnitev k normalni dejavnosti. Vpletenim ponuja priložnost osmisliti izkušnjo in deliti čustveno izkušnjo. Ob tem se osredotočamo po eni strani na podporo vpletenim, pozornost fizičnemu stanju in čustvenemu počutju vpletenih posameznikov, in po drugi strani na refleksijo po incidentu; povzetek, kaj bi se iz tega lahko naučili.. V izogib prihodnjim uporabam PVU, poskušamo skupaj s pacientom poiskati primernejše oblike razrešitve njegove stiske oz. konstruktivnejše alternative vedenju, zaradi katerega je bil uveden PVU. Vsebino in postopek vodenega razgovora prilagodimo preferencam in potrebam pacienta (psihično stanje, funkcioniranje, kognitivni status, kulturološke posebnosti, stopnja zaupanja). V procesu vodenega razgovora se je smiselno osredotočiti na analizo vzrokov za uvedbo PVU ter vedenjskih odzivov in posledic, povezanih z uporabo PVU, pri čemer se osredotočimo tako na vedenje zaposlenih kot pacienta. Pomembno je informiranje pacienta glede PVU (razlogi za uvedbo, namen, trajanje, posledice), informiranje glede odzivov na akutni stres po travmatskem dogodku, potrebno je ponuditi čustveno podporo, v kolikor jo pacient potrebuje oz. želi. Usmerimo se v iskanje načinov za sodelovalno reševanje problemov in razvoj nabora konstruktivnih strategij obvladovanja vedenja, ki je predhodilo uporabi PVU (22, 132, 133).

Postopek debriefinga (132, 133).

Analiza vedenja

Pri obeh vpletenih straneh (osebje, pacient) preveriti kaj se je zgodilo, ne kdo je kriv.

Preučitev vzrokov za uvedbo PVU oz. predhodnih dejavnikov, vedenjskih odzivov in posledic, povezanih z uporabo PVU.

Osredotočiti se tako na vedenje zaposlenih kot pacienta in se usmeriti v iskanje načinov, kako drugače reagirati v prihodnje, da bi se izognili PVU.

Preveriti, kaj je vodilo PVU, kako se je pacient počutil pred tem (osredotočati se na počutje, emocije, ne na samo vedenje).

Preveriti, kako je pacient v preteklosti reagiral ob podobnih občutkih, kaj mu je pomagalo, kaj meni, da bi mu lahko pomagalo ali kaj bi lahko osebje naredilo, da bi mu pomagalo in preprečilo vedenje, ki je vodilo v PVU.

Psihoedukacija

Informacije zagotoviti na podlagi individualnih potreb, ki lahko postanejo razvidne skozi proces analize vedenja.

Pojasniti razloge in namen uvedbe PVU, tudi na splošno. Nekateri pacienti ne razumejo razlogov za PVU in imajo občutek, da osebje te prakse uporablja kot mehanizem moči in nadzora.

Če je bila uporabljena med PVU tudi farmakoterapija, je smiselno podati tudi informacije glede pojava morebitnih NU.

Podati informacije o odzivih na akutni stres po travmatičnem dogodku, da lahko vpleteni ovrednotijo svoje izkušnje in da pacient loči svoj akutni odziv od drugih simptomov duševne motnje.

Ponuditi čustveno podporo.

Razrešitev problema in načrt

Poiskati oz se naučiti bolj konstruktivnih strategij obvladovanja problemov, izogniti se vedenjskim pristopom z nagrajevanjem.

identificirati, kaj bi lahko pacient in/ali osebje naredili drugače ob morebitnih prihodnjih podobnih stiskah.

Ugotovitve zabeležiti v smislu načrta - sodelovalno reševanje problemov in razvoj nabora konstruktivnih strategij obvladovanja prispeva k uspešnim programom za zmanjšanje uporabe PVU.

11. VODENJE DOKUMENTACIJE GLEDE IZVAJANJA POSEBNIH VAROVALNIH UKREPOV

Način dokumentiranja izvajanja PVU je opredeljen v ZDZdr. Podatki o razlogu, namenu, trajanju in nadzoru nad izvajanjem PVU se vpisujejo v obrazec, pripravljen v skladu z določili ZDZdr, ki je lahko v elektronski ali papirnati obliki.

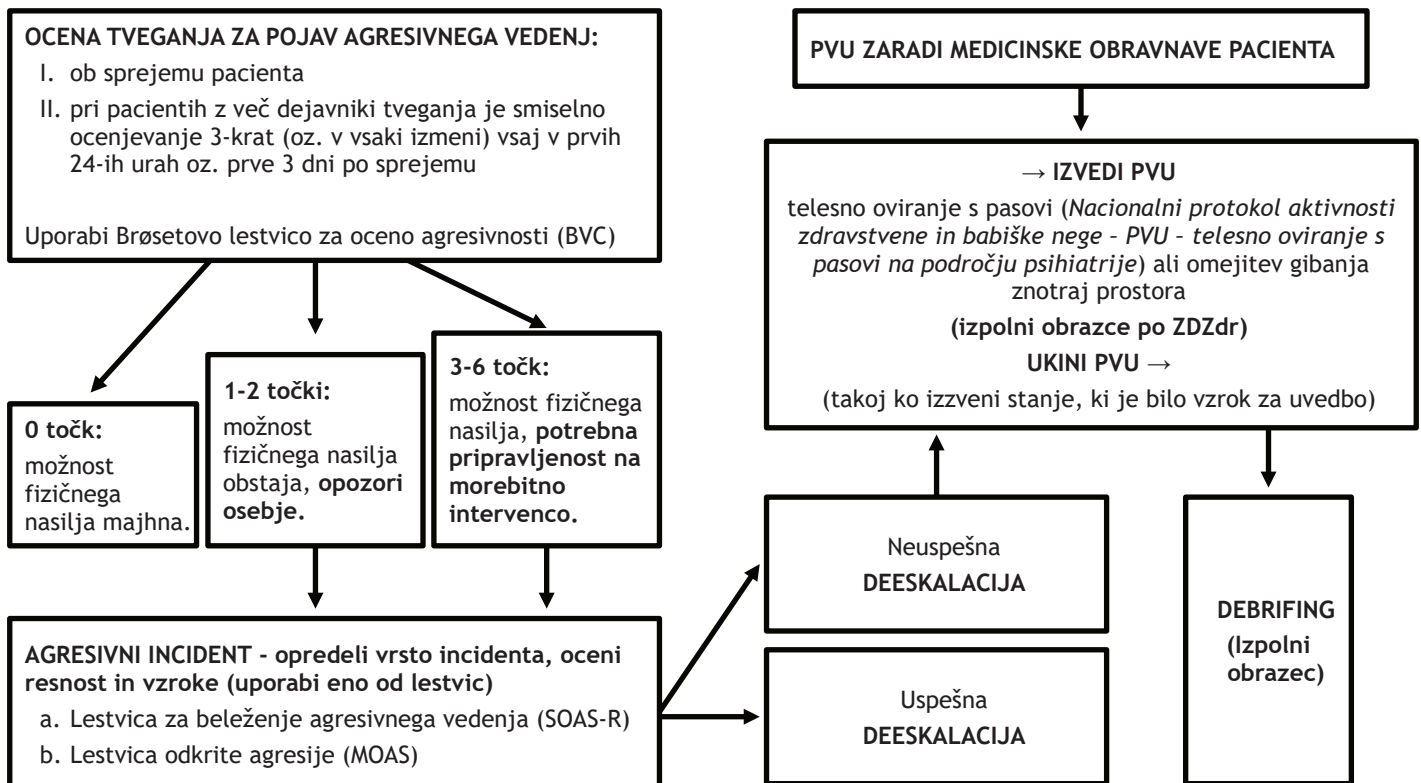
Ob tem je priporočljivo tudi spremljanje in beleženje podatkov glede načina ocene dejavnikov tveganja in izvajalca deeskalacije ter uporabljenih tehnik deeskalacije. Z namenom lažjega izvajanja vodenega razgovora (debriefing) je smiselno tudi beleženje vseh sodelujočih pri izvajanju PVU, prav tako beleženje termina izvedenega vodenega razgovora in prisotnih zaposlenih. V kolikor pacient zavrne vodeni razgovor, je to potrebno zabeležiti. Navedeno se lahko beleži v interno oddelčno dokumentacijo.

12. UPORABA POSEBNIH VAROVALNIH UKREPOV PRI MLADOLETNIH PACIENTIH

V nekaterih državah je področje uporabe PVU pri otrocih in mladostnikih urejeno s posebno zakonodajo. Otroci in mladostniki z duševno motnjo predstavljajo posebej ranljivo populacijo, zato mora biti pogostost uporabe PVU čim manjša in trajanje čim krajše. V ospredje je potrebno postaviti korist otroka oz. mladostnika, obenem pa mu omogočiti soodločanje ali skupno odločanje glede obravnave, s ciljem izboljšanja varnosti tako pacientov kot osebja (134).

V Sloveniji trenutno veljaven ZDZdr ne navaja posebnih določil glede uporabe PVU pri mladoletnih osebah. Pred uvedbo PVU pri otrocih in mladostnikih je potrebno še posebej skrbno pretehtati vse druge možnosti za zagotovitev varnosti pacienta in drugih oseb. V klinični praksi se v Sloveniji pri mladoletnih osebah, ki se jim uvede PVU, preverja utemeljenost ponovne oz. nadaljnje uvedbe PVU na vsaki dve uri, kljub določilom ZDZdr, ki navajajo štiri urni časovni interval. Paciente je potrebno ves čas izvajanja PVU skrbno spremljati in nadzirati.

Algoritem uporabe PVU pri obvladovanju agresivnega vedenja in agitacije/medicinske obravnave pacienta, ki vključuje oceno tveganja, deeskalacijo, izvedbo PVU in debriefing.



LITERATURA

1. Rakhmatullina M, Taub A, Jacob T. Morbidity and mortality associated with the utilization of restraints: A review of literature. *Psychiatr Q*. 2013;84(4):499-512.
2. Huckshorn KA. Reducing seclusion and restraint use in inpatient settings: A phenomenological study of state psychiatric hospital leader and staff experiences. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2014;52(11):40-7.
3. Simpson SA, Joesch JM, West II, Pasic J. Risk for physical restraint or seclusion in the psychiatric emergency service (PES). *Gen Hosp Psychiatry*. 2014;36(1):113-8.
4. National Institute for Health and Care Excellence. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. NICE guideline [NG10], 2015 [citirano 2024, november 7]. Dosegljivo na: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10>.
5. Knox DK, Holloman GH. Use and avoidance of seclusion and restraint: Consensus statement of the American association for emergency psychiatry project Beta seclusion and restraint workgroup. *West J Emerg Med*. 2012;13(1):35-40.
6. Miodownik C, Friger MD, Orev E, Gansburg Y, Reis N, Lerner V. Clinical and demographic characteristics of secluded and mechanically restrained mentally ill patients: A retrospective study. *Isr J Health Policy Res*. 2019;8(1):9.
7. Huang HC, Huang YT, Lin KC, Kuo YF. Risk factors associated with physical restraints in residential aged care facilities: A community-based epidemiological survey in Taiwan. *J Adv Nurs*. 2014;70(1):130-43.
8. Raboch J, Kalisova L, Nawka A, Kitzlerova E, Onchev G, Karastergiou A, et al. Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries. *Psychiatr Serv*. 2010;61(10):1012-7.
9. Husum TL, Bjørngaard JH, Finset A, Ruud T. A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:89.
10. Vieta E, Garriga M, Cardete L, Bernardo M, Lombrana M, Blanch J, et al. Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):328.
11. Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr). Uradni list RS, št. 77/2008:11097-110.
12. Cowman S, Björkdahl A, Clarke E, Gethin G, Maguire J, Aberhalden C, et al. A descriptive survey study of violence management and priorities among psychiatric staff in mental health services, across seventeen european countries. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):59.
13. Dernovšek MZ, Novak - Grubič V. Priporočila in smernice za uporabo posebnih varovalnih ukrepov v psihiatriji. Ljubljana: Viceversa, Slovenske psihiatrične publikacije; 2001: 4-12.
14. Novak Grubič N, Bon J, Novak Šarotar B. Priporočila in smernice za uporabo posebnih varovalnih ukrepov v psihiatriji: nova dopolnjena izdaja. Ljubljana: Viceversa, Slovenske psihiatrične publikacije; 2018: 4-17.
15. American Psychiatric Association. Seclusion or Restraint. 2022. [citirano 2024, november 7]. Dosegljivo na: <https://www.psychiatry.org/getattachment/e9b21b26-c933-4794-a3c4-01ad427eed91/Resource-Documents-Seclusion-Restraint.pdf>.
16. Haute Autorite de Sante. Guidance Leaflet. Mechanical restraint in general psychiatry. 2017. [citirano 2024, november 7]. Dosegljivo na: <https://www.has-sante.fr/>.
17. Mental Health Commission. Rules Governing the Use of Mechanical Means of Bodily Restraint Issued Pursuant to Section 69(2) of the Mental Health Act 2001-2018. 2022. [citirano 2024, november 7]. Dosegljivo na: https://www.mhcirl.ie/sites/default/files/2022-09/MHC_REVISIED%20RULES_Mechanical%20restraint.pdf.
18. De Cuyper K, Vanlinthout E, Vanhoof J, van Achterberg T, Opgenhaffen T, Nijs S, et al. Best practice recommendations on the application of seclusion and restraint in mental health services: An evidence, human rights and consensus-based approach. *J Psych Ment Health Nurs*. 2023;30(3):580-93.
19. Kjellin L, Wallsten T. Accumulated coercion and short-term outcome of inpatient psychiatric care. *BMC Psychiatry*. 2010;10(1):53.
20. Luciano M, Sampogna G, Del Vecchio V, Pingani L, Palumbo C, De Rosa C, et al. Use of coercive measures in mental health practice and its impact on outcome: a critical review. *Expert Rev Neurother*. 2014;14(2):131-41.
21. Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). Uradni list RS, št. 15/08 in 55/17 [citirano 2024, november 7]. Dosegljivo na: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO4281>.
22. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). Means of restraint in psychiatric establishments for adults (Revised CPT standards), 2017. [citirano 2024, november 7]. Dosegljivo na: <https://rm.coe.int/16807001c3>.
23. National Institute for Health and Care Excellence. Violent and aggressive behaviours in people with mental health problems-Quality standard [QS154], 2017 [citirano 2024, november]. Dosegljivo na: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs154/chapter/Quality-statements>.
24. Hiday VA. Putting community risk in perspective: A look at correlations, causes and controls. *Int J Law Psychiatry*. 2006;29(4):316-31.
25. Aberhalden C, Hahn S, Bonner YDB, Galeazzi GM. Users Perceptions and Views on Violence and Coercion in Mental Health. In: Richter D, Whittington R, eds. *Prediction of Violence in Inpatient Settings*. New York: Springer Science + Business Media; 2006. p.69-92.
26. Steinert T. Prediction of inpatient violence. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;106(412):133-41.
27. Whiting D, Lichtenstein P, Fazel S. Violence and mental disorders: a structured review of associations by individual diagnoses, risk factors, and risk assessment. *Lancet Psychiatry* 2021;8(2):150-61.
28. Pelto-Piri V, Warg LE, Kjellin L. Violence and aggression in psychiatric inpatient care in Sweden: a critical incident technique analysis of staff descriptions. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):362.
29. Weltens I, Bak M, Verhagen S, Vandenberg E, Domen P, van Amelsvoort T, et al. Aggression on the psychiatric ward: prevalence and risk factors. A systematic review of the literature. *PLoS One*. 2021;16(10):e0258346.
30. Steinert, T. Violence in mental health settings. Causes, consequences, management. In: Richter D, Whittington R, eds. *Prediction of violence in inpatient settings*. New York: Springer Science + Business Media; 2006.p.111-23.
31. Palmstierna T, Olsson D. Violence from young women involuntarily admitted for severe drug abuse. *Acta Psychiatr Scand*. 2007;115:66-72.
32. Giarelli E, Nocera R, Jobes M, Boylan C, Lopez J, Knerr J. Exploration of aggression/violence among adult patients admitted for short-term, acute-care mental health services. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018;32(2):215-23.
33. Almvik R, Woods P. Predicting inpatient violence using the Broset violence checklist (BVC). *Int J Psychiatr Nurs*. 1999;4(3):498-505.

34. Woods P, Almvik R. The Brøset violence checklist (BVC). *Acta Psychiatr Scand.* 2002;106(412):103-5.
35. Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D. The overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *Am J Psychiatry.* 1986;143(1):35-9.
36. Coccaro EF. The Overt Aggression Scale Modified (OAS-M) for clinical trials targeting impulsive aggression and intermittent explosive disorder: Validity, reliability, and correlates. *J Psychiatr Res.* 2020;124:50-7.
37. Palmstierna T, Wistedt B. Staff observation aggression scale, SOAS: Presentation and evaluation. *Acta Psychiatr Scand.* 1987;76(6):657-63.
38. Nijman HLI, Muris P, Merckelbach HLGJ, Palmstierna T, Wistedt B, Vos AM, et al. The staff observation aggression scale-revised (SOAS-R). *Aggress Behav.* 1999;25(3):197-209.
39. APA Work Group on Psychiatric Evaluation. The American Psychiatric Association practice guidelines for the psychiatric evaluation of adults / APA Work Group on Psychiatric Evaluation. 3rd ed. 2016 [citirano 2024, november 7]. Dosegljivo na: <http://psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.books.9780890426760>.
40. Reinhardt SM, Hansen NW. Perspectives on staff factors and aggression in a forensic psychiatric setting in Denmark: using the staff observation aggression scale-revised (SOAS-R). *Eur Psychiatry.* 2013;28:1.
41. Foster C, Bowers L, Nijman H. Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *J Adv Nurs.* 2007;58(2):140-9.
42. Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Haug HJ, Fischer J. Predicting inpatient violence using an extended version of the Brøset-violence-checklist: instrument development and clinical application. *BMC Psychiatry.* 2006; 6:17.
43. Almvik R, Woods P, Rasmussen K. The Brøset violence checklist: sensitivity, specificity, and interrater reliability. *J Interpers Violence.* 2000;15(12):1284-96.
44. Abderhalden C, Needham I, Miserez B, Almvik R, Dassen T, Haug HJ, et al. Predicting inpatient violence in acute psychiatric wards using the Brøset-violence-checklist: a multicentre prospective cohort study. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2004;11(4):422-7.
45. Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Haug HJ, Fischer JE. Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2008;193(1):44-50.
46. van de Sande R, Nijman HLI, Noorthoorn EO, Wierdsma AI, Hellendoorn E, van der Staak C, et al. Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *Br J Psychiatry* 2011;199(6):473-8.
47. Silver JM, Yudofsky SC. The overt aggression scale: overview and guiding principles. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 1991;3(2):22-29.
48. Mattes JA. Suggested Improvements to the Overt Aggression Scale-Modified. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2010; 22(1):123.
49. Huang HC, Wang Y-T, Chen KC, Yeh TL, Lee IH, Chen PS, et al. The reliability and validity of the Chinese version of the Modified Overt Aggression Scale. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2009;13(4):303-6.
50. Cohen IL, Tsiouris JA, Flory MJ, Kim SY, Freedland R, Heaney G, et al. A large scale study of the psychometric characteristics of the IBR Modified Overt Aggression Scale: findings and evidence for increased self-destructive behaviors in adult females with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord.* 2010;40(5):599-609.
51. Celofiga A, Koprivsek J. Lestvica za oceno agresivnega vedenja SOAS-R: the staff observation aggression scale-revised. *Viceversa. Slovensko zdravniško društvo; Združenje psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu.* 2018;64: 56-61.
52. Urheim R, Rypdal K, Melkevik O, Hoff HA, Mykletun A, Palmstierna T. Motivational dimensions of inpatient aggression. *Crim Behav Ment Health.* 2014;24(2):141-50.
53. Björkdahl A, Olsson D, Palmstierna T. Nurses' short-term prediction of violence in acute psychiatric intensive care. *Acta Psychiatr Scand.* 2006;113(3):224-9.
54. Nijman H, Palmstierna T. Measuring aggression with the staff observation aggression scale-revised. *Acta Psychiatr Scand.* 2002;106(412):101-2.
55. Hasan A, Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj B, Gattaz WF, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, part 1: update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance. *World J Biol Psychiatry.* 2012;13(5):318-78.
56. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH, Zeller SL, Wilson MP, et al. Verbal de-escalation of the agitated patient: consensus statement of the American association for emergency psychiatry project BETA de-escalation workgroup. *West J Emerg Med.* 2012;13(1):17-25.
57. Patel XM, Sethi NF, Barnes RT, Dix R, Dratcu L, Fox B, et al. Joint BAP NAPICU evidence-based consensus guidelines for the clinical management of acute disturbance: de-escalation and rapid tranquillisation. *J Psychopharmacol.* 2018;32(6):601-40.
58. Gerson R, Malas N, Feuer V, Silver GH, Prasad R, Mroczkowski MM. Best practices for evaluation and treatment of agitated children and adolescents (BETA) in the emergency department: consensus statement of the American association for emergency psychiatry. *West J Emerg Med.* 2019;20(2):409-18.
59. Hallett N, Dickens G. De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: Concept analysis. *Int J Nurs Stud.* 2017;75.
60. Holloman GH, Zeller SL. Overview of Project BETA: Best practices in Evaluation and Treatment of Agitation. *West J Emerg Med.* 2012;13(1):1-2.
61. Creating mental health and related services free from coercion, violence and abuse: WHO QualityRights training to act, unite and empower for mental health (pilot version). Geneva. World Health Organization. 2017 [citirano 2024, november 7]. Dosegljivo na: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254806/1/WHO-MSD-MHP-17.6-eng.pdf>.
62. Amdur E. De-escalation of Angry Individuals. *Safe Haven: Skills to Calm and De-escalate Aggressive and Mentally Ill Individuals (for Professionals in Inpatient Settings).* 2 ed: Pittsburgh, PA: Edgewood Books; 2011. p. 167-217.
63. Duperouzel H. `It's OK for people to feel angry':The exemplary management of imminent aggression. *J Intellect Disabil.* 2008;12(4):295-307.
64. Lavelle M, Stewart D, James K, Richardson M, Renwick L, Brennan G, et al. Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric settings. *J Clin Nurs.* 2016;25(15-16):2180-8.
65. Price O, Baker J. Key components of de-escalation techniques: a thematic synthesis. *Int J Ment Health Nurs.* 2012;21(4):310-9.
66. Price O, Baker J, Bee P, Lovell K. Learning and performance outcomes of mental health staff training in de-escalation techniques for the management of violence and aggression. *Br J Psychiatry.* 2015;206(6):447-55.
67. Morphet J, Griffiths D, Beattie J, Velasquez Reyes D, Innes K. Prevention and management of occupational violence and aggression in healthcare: a scoping review. *Collegian.* 2018;25(6):621-32.

68. Perkins E, Prosser H, Riley D, Whittington R. Physical restraint in a therapeutic setting; a necessary evil? *Int J Law Psychiatry* 2012;35(1):43-9.
69. Celofiga A, Koprivsek J. Osnove deeskalacijskih tehnik. Priročnik za učenje in trening. Združenje psihiatrov. Slovensko zdravniško društvo; 2018.
70. Virkki T. The art of pacifying an aggressive client: 'feminine' skills and preventing violence in caring work. *Gen Work Organ.* 2008;15(1):72-87.
71. Noll DE. *De-Escalate: How to Calm an Angry Person in 90 Seconds or Less: Paperback* 2017.
72. Johnson ME, Delaney KR. Keeping the unit safe: a grounded theory study. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 2006;12(1):13-21.
73. United Nations General Assembly. Universal declaration of human rights (217 [III] A). Paris;1948 [citirano 2024, november 7]. Dosegljivo na: <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>.
74. European Convention on Human Rights as amended by Protocols Nos. 11 and 14 supplemented by Protocols Nos. 1, 4, 6, 7, 12, 13 and 16. Strasbourg: European Court of Human Rights Council of Europe; 2010 [citirano 2024, november 7]. Dosegljivo na: https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf.
75. Evropska konvencija o preprečevanju mučenja in nečloveškega ali ponižujočega ravnanja ali kaznovanja. Uradni list RS (14. 1. 1994)-MP, št. 1-1/1994 (RS 2/1994) [citirano 2024, november 7]. Dosegljivo na: <http://www.varuh-rs.si/pravni-okvir-in-pristojnosti/mednarodni-pravni-akti-s-podrocja-clovekovih-pravic/svet-evrope/evropska-konvencija-o-preprecevanju-mucenja-in-necloveskega-ali-ponizujocega-ravnanja-ali-kaznovanja/#c76>.
76. Brotherton S, Kao A, Crigger BJ. Professing the values of medicine: the modernized AMA code of medical ethics. *JAMA.* 2016;316(10):1041-2.
77. Jones R, Lonnqvist J. Protecting the human rights of people with mental disorder: New recommendations emerging from the Council of Europe. *Br J Psychiatry.* 2004;185:277-9.
78. Good Psychiatric Practice: Code of Ethics, College Report CR186, March 2014. London: Royal College of Psychiatrists; 2016 [citirano 2024, november 7]. Dosegljivo na: https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/college-report-cr186.pdf?sfvrsn=15f49e84_2.
79. World Psychiatric Association. The Declaration of Hawaii. Adopted in 1977 at the 6th World Congress of Psychiatry in Honolulu; Hawaii. Amended at the 7th Congress in Vienna, Italy; 1983 [citirano 2024, november 7]. Dosegljivo na: <http://www.codex.vr.se/texts/hawaii.html>.
80. The Code of Ethics. 5th ed. The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Melbourne, Australia 2018. [citirano 2024, november 7]. Dosegljivo na: https://www.ranzcp.org/files/about_us/code-of-ethics.aspx.
81. The Principles of Medical Ethics With Annotations Especially Applicable to Psychiatry. American Psychiatric Association. Arlington, VA; 2013.
82. Bloch S, Green SA. An ethical framework for psychiatry. *Br J Psychiatry.* 2006;188:7-12.
83. Lolas F. Ethics in psychiatry: a framework. *World psychiatry.* 2006;5(3):185-7.
84. Chieze M, Clavien C, Kaiser S, Hurst S. Coercive measures in psychiatry: a review of ethical arguments. *Front Psychiatry.* 2021;12:790886.
85. Steering Committee on Bioethics of the Council of Europe. White paper on the protection of the human rights and dignity of people suffering from mental disorders, especially those placed as involuntary patients in a psychiatric establishment. Strasbourg: Council of Europe; 2000 [citirano 2024, november 7]. Dosegljivo na: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016804553af>.
86. Grant VJ, Briscoe J. Everyday ethics in an acute psychiatric unit. *J Med Ethics.* 2002;28(3):173.
87. Theodoridou A, Schlatter F, Ajdacic V, Rossler W, Jager M. Therapeutic relationship in the context of perceived coercion in a psychiatric population. *Psychiatry Res.* 2012;200(2-3):939-44.
88. van den Hooff S, Goossensen A. How to increase quality of care during coercive admission? A review of literature. *Scand J Caring Sci.* 2014;28(3):425-34.
89. Olsen DP. Influence and coercion: relational and rights-based ethical approaches to forced psychiatric treatment. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2003;10(6):705-12.
90. Totman J, Hundt GL, Wearn E, Paul M, Johnson S. Factors affecting staff morale on inpatient mental health wards in England: a qualitative investigation. *BMC psychiatry.* 2011;11:68.
91. Hem MH, Molewijk B, Pedersen R. Ethical challenges in connection with the use of coercion: a focus group study of health care personnel in mental health care. *BMC Med Ethics.* 2014;15:82.
92. Haugom EW, Ruud T, Hynnekleiv T. Ethical challenges of seclusion in psychiatric inpatient wards: a qualitative study of the experiences of Norwegian mental health professionals. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):879.
93. Liegeois A, Eneman M. Ethics of deliberation, consent and coercion in psychiatry. *J Med Ethics.* 2008;34(2):73-6.
94. Hupé C, Larue C, Contandriopoulos D. Defining chemical restraint: A preliminary step towards measurement and quality assessment. *Aggression and Violent Behavior.* 2024;77:101926.
95. Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. *World J Biol Psychiatry* 2016; 17: 86-128.
96. Nadkarni P, Jayaram M, Nadkarni S, Rattehalli R, Adams CE. Rapid tranquillisation: A global perspective. *BJPsych International.* 2015;12:100-2.
97. Muir-Cochrane E, Oster C, Gerace A, Dawson S, Damarell R, Grimmer K. The effectiveness of chemical restraint in managing acute agitation and aggression: A systematic review of randomized controlled trials. *Int J Mental Health Nurs.* 2020;29(2):110-26.
98. Haloperidol. SPC, Labeling and Package Leaflet. JAZMP - IB/021 - 2021. [citirano 2024, november 14]. Dosegljivo na: [http://www.cbz.si/cbz/bazazdr2.nsf/o/45847053E6EDCAC7C12579C2003F52CD/\\$File/s-025528.pdf](http://www.cbz.si/cbz/bazazdr2.nsf/o/45847053E6EDCAC7C12579C2003F52CD/$File/s-025528.pdf).
99. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Nacionalni protokol aktivnosti zdravstvene in babiške nege. Posebni varovalni ukrep - telesno oviranje s pasovi na področju psihiatrije. 2022. [citirano 2024, november 12]. Dosegljivo na: [UCE-NP-09.02-POSEBNI-VAROVALNI-UKREP-telesno-oviranje-s-pasovi-na-podrocju-psihiatrije-splet.pdf](https://www.uce-np-09.02-POSEBNI-VAROVALNI-UKREP-telesno-oviranje-s-pasovi-na-podrocju-psihiatrije-splet.pdf).
100. Dickson BC, Pollanen MS. Fatal thromboembolic disease: a risk in physically restrained psychiatric patients. *J Forensic Leg Med.* 2009;16(5):284-6.
101. Cecchi R, Lazzaro A, Catanese M, Mandarelli G, Ferracuti S. Fatal thromboembolism following physical restraint in a patient with schizophrenia. *Int J Leg Med.* 2012;126(3):477-82.
102. De Letter EA, Vandekerckhove BN, Lambert WE, Van Varenbergh D, Piette MH. Hospital bed related fatalities: a review. *Med Sci Law.* 2008;48(1):37-50.
103. Berzlanovich AM, Schopfer J, Keil W. Deaths due to physical restraint. *Dtsch Arztebl Int.* 2012;109(3):27-32.
104. Hatta K, Shibata N, Ota T, Usui C, Ito M, Nakamura H, et al. Association between physical restraint and drug-induced liver injury. *Neuropsychobiology.*

- 2007;56(4):180-4.
105. Mohr WK, Petti TA, Mohr BD. Adverse effects associated with physical restraint. *Can J Psychiatry*. 2003;48(5):330-7.
106. Funayama M, Takata T. Psychiatric inpatients subjected to physical restraint have a higher risk of deep vein thrombosis and aspiration pneumonia. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020;62:1-5.
107. Leibold A, Melter M, Doerfler C, Alikadic S, Zimmermann M, Hanses F, et al. Massive pulmonary embolism after a short episode of physical restraint in an adolescent psychiatric patient. *J Pediatr Intensive Care*. 2019;08(04):247-50.
108. Malý R, Masopust J, Hosák L, Konupčíková K. Assessment of risk of venous thromboembolism and its possible prevention in psychiatric patients. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2008;62(1):3-8.
109. Laursen SB, Jensen TN, Bolwig T, Olsen NV. Deep venous thrombosis and pulmonary embolism following physical restraint. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;111(4):324-7.
110. Kersting XAK, Hirsch S, Steinert T. Physical harm and death in the context of coercive measures in psychiatric patients: a systematic review. *Front Psychiatry*. 2019;10:400.
111. Hirose N, Morita K, Nakamura M, Fushimi K, Yasunaga H. Association between the duration of physical restraint and pulmonary embolism in psychiatric patients: a nested case-control study using a Japanese nationwide database. *Arch Psychiatr Nurs*. 2021;35(5):534-40.
112. De Hert M, Einfinger G, Scherpenberg E, Wampers M, Peuskens J. The prevention of deep venous thrombosis in physically restrained patients with schizophrenia. *Int J Clin Pract*. 2010;64(8):1109-15.
113. Odawara T, Narita H, Yamada Y, Fujita J, Yamada T, Hirayasu Y. Use of restraint in a general hospital psychiatric unit in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005;59(5):605-9.
114. Bai X, Kwok TCY, Ip IN, Woo J, Chui MYP, Ho FKY. Physical restraint use and older patients' length of hospital stay. *Health Psychol Behav Med*. 2014;2(1):160-70.
115. Dumais A, Larue C, Drapeau A, Ménard G, Giguère Allard M. Prevalence and correlates of seclusion with or without restraint in a Canadian psychiatric hospital: a 2-year retrospective audit. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2011;18(5):394-402.
116. Moylan LB, Cullinan M. Frequency of assault and severity of injury of psychiatric nurses in relation to the nurses' decision to restrain. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2011;18(6):526-34.
117. Stubbs B. The manual handling of the aggressive patient: a review of the risk of injury to nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009;16(4):395-400.
118. Hollins LP, Stubbs B. The shoulder: taking the strain during restraint. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2011;18(2):177-84.
119. Allen MH, Currier GW. Use of restraints and pharmacotherapy in academic psychiatric emergency services. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26(1):42-9.
120. Vedana KGG, da Silva DM, Ventura CAA, Giacon BCC, Zanetti ACG, Miaso AI, et al. Physical and mechanical restraint in psychiatric units: perceptions and experiences of nursing staff. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018;32(3):367-72.
121. Bonner G, Lowe T, Rawcliffe D, Wellman N. Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2002;9(4):465-73.
122. Chieze M, Hurst S, Kaiser S, Sentissi O. Effects of seclusion and restraint in adult psychiatry: a systematic review. *Front Psychiatry*. 2019;10(491).
123. Cusack P, McAndrew S, Cusack F, Warne T. Restraining good practice: Reviewing evidence of the effects of restraint from the perspective of service users and mental health professionals in the United Kingdom (UK). *Int J Law Psychiatry*. 2016;46:20-6.
124. Robins CS, Sauvageot JA, Cusack KJ, Suffoletta-Maierle S, Frueh BC. Special section on seclusion and restraint: consumers' perceptions of negative experiences and "sanctuary harm" in psychiatric settings. *Psychiatr Serv*. 2005;56(9):1134-8.
125. Hoekstra T, Lendemeijer HH, Jansen MG. Seclusion: the inside story. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2004;11(3):276-83.
126. Kuosmanen L, Hätönen H, Malkavaara H, Kylmä J, Välimäki M. Deprivation of liberty in psychiatric hospital care: the patient's perspective. *Nurs Ethics*. 2007;14(5):597-607.
127. Gelkopf M, Roffe Z, Behrbalk P, Melamed Y, Werbluff N, Bleich A. Attitudes, opinions, behaviors, and emotions of the nursing staff toward patient restraint. *Issues in mental health nursing*. 2009;30(12):758-63.
128. Chuang YH, Huang HT. Nurses' feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients. *J Clin Nurs*. 2007;16(3):486-94.
129. Fish R, Culshaw E. The last resort?: Staff and client perspectives on physical intervention. *J Intellect Disabil*. 2005;9(2):93-107.
130. Alevizopoulos G, Bozikas V, Touloumis C. Restraints in Greek mental health services: ethics, practice and costs. *Psychiatriki*. 2017;28(4):306-13.
131. Lebel J, Goldstein R. The economic cost of using restraint and the value added by restraint reduction or elimination. *Psychiatr Serv*. 2005;56(9):1109-14.
132. Mangaoil RA, Cleverley K, Peter E. Immediate Staff Debriefing Following Seclusion or Restraint Use in Inpatient Mental Health Settings: A Scoping Review. 2020;29(7):479-95.
133. Sutton D, Webster S, Wilson M. Debriefing following seclusion and restraint: a summary of relevant literature. The National Centre of Mental Health Research, Information and Workforce Development. Auckland, New Zealand 2014. [citirano 2024, november 7]. Dosegljvo na: <http://www.tepou.co.nz/resources/debriefing-following-seclusion-and-restraint-a-summary-of-relevant-literature/547>.
134. Moell A, Rozental A, Buchmayer S, Kaltiala R, Långström N. Effects of stricter legislation on coercive measures in child and adolescent psychiatric care: a qualitative interview study with staff. *BMC Psychiatry*. 2024;24(1):102.

