



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

in



Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji

***ZAGOTAVLJANJE DELOVNEGA
OKOLJA BREZ NASILJA
ZA ZAPOSLENE IN PACIENTE
V ZDRAVSTVENEM SISTEMU***

»Ničelna toleranca do nasilja«

Zbornik strokovnih prispevkov z recenzijo

Otočec, oktober 2017



Organizator:

ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE – ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PSIHIATRIJI Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije

Strokovni seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije

ZAGOTAVLJANJE DELOVNEGA OKOLJA BREZ NASILJA ZA ZAPOSLENE IN PACIENTE V ZDRAVSTVENEM SISTEMU »Ničelna toleranca do nasilja« Otočec, 9. 10. in 10. 10. oktober 2017

Zbornik strokovnih prispevkov z recenzijo

Urednik:

Darko Loncnar

Branko Bregar

Recenzent:

Branko Bregar

Zbral in tehnično uredil:

Darko Loncnar

Lektoriral:

Kristijan Šinček

Tisk in naklada:

ABO grafika, 110 izvodov

Programsko-organizacijski odbor: mag. Branko Bregar, Darko Loncnar, Aljoša Lapanja, Barbara Možgan, Ivanka Videčnik.

Založila in izdala:

Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PSIHIATRIJI

Publikacija je dostopna tudi na: <http://www.sekcijapsih-zn.si>

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Univerzitetna knjižnica Maribor

614.2(082)(0.034.2)

ZBORNICA zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji. Strokovni seminar (2017 ; Otočec)

Zagotavljanje delovnega okolja brez nasilja za zaposlene in paciente v zdravstvenem sistemu "Ničelna toleranca do nasilja" [Elektronski vir] : zbornik strokovnih prispevkov z recenzijo / Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, Otočec, oktober 2017 ; [organizator Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji ; urednik Darko Loncnar, Branko Bregar]. - Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, 2017

Način dostopa (URL): <http://www.sekcijapsih-zn.si>

ISBN 978-961-94234-2-4 (pdf)

I. Loncnar, Darko

COBISS.SI-ID [93126145](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:si:coibis:93126145)

PROGRAM STROKOVNEGA SREČANJA:

Prvi dan: PONEDELJEK, 9.10.2017

15.00–15.45 **Registracija udeležencev**
15.45–16.00 **Otvoritev strokovnega srečanja in pozdrav udeležencem**

I. Sklop *Moderatorica: Barbara Možgan, viš. mes. ses.*
16.00–16.20 **Pojavnost nasilja v zdravstvenem sistemu**
20 min *mag. Branko Bregar, dipl. zn.*

16.25–16.45 **Uveljavljanje ničelne tolerance do nasilja v zdravstvenem sistemu**
20 min *Urban Bole, dipl. zn.*

II. Sklop *Moderator: Aljoša Lapanja, dipl. zn., univ. dipl. soc. ped.*

DELAVNICE

17.00–17.45 **I.–IV. DELAVNICA**
45 min

18.00–18.45 **I.–IV. DELAVNICA**
45 min

I. Delavnica: Strokovni samozaščitni prijemi pri obvladovanju pacienta z nasilnim vedenjem
Urban Bole, dipl. zn.

II. Delavnica: Deeskalacijske tehnike komunikacije
Aljoša Lapanja, dipl. zn., univ. dipl. soc. ped.

III. Delavnica: Posebni varovalni ukrepi – fizično oviranje s pasovi
Aleš Zemljič, dipl. zn., univ. dipl. org., Boštjan Lešnik, dipl. zn.

IV. Delavnica: Sporazumevanje namesto nasilja
izr. prof. dr. Polona Selič, univ. dipl. psih.

III. Sklop

19.00–20.00 **IZKUSTVENA SKUPINA: Osebno soočanje in izkušnje z nasiljem na delovnem mestu**
60 min *mag. Mojca Hvala Cerkovnik, univ. dipl. soc. del., mag. Vesna Mejak, univ. dipl. soc. del.*

Drugi dan: TOREK, 10.10.2017

08.00–08.40 **Registracija udeležencev**

08.40–08.50 **Uvodni pozdrav ob Svetovnem dnevu duševnega zdravja**
10 min *mag. Branko Bregar, dipl. zn., predsednik Sekcije MS in ZT v psihiatriji*
Monika Ažman, dipl. m. s., predsednica Zbornice-Zveze

08.50–09.05 **Podelitev priznanj za dosežke na ožjem strokovnem področju**
15 min *mag. Branko Bregar, dipl. zn., predsednik Sekcije MS in ZT v psihiatriji*
Monika Ažman, dipl. m. s., predsednica Zbornice-Zveze

I. Sklop

Moderator: Darko Lončnar, dipl. zn., mag. zdr.-soc. manag.

09.10–09.40 **Sodelovanje zdravnikov in medicinskih sester pri obravnavi pacienta z nasilnim vedenjem**

30 min *doc. dr. Zdenka Čebašek Travnik, dr. med., spec. psih.*

09.40–10.10 **Trpinčenje na delovnem mestu**

30 min *Doroteja Lešnik Mugnaioni, univ. dipl. pol., Strokovna sodelavka DS za nenasilje v ZN*

10.15–10.25 **Predstavitve senzorne blazine (Sanolabor)**

10 min

10.25–11.25 **IZKUSTVENA SKUPINA: Osebno soočanje in izkušnje z nasiljem na delovnem mestu**

60 min *mag. Mojca Hvala Cerkovnik, Nuša Klinar, mag. Vesna Mejak*

11.25–12.25 **Odmor s pogostitvijo**

60 min

II. Sklop

Moderatorica: Ivanka Videčnik, dipl. m. s.

12.25–12.45 **Psihiatrična zdravstvena nega v Republiki Srbiji**

20 min *Predavatelj javljen naknadno*

12.45–13.15 **Uvajanje kulture psihološke podpore v zdravstvenem sistemu**

30 min *Mirjana Savić, univ. dipl. psih., višja policijska inšpektorica, GPU-Policijska akademija Jernej Mustar, pomočnik komandirja PP Medvode, policijski zaupnik*

III. Sklop

Moderator: Aljoša Lapanja, dipl. zn., univ. dipl. soc. ped.

DELAVNICE

13.25–14.10 **I.–V. DELAVNICA**

45 min

14.15–15.00 **I.–V. DELAVNICA**

45 min

I. Delavnica: Oblikovanje smernic za uvedbo ničelne tolerance v zdravstvenih ustanovah

Simona Podgrajšek, dipl. m. s., univ. dipl. org.

II. Delavnica: Deeskalacijske tehnike komunikacije

Aljoša Lapanja, dipl. zn., univ. dipl. soc. ped., Urban Bole, dipl. zn.

III. Delavnica: Uporaba posebnih varovalnih ukrepov pri specifičnih zdravstvenih stanjih (nosečnost,

ascites, kirurška rana, imobilizirane okončine, idr.)

Darko Lončnar, dipl. zn., mag. zdr.-soc. manag., Denis Džamastagić, ZT

IV. Delavnica: Posebni varovalni ukrepi – fizično oviranje s pasovi

Aleš Zemljič, dipl. zn., univ. dipl. org., Boštjan Lešnik, dipl. zn.

V. Delavnica: Problemske strategije spoprijemanja za krepitev osebne moči profesionalcev v psihiatrični zdravstveni negi, izpostavljenih posebnim delovnim okoliščinam in obremenitvam

izr. prof. dr. Polona Selič, univ. dipl. psih., Urška Poček, dipl. m. s.

15.00 **Zaključek seminarja**

KAZALO

POJAVNOST NASILJA V ZDRAVSTVENEM SISTEMU	1
Prevalence of the violence in health care Branko Bregar	
UVELJAVLJANJE NIČELNE TOLERANCE DO NASILJA V ZDRAVSTVENEM SISTEMU	5
Applying zero tolerance to violence in the health system Urban Bole	
SODELOVANJE ZDRAVNIKOV IN MEDICINSKIH SESTER PRI OBRAVNAVI PACIENTA Z NASILNIM VEDENJEM	10
Cooperation of Medical Doctors and Nurses in Treatment of Patients with Violent Behaviour Zdenka Čebašek-Travnik	
TRPINČENJE NA DELOVNEM MESTU – IZKUŠNJE DELOVNE SKUPINE ZA NENASILJE V ZDRAVSTVENI NEGI	14
Workplace mobbing – the experiences of the working group for nonviolence in nursing Doroteja Lešnik Mugnaioni	
UVAJANJE KULTURE PSIHOLošKE PODPORE V ZDRAVSTVENEM SISTEMU	21
Introduction of culture of psychological support in the health system Mirjana Savić	
POSEBNI VAROVALNI UKREPI – FIZIČNO OVIRANJE S PASOVI	25
Special protective measures - physical restraint with belts Aleš Zemljčič, Boštjan Lešnik	
UPORABA POSEBNIH VAROVALNIH UKREPOV PRI SPECIFIČNIH ZDRAVSTVENIH STANJIH, KOT SO NOSEČNOST, ASCITES, KIRURŠKA RANA	30
Use of special protective measures for specific medical conditions (pregnancy, ascites, surgical wounds, immobilized limbs, etc.) Darko Lončnar, Denis Džamastagić	
<u>DELAVNICE</u>	
STROKOVNI SAMOZAŠČITNI PRIJEMI PRI OBVLADOVANJU PACIENTA Z AGRESIVNIM VEDENJEM (POVZETEK DELAVNICE)	38
Urban Bole	
DEESKALACIJSKE TEHNIKE KOMUNIKACIJE	40
Aljoša Lapanja, Urban Bole	
SPORAZUMEVANJE NAMESTO NASILJA – VEŠČINE V MEDOSEBNIH ODNOSIH ZA DOBRO SODELOVANJE S PACIENTI: IZRAŽANJE POVROTNE INFORMACIJE	44
Polona Selič	
OBLIKOVANJE SMERNIC ZA UVEDBO NIČELNE TOLERANCE V ZDRAVSTVENIH USTANOVAH	46
Simona Podgrajšek	
PROBLEMSKE STRATEGIJE SPOPRIJEMANJA S STRESOM ZA KREPITEV OSEBNE MOČI PROFESIONALCEV V PSIHIATRIČNI ZDRAVSTVENI NEGI, IZPOSTAVLJENIH POSEBNIM DELOVNIM OKOLIŠČINAM IN OBREMENTIVAM	50
Polona Selič	
PREDLOG POKLICNIH AKTIVNOSTI IN KOMPETENC V ZDRAVSTVENI NEGI- PSIHIATRIČNA ZDRAVSTVENA NEGA	51

POJAVNOST NASILJA V ZDRAVSTVENEM SISTEMU

Prevalence of the violence in health care

mag. Branko Bregar, dipl. zn.

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

branko.bregar@psih-klinika.si

Izvleček

Nasilje med zaposlenimi v zdravstvu je tudi v Sloveniji visoko, vendar prave politike na tem področju še nimamo. Znanih je mnogo tragičnih dogodkov, ki so bili medijsko izpostavljeni, vendar do ureditve področja ni prišlo niti na državni niti na organizacijski posameznih zavodov. Kljub temu, da strokovna literatura opredeljuje dejavnike tveganja predvsem na strani uporabnikov in zaposlenih, novejša študije kažejo, da je obvladovanje teh dejavnikov skoraj nepomembno, če pri tem ni jasna zaveza države kot regulatorja in posamezne delovne organizacije.

Ključne besede: medinske sestre, zdravstvena nega, agresija

Abstract

Violence among the employees in healthcare is spiking also in Slovenia, however, no real countermeasures have been taken so far. In the last couple of years, a number of fairly known tragic incidents occurred that attracted media attention, yet the issue at stake has not been appropriately tackled on state nor institutional organization levels, though scholarly literature has identified risk factors, especially those that derive from users of healthcare services and employees. In fact, studies that are more recent suggest that the control of these factors is meaningless, lest the state and workers' institutions commit to solving the problem.

Keywords: nurses, nursing, aggression

Uvod

Leta 2007 umor zobozdravnice v Ljubljani (Furlan-Rus, 2008). Leta 2015 je bila v osrednji psihiatrični bolnišnici v Ljubljani s hladnim orožjem napadena naša kolegica in sodelavka (Bregar, 2015). Leta 2016 umorjen zdravnik v Izoli (Vovk, 2016). Leta 2016 v Zdravstvenem domu Piran napad na medicinsko sestro s hudimi posledicami. Neljubi dogodki vsakokrat pritegnejo veliko medijske pozornosti in sprožijo burno javno razpravo o ogroženosti zaposlenih na delovnem mestu v zdravstvu. In kmalu potem, ko senzacija ni več aktualna za medije, dogodki izgubijo svojo pomembnost in potencial za objavo, ter vse obljube uradnih organov utonejo v pozabo!

Našteti incidenti nikakor niso osamljeni primeri nasilja nad zaposlenimi v zdravstvenem varstvu, zato sem mnenja, da moramo podpreti svoja legitimna prizadevanja, pa tudi naših kolegov zdravnikov in zdravnic, po večji varnosti na delovnem mestu (Bregar, 2015). Značilnost vseh teh dogodkov je tudi ta, da je prišlo do njih na področjih, kjer delavci ne pričakujejo nasilja. S še več nasilja oz. posledicami agresije pacientov pa se srečujejo zaposleni na področju psihiatrije, kjer bi lahko naštel vrsto posledic po agresivnih napadih pacientov na zaposlene. Vendar ti dogodki ne pridejo v javnost, saj je nasilje nad delavci zaposlenimi v zdravstveni negi v psihiatriji *pričakovano*. Dolge bolniške odsotnosti, predvsem tehnikov zdravstvene nege, so pogoste, nekateri se soočajo celo s trajnimi zdravstvenimi posledicami. Danes so na mestu razna vprašanja, ali smo dolžni sprejemati nasilje uporabnikov, smo dovolj usposobljeni, ali nas je delodajalec dovolj usposobil itn. Ker običajno pridejo na naslovnice le medijsko najbolj odmevne novice o nasilju nad zaposlenimi v zdravstvu, je naša naloga, da vse bolj in bolj opozarjamo pristojne državne organe, predvsem Ministrstvo za zdravstvo, na dejanske razsežnosti problema, s katerim se ne soočajo samo zdravniki, temveč vsi zaposleni v zdravstvu.

Pojavnost nasilja nad zdravstvenimi delavci

V naši državi sistematično ne spremljamo teh dogodkov (oz. bolj natančno rečeno, napade uporabnikov na zdravstvene delavce), zato se lahko opremo na nekatere tuje podatke, ki kažejo nespodbudno sliko našega delovnega področja. V ZDA poročajo, da se kar 60 % vsega nasilja na delovnem mestu (napadov na zaposlenega) zgodi prav na področju zdravstvenega varstva – večina od teh napadov je s strani pacientov ali njihovih bližnjih (Gates, et al., 2011). Ocenjujejo, da je pojavnost poškodb na področju zdravstva zaradi nasilja uporabnikov nad zdravstvenimi delavci tudi do trikrat večja v primerjavi z drugimi poklicnimi skupinami! Novejša izraelska raziskava kaže na to, da je bilo 729 zdravstvenih delavcev v zadnjih šestih mesecih soočenih s približno 1500 agresivnimi pojavi. Največ od tega je bilo izražene pasivne in verbalne agresije, sledilo je seksualno nasilje. Medicinske sestre v urgenci so bile kar šestkrat bolj izpostavljene nasilju v primerjavi z ostalimi in na splošno so bile medicinske sestre dvakrat bolj izpostavljene vsem vrstam nasilja v primerjavi z zdravniki. Bolj izkušeni delavci so bili manj izpostavljeni nasilju v primerjavi s tistimi, ki so na začetku delovne poti (Shafran-Tikva, et al., 2017).

Ena od starejših raziskav pri nas, kjer je odgovarjalo 376 medicinskih sester, kaže, da se je kar 272 (72,3 %) anketiranih že soočilo z eno od oblik agresije na delovnem mestu. Med povzročitelji nasilja nastopajo medicinske sestre, pacienti in zdravniki (Klemenc & Pahor, 2004). V triadi odnosa med zdravnikom, pacientom in medicinsko sestro so medicinske sestre zaznale spolno nasilje kar v 34,8 % od 376 vključenih v vzorec (Planinček & Pahor, 2004). Tudi Babnik in sodelavci (2012) ugotavljajo, da je več kot 60 % od 692 zaposlenih v zdravstveni negi že doživelo nasilje na delovnem mestu (v največji meri psihično nasilje). Najpogostejši viri nasilja so sodelavci z višjo izobrazbo in pacienti. Prav zaradi tega je pomembno organizirati vire pomoči. Izkazalo se je, da v primerih medsebojnega nasilja sodelavcev na delovnem mestu, medicinske sestre najpogosteje potrebujejo svetovanje. Tako je Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi v treh letih prejela 37 prošenj za pomoč zaradi dolgotrajnega psihičnega ali drugega nasilja (Mugnaioni, 2012). V raziskavi med zaposlenimi v psihiatriji in v reševalnih postajah je bilo ugotovljeno, da se z nasiljem najpogosteje srečujejo zaposleni v zdravstveni negi. V psihiatriji je bilo v zadnjem letu z agresivnim vedenjem pacientov soočenih kar 92,6 % vključenih v raziskovani vzorec, največ je bilo verbalnega nasilja, fizičnega nasilja kar 84,2 % in najmanj spolnega nadlegovanja (24,6 %). Najmanj pogosto se anketiranci srečujejo s spolnim nadlegovanjem in spolnim napadom (Bojić, et al., 2016). Gabrovec s sodelavci (2014, 2015) pa so ugotovili, da je bilo kar 63,5 % anketiranih poškodovanih v njihovi celotni delovni dobi. Podobno navajajo Jerkič s sodelavci (2014), kar 74,2 % vseh vključenih anketiranih v urgentnih ambulantah je bilo že soočeno z nasiljem. Torej, vidimo, da imamo alarmantne podatke. Naša strokovna združenja so problematiko zaznala že zelo zgodaj. Oblikovali so tudi nekatere vire pomoči tistim, ki to najbolj potrebujejo. Vendar vprašati se moramo, kje so sistemski ukrepi, ki bi jih poklicni skupini (tudi zdravnikom) morala nuditi oz. organizirati država.

Zakonodaja na področju varnega delovnega okolja

Pravico do varnega delovnega okolja nam v naši državi zagotavlja zakonodaja, ki določa obveznosti, ki jih ima delodajalec pri zagotavljanju varnosti pri delu in dolžnosti, ki jih ima pri tem delavec (ZVZD, 2011). V zakonu je opredeljeno tudi nasilje tretjih oseb do delavca. V 23. členu govori o nasilju tretjih oseb in dolžnostih delodajalca, da v največji meri zaščiti delavca. V nadaljevanju naslednjega odstavka je tudi omenjena obveznost delodajalca, da pred nastopom dela delavca seznaniti z možnostjo pojava nasilja (ZVZD, 2011). V 24. členu istega zakona pa je opredeljeno nasilje nad delavcem kot trpinčenje, nadlegovanje in drugo, kar lahko tudi ogrozi zdravje delavca. V kolikor delodajalec ne sprejme vseh ukrepov, ki bi varovale delavce za zgoraj omenjene pojave nasilje, je zakon v kazenskih določbah predvidel globo za delodajalca od 2.000 do 40.000 € (ZVZD, 2011).

Zakonodaja, ki je spisana na področju varnega delovnega okolja, nas sicer ščiti, vendar se je treba vprašati, ali potencial, ki ga daje zakonodaja, zaposleni v zdravstvu dejansko znamo izkoristiti. V zakonodaji je opredeljena tudi obveznost, da država sprejme nacionalni program varnosti in zdravja pri delu (ZVZD, 2011). Čeprav je bil zakon spisan že leta 2011, pri iskanju nacionalne strategije na

tem področju na svetovnem spletu ni najti veljavnih dokumentov. Zanimivo pa je, da obstaja Resolucija o nacionalnem programu varnosti in zdravja pri delu (n. d.), za katerega pa se zdi, da ni veljaven dokument, saj gre le za predlog resolucije. V tem dokumentu s področja nasilja nad zaposlenimi v zdravstvu ni najti nobenih omemb, le na strani 34 piše: »Države EU v naslednjih petih letih načrtujejo raziskave na področju varnosti in zdravja pri delu glede kemičnih snovi (med njimi zlasti rakotvornih), novih vzorcev dela, metodologije in analizo stroškov in koristi. Pozornost se premika s tradicionalnih tveganj k raziskovanju stresa in nasilja na delovnem mestu.«

V tem primeru se je vredno zopet vprašati, kdo so kreatorji oz. akterji teh politik, ki pri pripravi osrednjega dokumenta v državi, izključijo delovno skupino, ki je najbolj ogrožena za nasilje uporabnikov!?

Dejavniki tveganja za nasilje

Raziskovanje dejavnikov nasilja pacientov, ki privedejo do nasilja, lahko razdelimo na tri ravni: na mikro-, mezo- in makronivo (Hamrin, et al., 2009; Lindsey, 2009; Weber, et al. 2014). Na prvi ravni se raziskovalci poglobljajo v dejavnike pacienta, zaposlenega in ožjega fizičnega okolja. Na drugi ravni, ki je nekako šele sedaj v ospredju, pa raziskujejo kulturo okolja delovne organizacije – kot dejavnika za agresijo pacientov. Na zadnji ravni je raziskovanje na nivoju države, kaj država pripomore s svojimi dokumenti in s svojo ničelno toleranco do nasilja v zdravstvenih organizacijah. Seveda so danes najbolj znani in razširjeni dejavniki pacienta ter zaposlenih kot odgovornih za izraženo nasilje (Cornaggia, et al., 2011; Angland, et al., 2014; Zhu, et al., 2016). Na strani pacienta so znani dejavniki, kot so: mlajši pacienti, moški spol, obravnava prve duševne motnje, in predvsem vpliv psihoaktivnih substanc itn. Na strani zaposlenih pa za odgovorne za izraženo nasilje pacientov izpostavljajo medicinske sestre, ki s pacienti ne vzpostavijo dobrega medosebnega odnosa, niso prisotne med pacienti, ne komunicirajo s pacienti in so v odnosu nadrejene. Med demografske dejavnike na strani zaposlenih prištevajo moški spol, starost zaposlenih, pomanjkanje izkušenj, nižjo izobrazbo. Dejavniki na strani ožjega fizičnega okolja so nefunkcionalnost in nepreglednost oddelkov, vročina in drugi dejavniki, ki jih pri nas sploh še ne prištevamo med dejavnike, ki bi lahko doprinesli svoj del k izraženi agresiji (npr. uživanje kave in drugih podobnih napitkov med delovnim časom).

Ker raziskovanje vsake ravni posebej do danes praktično ni imelo velikega vpliva na nasilje pacientov do zaposlenih in obratno, raziskovalci vse bolj v ospredje postavljajo druge dejavnike, ki so se izkazali v nekaterih okoljih za zelo uspešne (Espinoza, et al., 2015). Gre za premik pozornosti od mikroravni na mezo- in makronivo, kjer akterji razmišljajo oz. verjamejo, da bomo zmogli resnične premike v smeri ničelne tolerance narediti le s spremembo kulture na nivoju organizacije.

Zaključek

Pojavnost nasilja med zaposlenimi v zdravstvu, predvsem med medicinskimi sestrami in zdravniki, je visoka. Kljub temu je presenetljivo, da se še do danes ni oblikovalo jasnih smernic za zagotavljanje varnosti zaposlenih. Pozornost, ki je usmerjena v zaposlene kot žrtve, se poveča le ob tragičnih dogodkih, pa še to takrat, ko gre res za zelo hude posledice nasilja. Vse drugo pa, kot da gre za rutino slehernega delovnega dne, sprejemamo sami kot neposredno udeleženi in vsi tisti, ki nosijo tudi odgovornost za celostni management nasilja na nivoju države ali ožje. Kako dolgo bomo še nemi in pasivni udeleženci?

Literatura

- Angland, S., Dowling, M. & Casey, D., 2014. Nurses' perceptions of the factors which cause violence and aggression in the emergency department: a qualitative study. *International emergency nursing*, 22(3), pp. 134–139.
- Babnik, K., Štemberger Kolnik, T. & Kopač, N., 2012. Predstavitev rezultatov dela raziskave »Nasilje nad medicinskimi sestrami na delovnem

- mestu»: oblike, pogostost in povzročitelji psihičnega nasilja. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(2), pp. 147–156.
- Bojić, M., Bole, U. & Bregar, B., 2016. Pogostost in značilnosti nasilja nad zdravstvenimi delavci na področju nujne medicinske pomoči in psihiatrije. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(4), pp. 308–315.
- Bregar, B., 2015. Nasilje v zdravstvu s strani uporabnikov - odkrito in zakrito - kako se obvarovati? *Utrip*, 21(6), pp. 4–5.
- Cornaggia, C.M., Beghi, M., Pavone, F. & Barale, F., 2011. Aggression in psychiatry wards: a systematic review. *Psychiatry research*, 189(1), pp. 10–20.
- Espinosa, L., Harris, B., Frank, J., Armstrong-Muth, J., Brous, E., Moran, J., et al., 2015. Milieu Improvement in Psychiatry Using Evidence-Based Practices: The Long and Winding Road of Culture Change. *Archives of psychiatric nursing*, 29(4), pp. 202–207.
- Furlan-Rus, M., 2008. Morilca zobozdravnice s Kotnikove v Ljubljani verjetno čaka le psihiatrično zdravljenje. *Dnevnik*. Available at: <https://www.dnevnik.si/308808> [2.10.2017].
- Gabrovec, B., Eržen I. & Lobnikar B., 2014. The prevalence and the nature of violence directed at the medical staff in psychiatric health care in Slovenia. *HealthMed*, 8(2), pp. 228–234.
- Gabrovec, B., & Lobnikar B., 2015. The analysis of the role of an institution in providing safety and quality in psychiatric health care. *Anadolu psikiyatri dergisi*, 16(6), pp. 420–425.
- Gates, D.M., Gillespie, G.L. & Succop, P., 2011. Violence against nurses and its impact on stress and productivity. *Nursing economic*, 29(2), pp. 59–66.
- Hamrin, V., Iennaco, J. & Olsen, D., 2009. A review of ecological factors affecting inpatient psychiatric unit violence: implications for relational and unit cultural improvements. *Issues in mental health nursing*, 30(4), pp. 214–226.
- Jerkič, K., Babnik, K. & Karnjuš, I., 2014. Verbalno in posredno nasilje v urgentni dejavnosti. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(2), pp. 104–112.
- Klemenc, D. & Pahor, M., 2004. Zmanjševanje pojavov nasilja na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji. *Obzornik zdravstvene nege*, 38(1), pp. 43–52.
- Lindsey, P.L., 2009. Psychiatric nurses' decision to restrain. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 47(9), pp. 41–49.
- Lešnik Mugnaioni, D., 2012. Kako obravnavati medosebno nasilje v zdravstveni negi? *Obzornik zdravstvene nege*, 46(2), pp. 109–111.
- Planinšek, I. & Pahor, M., 2004. Spolno nasilje/nadlegovanje ter ukrepi za njegovo odpravljanje v slovenski zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 38(1), pp. 53–59.
- Resolucija o nacionalnem programu varnosti in zdravja pri delu*, n. d. Available at: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti_pdf/nac_program_v_zd.pdf [2.10.2017].
- Shafran-Tikva, S., Zelker, R., Stern, Z. & Chinitz, D., 2017. Workplace violence in a tertiary care Israeli hospital - a systematic analysis of the types of violence, the perpetrators and hospital departments. *Israel journal of health policy research*, 6(1), p. 43.
- Vovk, T., 2016. Bolnišnica v Izoli: Mi smo izgubili kolega, vsi pa odličnega urologa. *SiolNet*. Available at: <http://siol.net/novice/crna-kronika/policija-nadaljuje-preiskavo-strelskega-napada-v-izolski-bolnisnici-424461> [2.10.2017].
- Weber, L.S., Richradson, B. & Lambrick, F., 2014. Individual and organisational factors associated with the use of seclusion in disability services. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 39(4), pp. 315–322.
- Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1)*, 2011. Uradni list Republike Slovenije št. 43.
- Zhu, X., Li, W. & Wang, X., 2016. Characteristics of Aggressive Behavior among Male Inpatients with Schizophrenia. *Shanghai archives of psychiatry*, 28(5), pp. 280–288.

UVELJAVLJANJE NIČELNE TOLERANCE DO NASILJA V ZDRAVSTVENEM SISTEMU

Applying zero tolerance to violence in the health system

Urban Bole, dipl. zn.
Psihiatrične bolnišnica Begunje
urban.bole@gmail.com

Izvleček

Teoretična izhodišča Nasilje pacientov je ena od najbolj perečih težav, s katerimi se soočajo zaposleni v zdravstveni negi. Namen članka je raziskati odnos zdravstvenih in socialnih zavodov, predvsem vodstev zdravstvene nege, do ničelne tolerance do nasilja.

Metode: Za raziskavo je bil uporabljen vprašalnik, poslan vsem vodjem zdravstvene nege v zdravstvenih in socialnih zavodih v Sloveniji; realizacija vzorca je bila 17,5 % (n = 36). Za predstavitev rezultatov smo uporabili deskriptivno statistiko.

Rezultati: V raziskavi ugotavljamo, da ima 47,2 % zdravstvenih ustanov in socialnih zavodov sprejeto politiko, izjavo ali dokument o ničelni toleranci do nasilja, 41,6 % sodelujočih zavodov v raziskavi ima sprejete protokole, dokumente, ustanovljeno službo ali komisijo za obravnavo nasilja nad pacienti, 31,4 % zavodov ima sprejete protokole, dokumente ali ustanovljeno službo za obravnavo nasilja s strani pacientov ali uporabnikov nad zaposlenimi. Med orodji, katere bi vodstvo potrebovalo za lažje in učinkovitejše soočanje, so anketiranci največkrat (kar v 63,8 % primerov) izpostavili izobraževanja.

Razprava in zaključek: Za obvladovanje nasilja na delovnem mestu so potrebne strategije za preprečevanje nasilja in obvladovanje negativnih posledic, ki jih zdravstveni delavci doživijo zaradi nasilnih dogodkov. Ključne komponente programa vključujejo izobraževanje in usposabljanje osebja, oceno tveganja, prakse upravljanja in razvoj politik, ki bodo omogočile implementacijo ničelne tolerance do nasilja v vseh zdravstvenih in socialnih zavodih.

Ključne besede: pacient, nasilje, implementacija, ničelna toleranca, zdravstvena nega

Abstract

Introduction: Patient violence is one of the most pressing problems that nurses face. The purpose of this research is to investigate the relationship between health and social institutions, in particular health care, towards zero tolerance of violence.

Methods: In the research, we used questionnaire, which we developed ourselves for the needs of the research. The survey questionnaire was sent to all health care managers in health and social institutions in Slovenia; the sample in research was 17.5% (n=36). Descriptive statistics were used to present the results.

Results: In the research, 47.2% of health institutions and social institutions have adopted a policy, statement or document on zero tolerance for violence. 41.6% of the institutions in the survey have adopted protocols as well as documents, and established services or commissions to deal with violence towards the patients. 31.4% of the institutions have adopted protocols and documents, or established services for dealing with patient violence towards employees. Of the tools that the management is expected to provide to the latter in order to cope with patients' violence more effectively, 63.8% of respondents highlighted additional education.

Discussion and conclusion: In order to cope with violence at work, strategies are needed to prevent violence and to deal with the negative consequences that healthcare workers experience through violent events. The key components of the program include training and staff training, risk assessment, management practices and policy development that will enable the implementation of zero tolerance towards violence in all health and social institutions.

Keywords: patient, violence, implementation, zero tolerance, nursing

Teoretična izhodišča

Nasilje na delovnem mestu je resno globalno in organizacijsko vprašanje. Nasilje na delovnem mestu je opredeljeno kot katerokoli neprimerno vedenje, ki vključuje verbalno in fizično nasilje, usmerjeno v zaposlenega na delovnem mestu (Park, et al., 2015; Soheili, et al., 2016). Razširjenost in pogostost problema je neraziskana, sedanje raziskave odkrivajo le vrh ledene gore, kar postavlja pred izziv predvsem menedžerje in vodstvo zdravstvenih ustanov (Anderson, et al., 2010; Soheil, et al., 2014). Poklic medicinske sestre strokovnjaki uvrščajo v eno najbolj dovtetnih poklicnih skupin na pojavnost nasilja na delovnem mestu (Soheil, et al., 2016). Magnavita in Heponiemi (2012) ugotavljata, da se možnost nasilja poveča s količino časa, ki ga zdravstveni delavci preživijo ob pacientu. Tako so prav zaposleni v zdravstveni negi tudi do devetkrat bolj izpostavljeni nasilju kot ostali zdravstveni delavci. V kontekstu moderne obravnave je mogoče zdravstveno nego razumeti kot socialno interakcijo med medicinsko sestro in pacientom. V tem pogledu je nasilje na delovnem mestu mogoče obravnavati kot vedenjsko oviro, ki onemogoča kakovostno izvajanje zdravstvene nege. Poleg negativnega vpliva nasilja na delovnem mestu na medicinske sestre nasilje vodi v velike finančne izgube zdravstvenega sistema. Takšne posledice vplivajo na uspešnost organizacije, dobro počutje in produktivnost medicinskih sester in imajo negativne posledice na izid zdravljenja pacientov (Schablon, et al., 2012; Alameddine, et al., 2015; Soheili, et al., 2016).

Pri preprečevanju nasilja na delovnem mestu je potrebno v vsaki ustanovi proučiti nacionalni preventivni program, smernice in oblikovati specifične programe. Le-ti naj bi vsebovali: vzpostavitev politike ničelne tolerance do nasilja, ki jo je potrebno javno objaviti in z njo na vidnih mestih v ustanovi obveščati paciente, svojce, obiskovalce, spodbujati zdravstvene delavce, da prijavljajo nasilne dogodke, oblikovati protokole ukrepanja ob soočenju z nasiljem, omogočiti sodelovanje, koordinacijo s policijo in drugimi pristojnimi službami, distribuirati odgovornosti in naloge za izvajanje preventivnega programa, ustanoviti delovno skupino za izvedbo ter spremljanje problematike s predstavniki menedžmenta in zdravstvenih delavcev, ki se najbolj pogosto srečujejo z nasiljem (OSHA, 2015; Kvas & Seljak, 2015).

Namen in cilji

Na osnovi pregledane literature (Soheil, et al., 2014; Alameddine, et al., 2015; OSHA, 2015) je bil namen raziskave raziskati politike zdravstvenih in socialnih zavodov do ničelne tolerance do nasilja. Raziskovalni vprašanji sta bili:

- ali imajo zdravstveni in socialni zavodi sprejete ukrepe, ki preprečujejo pojavnost nasilja na delovnem mestu?;
- katere ukrepe bi anketiranci potrebovali za bolj učinkovito soočanje z nasiljem na delovnem mestu?

Metode

Uporabili smo opisno, neeksperimentalno kvantitativno raziskovalno metodo.

Opis instrumenta

Podatke za raziskovalni del prispevka smo pridobili s pomočjo vprašalnika, ki smo ga za potrebe raziskave razvili sami (OSHA, 2015; Alameddine, et al., 2015; Soheili, et al., 2016). Vprašalnik je sestavljen iz dveh delov: prvi del je zajemal vprašanja o sociodemografskih podatkih, drugi del vprašalnika pa je bil sestavljen iz vprašanj o dokumentih, protokolih in politiki ustanov do ničelne tolerance do nasilja in ukrepov, ki bi ustanovam pomagali pri učinkovitem soočenju z nasiljem na delovnem mestu. Na voljo sta bila ponujena odgovora da oz. ne.

Opis vzorca

V raziskavi smo za ciljno populacijo izbrali 205 vodstev zdravstvene nege v slovenskih zdravstvenih in socialnih zavodih. V raziskavi nam je bilo vrnjenih 36 (17,5 %) vprašalnikov iz 30 zdravstvenih ustanov in 6 socialnih zavodov.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Z dovoljenjem Zbornice zdravstvene in babiške nege – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije smo v okviru Delovne skupine za nenasilje v zdravstveni negi pridobili dovoljenje za uporabo elektronskih naslovov slovenskih zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodov. Anketirance smo predhodno seznanili z namenom raziskave ter jim zagotovili anonimnost. Anketiranje je bilo izvedeno v obdobju od marca do aprila 2017. Za analizo podatkov smo uporabili opisno statistiko, pri spremenljivkah smo uporabili frekvence in odstotke.

Rezultati

V raziskavi ugotavljamo, da ima 47,2 % (n = 36) zdravstvenih ustanov in socialnovarstvenih zavodov sprejeto politiko, izjavo ali dokument o ničelni toleranci do nasilja, 41,6 % sodelujočih zavodov v raziskavi ima sprejete protokole, dokumente in ustanovljeno službo ali komisijo za obravnavo nasilja nad pacienti, 31,4 % (n = 36) zavodov ima sprejete protokole, dokumente ali ustanovljeno službo za obravnavo nasilja s strani pacientov ali uporabnikov nad zaposlenimi. V raziskavi ima 57,1 % zavodov (n = 36) sprejete protokole dokumente ali komisijo oz. koordinatorje za obravnavo spolnega in drugega nadlegovanja ter trpinčenja med zaposlenimi in 17,1 % (n = 36) zavodov v raziskavi ima sprejete protokole dokumente ali komisijo oz. koordinatorje za obravnavo žrtev nasilja v partnerskih odnosih in v družini (tabela 1).

Tabela 1: Politike, izjave, dokumenti, koordinatorji in komisije za obravnavo nasilja na delovnem mestu v zdravstvenih in socialnih zavodih

n (36)	Ali imate v vašem zavodu sprejeto politiko/izjavo/dokument o ničelni toleranci do vseh vrst nasilja v medosebnih odnosih?		Imate v vaši organizaciji sprejete protokole/dokumente in/ali institut/sluzbo/komisijo/koordinato rje za obravnavo nasilja nad pacienti?		Imate v vaši organizaciji sprejete protokole/dokumente in/ali institut/sluzbo/komisijo/koordinato rje za obravnavo nasilja nad zaposlenimi s strani pacientov/uporabnikov?		Imate v vaši organizaciji sprejete protokole/dokumente in/ali institut/sluzbo/komisijo/koordinato rje za obravnavo spolnega in drugega nadlegovanja ter trpinčenja med zaposlenimi?		Imate v vaši organizaciji sprejete protokole/dokumente in/ali institut/sluzbo/komisijo/koordinato rje za obravnavo žrtev nasilja v partnerskih odnosih in v družini?	
	DA (n)	NE (n)	DA (n)	NE (n)	DA (n)	NE (n)	DA (n)	NE (n)	DA (n)	NE (n)
Zdravstveni zavodi	15	15	23	25	10	19	15	14	5	24
Socialni zavodi	2	4	2	4	1	5	5	1	1	5
Skupaj	17	19	15	21	11	24	20	15	6	29
Odstotek	47,2	52,8	41,60	58,40	31,40	68,60	57,10	42,90	17,10	82,90

Legenda: n = vzorec, % = odstotni delež

Tabela 2: Orodja za preprečevanje nasilja, ki bi jih potrebovala vodstva zavodov za učinkovitejše soočanje z nasiljem na delovnem mestu

	Gradiva	Protokoli	Supervizije	Strokovnjaki	Izobraževanja
Zdravstveni zavodi (n)	9	17	14	15	8
Socialni zavodi (n)	5	5	4	3	6
Skupaj (n)	14	22	18	18	23
Delež	38,8	61	50	50	63,8

Legenda: % = odstotni delež

Pri vprašanih, katera orodja bi vodstvo potrebovalo za lažje in učinkovitejše soočanje z nasiljem, so anketiranci največkrat izpostavili izobraževanja in to kar v 63,8 % primerov (n = 36). Protokole kot orodje bi potrebovalo 61 % (n= 36) anketirancev. Anketiranci bi za reševanje problematike nasilja potrebovali pomoč strokovnjakov s področja nasilja v 50 % in supervizije v 50 % (n = 36). Le 38,8 % (n = 36) anketirancev pa bi za spoprijemanje z nasiljem potrebovalo gradiva.

Razprava

Na podlagi raziskav dejavnikov tveganja na posameznih področjih zdravstva in v posameznih zdravstvenih in socialnih ustanovah je potrebno oblikovati konkretne ukrepe za preprečevanje nasilja. V raziskavi ugotavljamo, da ima manj kot polovica anketiranih zdravstvenih ustanov in socialnih zavodov sprejeto politiko, izjavo ali dokument o ničelni toleranci do nasilja, polovica sodelujočih zavodov v raziskavi ima sprejete protokole, dokumente in ustanovljeno službo ali komisijo za obravnavo nasilja nad pacienti, še manjši delež zavodov pa ima sprejete protokole, dokumente ali ustanovljeno službo za obravnavo nasilja s strani pacientov ali uporabnikov nad zaposlenimi. Več kot polovica zavodov v raziskavi ima sprejete protokole dokumente ali komisijo oz. koordinatorje za obravnavo spolnega in drugega nadlegovanja ter trpinčenja med zaposlenimi in manj kot petina zdravstvenih ustanov v raziskavi ima sprejete protokole, dokumente ali komisijo oz. koordinatorje za obravnavo žrtev nasilja v partnerskih odnosih in v družini. Te ugotovitve se skladajo z ugotovitvami OSHA (2015), ki v svojem protokolu za zagotavljanje varnosti na delovnem mestu predlagajo naslednje ukrepe: oblikovanje protokola ukrepanja ob soočenju z nasiljem; deligirati odgovornosti in naloge za izvajanje preventivnega programa; ustanovitev delovne skupine za izvedbo ter spremljanje problematike nasilja, v kateri morajo biti udeleženi tako menedžerji kot zaposleni, ki so najbolj izpostavljeni nasilju.

Pri vprašanju o orodjih, ki bi jih potrebovala vodstva zavodov za učinkovitejše soočanje z nasiljem na delovnem mestu, sta dve tretjini anketirancev izpostavili izobraževanje. V svetu obstajajo redki programi, s katerimi se usposablja osebje, da prepoznavajo nevarne situacije in razvijajo učinkovite mehanizme za obvladovanje nasilja (Vatovec-Progar, 2009). Strokovnjaki na področju nasilja tako predlagajo izobraževanje zaposlenih v treh različnih skupinah (Soheil, et al., 2014; OSHA, 2015; Bojić, et al., 2016). Usposabljanje za zdravstvene delavce naj bi vključevalo, da morajo vsi zdravstveni delavci poznati ukrepe za preprečevanje nasilja na delovnem mestu, predvsem, ko gre za preprečevanje nasilnih dejanj, ki se jim je mogoče izogniti oz. jih preprečiti z ustreznim ravnanjem. Za zaposlene na rizičnih delovnih mestih so potrebna dodatna specifična usposabljanja, ki vključujejo prepoznavanje znakov agresivnosti in agitiranosti pri pacientih, ukrepanje za obvladovanje teh znakov in protokol ukrepanja ter zaščite ob nasilnih dejanjih. Usposabljanje menedžmenta: vodje morajo biti usposobljeni za prepoznavanje situacij in delovnih mest s povečanim tveganjem za nasilje. S tem bodo omogočali konkretno podporo zaposlenim pri prijavljanju primerov nasilja. Prav tako morajo zagotoviti ustrezno strokovno pomoč zaposlenim, ki imajo izkušnje z nasiljem. Usposabljanje varnostnega osebja: pri usposabljanju varnostnega osebja je treba usmeriti pozornost v poznavanje psiholoških pristopov pri nadzoru agresivnih pacientov in poznavanje systemskega pristopa v ustanovi pri ukrepanju v primerih nasilja (Heckemann, et al., 2015; OSHA, 2015).

Zaključek

Nasilje na delovnem mestu je resen in vedno večji problem, ki vpliva na vse zdravstvene delavce. Potrebne so strategije za preprečevanje nasilja na delovnem mestu in obvladovanje negativnih posledic, ki jih zdravstveni delavci doživijo zaradi nasilnih dogodkov. Ključne komponente programa vključujejo izobraževanje in usposabljanje osebja, oceno tveganja, prakse upravljanja in razvoj politik, ki bodo omogočile implementacijo ničelne tolerance do nasilja v vseh zdravstvenih in socialnih zavodih.

Literatura

- Anderson, L., FitzGerald, M. & Luck, L., 2010. An integrative literature review of interventions to reduce violence against emergency department nurses. *Journal of clinical nursing*, 19(17-18), pp. 2520–2530.
- Alameddine, M., Mourad, Y. & Dimassi, H., 2015. A National Study on Nurses' Exposure to Occupational Violence in Lebanon: Prevalence, Consequences and Associated Factors. *PLoS one*, 10(9), e0137105.
- Bojić, M., Bole, U. & Bregar, B., 2016. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(4), pp. 308–315.
- Bigham, B.L., Jensen, J.L., Tavares, W., Drennan, I.R., Saleem, H. & Dainty, K.N., 2014. Paramedic self-reported exposure to violence in the emergency medical services (EMS) workplace: a mixed-methods cross-sectional survey. *Prehospital emergency care*, 18(4), pp. 489–494.
- Heckemann, B., Zeller, A., Hahn, S., Dassen, T., Schols, J.M. & Halfens, R.J., 2015. The effect of aggression management training programmes for nursing staff and students working in an acute hospital setting. A narrative review of current literature. *Nurse education today*, 35(1), pp. 212–219.
- Magnavita, N. & Heponiemi, T., 2012. Violence towards health workers in a public health care facility in Italy: a repeated cross-sectional study. *BioMed Central health services research*, (12), p. 108.
- Occupational Safety and Health Act, 2015. Guidelines for zero tolerance. *Environment of care news*, 18(8), pp. 8–11.
- Kvas A. & Seljak, J., 2014. Unreported workplace violence in nursing. *International nursing review*, 61(3), pp. 344–351.
- Pompeii, L.A., Schoenfisch A.L. & Lipscomb, H.J., 2015. Physical assault, physical threat, and verbal abuse perpetrated against hospital workers by patients or visitors in six U.S. hospitals. *American journal of industrial medicine*, 58(11), pp. 1194–1204.
- Pinar, T., Acikel, C., Pinar, G., Karabulut, E., Saygun, M., Bariskin, E., et al., 2015. Workplace Violence in the Health Sector in Turkey: A National Study. *Journal of interpersonal violence*, 32(15), pp. 2345–2365.
- Park, M., Cho, S.H. & Hong, H.J., 2015. Prevalence and perpetrators of workplace violence by nursing unit and the relationship between violence and the perceived work environment. *Journal of nursing doctoral students scholarship*, 47(1), pp. 87–95.
- Soheili, A., Feizi, A., Rahmani, A., Parizad, N. & Sheykh-Kanlou, J., 2016. The extent, nature and contributing factors of violence against Iranian Emergency Medical Technicians. *Nurs Midwifery Stud*, 5(3): e29619.
- Soheili, A., Mohamadpour, Y., Jafarizadeh, H., Habibzadeh, H., Mehryar, H. & Rahmani, A., 2013. Violence against nurses in emergency departments of Urmia university hospitals in 2013. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*, (9), pp. 874–882.
- Schablon, A., Zeh, A., Wendeler, D., Peters, C., Wohlert, C., Harling, M., & Nienhaus, A. 2012. Frequency and consequences of violence and aggression towards employees in the German healthcare and welfare system: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 2(5), e001420.
- Spector, P.E., Zhou, Z.E. & Che X.X., 2014. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: a quantitative review. *International journal of advanced nursing studies*, 51(1), pp. 72–84.
- Vatovec Progar, I., 2009. Nasilje v zdravstvu – Kako nam je v pomoč Zdravniška zbornica Slovenije. In: Z. Klemenc-Ketiš & E. Zelko, eds. *II. Zdravčevi dnevi. Nasilje v zdravstvu in novosti v preventivi. Grad Beltinci, 11. in 12. 9. 2009, Zavod za razvoj družinske medicine*, pp.17–22.

**SODELOVANJE ZDRAVNIKOV IN MEDICINSKIH SESTER PRI OBRAVNAVI
PACIENTA Z NASILNIM VEDENJEM**
Cooperation of Medical Doctors and Nurses in Treatment of Patients with Violent Behaviour

doc. dr. Zdenka Čebašek-Travnik, dr. med., spec. psihiatrije
Zdravniška zbornica Slovenije
zdenka.cebbasek@zdravniskazbornica.si

Izvleček

Nasilje je postalo vsakdanja tema tudi v zdravstveni dejavnosti. Nasilno vedenje ni več omejeno le na agitirane paciente z duševno motnjo ali tiste pod vplivom psihoaktivnih substanc, temveč ga zaznavamo v vseh vejah medicine in je lahko usmerjeno proti vsem zdravstvenim delavcem. V Sloveniji zdravstveni delavci nismo deležni zakonodaje, ki bi celovito urejala našo varnost na delovnem mestu, kot je to urejeno npr. za zaposlene v pravosodju, zato je naša varnost odvisna od dejanskih razmer na delovišču. V prispevku bodo predstavljeni dejavniki tveganja za razvoj nasilnega vedenja pri pacientih in njihovih bližnjih. Pojasnjeni bodo osnovni izrazi, ki naj bi jih zdravstveno osebje uporabljalo v kritičnih situacijah, in predstavljeni predlogi za sodelovanje med zdravniki in medicinskimi sestrami, ki se znajdejo v situaciji z nasilnim pacientom. Da bi poenotili svoje ukrepe in zmanjšali škodo, ki jo lahko povzroči nasilno vedenje v zdravstvu, je nujno, da se različne poklicne skupine v zdravstvu povežejo, ugotovljajo dejavnike tveganja, jih zmanjšujejo in izvajajo skupna izobraževanja. S tem namenom deluje projekt Ne dopuščajmo nasilja, ki ga koordinira Zdravniška zbornica Slovenije.

Ključne besede: zdravstveni tim, nasilje, dejavniki tveganja

Abstract

Violence has become an everyday topic also in healthcare. Violent behaviour is not limited only to agitated patients with mental problems or those under influence of psychoactive substances, but is detected in all branches of medicine in can be directed towards all healthcare workers. In Slovenia, healthcare workers do not enjoy legislation, that would comprehensively regulate our workplace safety as, for example, workers in the judicial system, so our safety is dependent on actual conditions in workplaces. The article will present risk factors for development of violent behaviour by patients and their relatives. Presented will be basic terminology for use in critical situations and proposals for cooperation between medical doctors and nurses, involved in situations with violent patients. To be able to unify measures and to reduce risk, that can be caused by violent behaviour in health care, it is essential for different occupational groups to connect, to determine risk factors, to lower them and to execute common education. Project Ne dopuščajmo nasilja, coordinated by the Medical Association of Slovenia, is working towards this aim.

Teoretična izhodišča

Zdravstvo je kompleksen sistem, v katerem se prepletajo zelo različni odnosi, v katerih lahko pride do ogrožanja varnosti zaradi nasilnega vedenja udeležencev. Za prepoznavanje nasilja v različnih odnosih in situacijah potrebujemo dodatno znanje, predvsem pa osebno prepričanje, da nihče od udeležencev ni absolutno izvzet iz vloge storilca ali žrtve nasilja. Nasilni so lahko pacienti, njihovi bližnji oz. spremljevalci, obiskovalci ali zaposleni v zdravstvu. Nasilje se lahko pojavi tudi med zaposlenimi ne glede na hierarhijo odnosov ali poklicno skupino. Zato moramo v dejavnosti za preprečevanje nasilnega vedenja na delovnem mestu vključiti vse zaposlene.

Vsako nasilje prizadene človekovo dostojanstvo. To je tudi eden od namenov storilca: prizadeti osebno dostojanstvo žrtve in ji povzročiti bolečino ter ogroziti njeno varnost ali celo življenje. V zadnjem desetletju se tudi poklici v zdravstvu uvrščajo med tiste, pri katerih je tveganje za nasilne dogodke na delovnem mestu povečano. O tem pričajo tako medijska poročila kot objavljene ankete znotraj posameznih poklicnih skupin. Delež tistih zaposlenih, ki so bili sami žrtve ali priče nasilju, se

stalno večja in po nekaterih rezultatih raziskav lahko v psihiatriji seže tudi prek 80 % anketiranih (Dvir, et al., 2012). V raziskavi Zdravniške zbornice Slovenije leta 2008 (Dobnikar, 2008), ki je dostopna le na intranetni strani, je bilo prikazano, da telesnega nasilja nikoli ni bilo deležnih 86 % anketiranih. To hkrati pomeni, da je 14 % odgovorilo, da so takšno nasilje doživeli. Tudi drugi avtorji, ki so raziskovali nasilje nad zdravniki v Sloveniji, so prišli do podobnih ugotovitev, vendar kljub temu ni bilo uvedenih nobenih sistemskih ukrepov, ki bi zmanjšali tveganje oz. izpostavljenost zdravnikov nasilnim pacientom. Raziskave kažejo, da je nasilje še vedno slabo prepoznano, storilci ostajajo nerazkriti, žrtve pa ostajajo brez učinkovite psihosocialne pomoči. Žal moramo dodati, da sta bila s strani pacientov umorjena mlada zobozdravnica in urolog.

V letu 2016 je v Sloveniji potekala izobraževalna kampanja *Prepoznavna in obravnavna žrtev nasilja v družini* (POND, n. d.), ki je vključila več tisoč zaposlenih v zdravstvu. Na spletni strani <http://www.prepoznajnasilje.si> so še vedno na voljo različne uporabne informacije. Vendar je POND usmerjen v prepoznavanje posledic pri pacientih, ki so bili žrtve nasilja v družini in ne v preprečevanje nasilja na delovnem mestu v zdravstvenem sistemu – kar pa zahteva povsem drugačen pristop k večanju varnosti.

Varnost na delovnem mestu

Trenutno noben pravni predpis s področja zdravstva izrecno ne ureja problematike nasilja nad zdravniki in/ali zdravstvenimi delavci oz. ne določa pravil v zvezi s preprečevanjem in odzivanjem na nasilje.

Le (splošno veljavni) Zakon o varnosti in zdravju pri delu (2011) v 23. in 24. členu omenja nevarnost za nasilje tretjih oseb ter nasilje, trpinčenje in nadlegovanje, pri čemer delodajalcu nalaga dolžnost, da poskrbi za ustrezno ureditev delovnega mesta in opreme ter za načrtovanje ustreznih postopkov in ukrepov za odpravljanje teh pojavov:

23. člen

(nevarnost za nasilje tretjih oseb)

(1) Delodajalec mora na delovnih mestih, kjer obstaja večja nevarnost za nasilje tretjih oseb, poskrbeti za tako ureditev delovnega mesta in opremo, ki tveganje za nasilje zmanjšata in ki omogočata dostop pomoči na ogroženo delovno mesto.

(2) Delodajalec mora načrtovati postopke za primere nasilja iz prejšnjega odstavka tega člena in seznaniti z njimi delavce, ki na takih delovnih mestih delajo.

24. člen

(nasilje, trpinčenje, nadlegovanje, psihosocialno tveganje)

Delodajalec mora sprejeti ukrepe za preprečevanje, odpravljanje in obvladovanje primerov nasilja, trpinčenja, nadlegovanja in drugih oblik psihosocialnega tveganja na delovnih mestih, ki lahko ogrozijo zdravje delavcev.

Določila Zakona o varnosti in zdravju pri delu (2011) niso formulirano tako, da bi napotovala na sprejeme resornih pravilnikov s splošno veljavnostjo za posamezne poklicne skupine, temveč le vsakega posameznega delodajalca zavezujejo k sprejemu internih pravnih aktov glede na njegove konkretne razmere. Čeprav člena izrecno ne omenjata nasilja, se predmetne vsebine posredno v smislu dolžnosti pacientov, da so obzirni in spoštljivi do zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev ter da spoštujejo hišni red, dotikata Zakon o pacientovih pravicah (2008) ter Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (1994).

Nasilje na delovnem mestu je realnost, ki zmanjšuje varnost, o kateri govori Zakon o varnosti in zdravju. Zakon se zdi jasen, obveznosti delodajalca so natančno opredeljene, zakaj torej stvari ne delujejo v praksi? Kako to, da kljub temu prihaja do nasilja na delovnem mestu in da se žrtve ne počutijo dovolj varne, da bi to nasilje prijavljale?

Čeprav vsi stremimo k preprečevanju nasilja na delovnem mestu, je do tja še dolga pot. Zato smo glede nasilja v zdravstvu prisiljeni iskati predvsem rešitve, ki so prvenstveno usmerjene v zagotavljanje varnosti zaposlenih in pomoč žrtvam nasilja.

Dejavniki tveganja za nasilno vedenje pacientov

Poznavanje in prepoznavanje dejavnikov tveganja je ključ do razumevanja in predvidevanja nasilnega vedenja pacientov. To je še posebej pomembno na področju psihiatrije, vendar je poznavanje dejavnikov tveganja nujno za vsa delovna mesta v zdravstvu. Ti dejavniki so (Lofchy & Fage, 2017):

- nasilno vedenje v preteklosti,
- zloraba psihoaktivnih snovi,
- mlajše osebe, moški spol,
- nezaposlenost,
- izgube v medosebnih odnosih.

Gre za skupek podatkov, ki jih je treba imeti oz. pridobiti. Zato je pomembno, da zdravstveno osebje razpolaga s takšnimi informacijami iz življenjskega okolja pacienta, ne le s tistimi, ki so zapisane v zdravstveni dokumentaciji. Običajno se tovrstne informacije izmenjuje neformalno, tudi v pogovorih, ki lahko mejijo na govorice. Vendar je njihovo ignoriranje lahko usodno. Nekateri avtorji pripisujejo pomen tudi intuitivnemu zaznavanju nevarnosti, čeprav se tega ne da točno opredeliti, še manj naučiti. Zato drugi predlagajo uporabo ocenjevalnih lestvic in algoritmov, ki pa v resničnih situacijah niso tako učinkoviti, kot bi si predlagatelji želeli. Kadar zdravstveni delavci nimajo dostopa do neposrednega varovanja ali celo delajo sami (npr. patronažna služba na terenu), so še posebej izpostavljeni nevarnosti nasilja s strani pacientov ali njihovih bližnjih.

Varnostni in preventivni ukrepi

Tako ostaja osrednje priporočilo uporaba splošnih varnostnih in preventivnih ukrepov, ki bodo povzeti nasveti iz članka *Praktični nasveti za obravnavo agitiranega pacienta* (Lofchy & Fage, 2017). Čeprav so bili sestavljeni za situacije v psihiatriji, so prikladni tudi za večino drugih delovišč v zdravstvenem sistemu:

- če gre za pacienta z znanimi dejavniki tveganja, ga ne sprejmite, kadar ste sami, zagotovite prisotnost drugega osebja, po potrebi tudi varnostnika;
- razvijte način za beleženje in označevanje nasilnega vedenja tudi v medicinski dokumentaciji;
- skrbno preverite podatke na napotnici;
- opazujte pacienta, dokler je v čakalnici;
- bodite dobro seznanjeni s prostori, v katerih delate, da se boste lahko varno umaknili (ne mimo nasilne osebe), vrata pustite priprta;
- imejte gumb za alarm pri roki;
- pripravite poročilo o incidentu, iz katerega se bo dalo načrtovati ukrepe za večjo varnost v prihodnosti.

Sodelovanje zdravnikov in medicinskih sester

Člani zdravstvenih timov si za skupno delo morajo izmenjevati potrebne medicinske informacije o pacientih. Tem informacijam je treba dodati tudi morebitne dejavnike tveganja, ki so bili pri določenem pacientu zaznani v preteklosti. Če npr. medicinska sestra ve, da je pacient nevaren, je to dolžna povedati oz. sporočiti zdravniku. Velja tudi obratno. Sledi postopek, ki ga morata poznati in obvladati oba:

- kako priklicati pomoč,
- kako se umakniti na varno,
- kako zavarovati drugo osebje in paciente, ki se nahajajo v bližini.

Za delo na deloviščih s stalnim ali povečanim tveganjem je treba zdravstvene delavce dodatno zavarovati in usposobiti za delo z agitiranimi pacienti ali drugimi osebami, ki bi kazale nasilno

vedenje v zdravstveni ustanovi. Narediti je treba oceno tveganja in določiti oblike osebnega varovanja, ustrezno opremljenost prostorov in vozil ter hitro dosegljivost varnostnikov ali policistov.

Znanja, ki jih zaposleni dodatno potrebujejo, niso toliko povezana s samo stroko oz. specialnostjo, temveč gre predvsem za komunikacijske veščine, pa tudi postopke telesne samoobrambe. V prej omenjenem članku (Lofchy & Fage, 2017) navajajo koristne stavke, ki jih lahko tako zdravniki kot medicinske sestre uporabijo v procesu *besedne deeskalacije*. Ta izraz je težko neposredno prevesti v slovenščino, lahko govorimo o pomirjanju razburjenega pacienta, poskusimo lahko z naslednjimi stavki:

- Bi se raje pogovorili v čakalnici, kjer je več prostora?;
- Če vpijete, vas težje razumem, bi se lahko pogovorila v miru?;
- A lahko počakate nekaj minut, pa začneva s pogovorom takrat, ko boste bolj mirni?;
- Vidim, da ste precej jezni, saj ste dolgo čakali; mi lahko poveste, kako se počutite?

Vendar pozor. Ko se en član tima pogovarja z razburjenim pacientom, mora drugi poskrbeti, da se pokliče dodatno pomoč osebja oz. policijo, ob tem pa tega, ki se pogovarja, ne sme pustiti samega z razburjenim pacientom. Gre za zahtevno situacijo, ki jo je treba predvideti in vaditi v obeh vlogah.

Zaključek: Ne dopuščajmo nasilja v zdravstvu

V letu 2017 je začela delovati delovna skupina pod imenom Ne dopuščajmo nasilja, v kateri smo združili prizadevanja Zdravniške zbornice Slovenije, Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornice Zveze), Medicinske fakultete v Ljubljani in Visoke zdravstvene šole v Celju. K sodelovanju smo povabili tudi strokovnjake iz policije in od drugod. Namen delovne skupine Ne dopuščajmo nasilja je, da bi v prihodnje ustvarili učinkovite oblike pomoči za vse, ki so bili udeleženi v nasilju znotraj zdravstvenega sistema. Pripravljamo smernice, načrtujemo izobraževanja, predvsem pa oblike psihosocialne pomoči za zaposlene, ki bi bili žrtve nasilja na delovnem mestu.

Literatura

- Dvir, Y., Moniwa, E., Crisp-Han, H., Levy, D. & Coverdale, J.H., 2012. Survey of threats and assaults by patients on psychiatry residents. *Academic psychiatry*, 36(1), pp. 39–42.
- Lofchy, J. & Fage, B., 2017. Practical Tips for Managing the Agitated Patient: Avoiding Violence in the Clinical Setting. *Psychiatric times*. Available at: <http://www.psychiatrictimes.com/special-reports/practical-tips-managing-agitated-patient-avoiding-violence-clinical-setting> [5.9.2017].
- Pond, n. d. *Prepoznava in obravnava žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti*. Available at: <http://www.prepoznajnasilje.si/> [5.9.2017].
- Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP)*, 2008. *Uradni list Republike Slovenije*, št. 15.
- Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1)*, 2011. *Uradni list Republike Slovenije*, št. 43.
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja*, 1994. *Uradni list Republike Slovenije*, št. 79.

**TRPINČENJE NA DELOVNEM MESTU –
IZKUŠNJE DELOVNE SKUPINE ZA NENASILJE V ZDRAVSTVENI NEGI**
Workplace mobbing –
the experiences of the working group for nonviolence in nursing

Doroteja Lešnik Mugnaioni, univ. dipl. pol.
Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi
mugnaioni.lesnik@siol.net

Izvleček

Značilnosti trpinčenja na delovnem mestu so: sovražnost in nasilna komunikacija do sodelavca in dolgotrajnost ter stopnjevanje nasilja, ki vodi v vse večjo nemoč, stisko in poslabšanje zdravja žrtve. Če trpinčenja vodstvo ne ustavi in ne zaščiti žrtve, ta postane vse bolj ogrožena in socialno izolirana v kolektivu, ki podpre storilca. Trpinčenje tako v delovnem okolju postane sprejemljivo – pride do normalizacije nasilja. V takšni klimi žrtev nima več možnosti, da bi dobila podporo ter zaščito znotraj delovnega okolja, zato išče pomoč zunaj organizacije. Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi je obravnavala 42 primerov trpinčenja nad članicami in člani Zbornice – Zveze v obdobju 2009–2015. Vzpostavljen multidisciplinarni tim je poskušal z različnimi oblikami pomoči in intervencijami žrtve zaščititi. Kljub vsemu je pri večini obravnavanih primerov prišlo do izгона žrtve z delovnega mesta.

Ključne besede: psihično nasilje, viktimizacija, dinamika nasilja, intervencije

Abstract

The main characteristics of workplace mobbing are hostile and violent communication against co-worker, continuity and acceleration of violence, victim's growing helplessness and health problems. If management does not stop the process of mobbing and does not protect the victim, his/her social isolation within the working environment will increase, while the majority of colleagues will support the perpetrator. In such cases, the violence at workplace becomes acceptable and leads to the normalisation of violence. In such environment, the victim cannot get any effective support and protection within the organization and therefore seeks help from other institutions. The working group for nonviolence in nursing dealt with 42 cases of mobbing against employees in health care in the period 2009–2015. The established multidisciplinary team tried to support victims with various means of help and interventions. In spite of these activities and efforts, most of the victims lost their positions and employment.

Keywords: psychological violence, victimization, dynamics of violence, interventions

Teoretična izhodišča

Prva sistematična raziskovanja psihološkega nasilja med zaposlenimi na delovnem mestu je na Švedskem opravil Heinz Leymann, ki je »sovražno in neetično komunikacijo, ki je sistematično usmerjena zoper posameznega zaposlenega s strani enega ali več sodelavcev«, definiral kot *mobbing* (Leymann, 1990 cited in Davenport, et al., 2002, p. 23). Ugotovil je, da se nasilni komunikaciji storilca pogosto postopoma pridruži večina zaposlenih v kolektivu in s tem ustvari t. i. *mob*, tj. slov. 'drhal, sodrga', ki vse bolj agresivno in sovražno napada sodelavca ter ga poskuša onemogočiti pri delu in ga izgnati z delovnega mesta. Leymann (1990 cited in Davenport, et al., 2002) je s svojimi ugotovitvami odprl vrata raziskovanju (psihološkega) nasilja med zaposlenimi v številnih državah, tudi Sloveniji, kjer se je ob angl. *mobbing* uveljavil termin *trpinčenje na delovnem mestu*. V letu 2007 je izraz *trpinčenje* postal tudi pravni termin, saj tako Zakon o delovnih razmerjih kot tudi Kazenski zakonik prepovedujeta trpinčenje na delovnem mestu (ZDR, 2013; KZ-1, 2008).

Pri proučevanju trpinčenja se ukvarjamo s procesom *psihološke zlorabe sodelavca*, kar to vrsto nasilja ločuje od drugih pojavnih oblik nasilja na delovnem mestu (s strani pacientov, učencev, svojcev, uporabnikov, klientov itd.). »Konstitutivni« elementi trpinčenja na delovnem mestu, ki jih navajajo avtorji (Robnik, 2013; Lešnik Mugnaioni & Klemenc, 2011; Einarsen, et al., 2003; Keashly & Jagatic, 2003; Zapf, et al., 2003; Davenport, et al., 2002), so:

- neželenost dejanj, ki jih kot taka doživi, občuti oz. definira žrtev;
- v procesu trpinčenja prevladuje psihološko (čustveno, socialno, manipulativno, verbalno) nasilno vedenje;
- gre za zlorabo moči;
- zloraba je ponavljajoča in traja dlje časa (ne gre za enkratna nasilna dejanja);
- komunikacija je vse bolj sovražna in očitno škodljiva;
- nasilje je sistematično in usmerjeno zoper določenega zaposlenega ali izbrano skupino zaposlenih;
- očitne so poškodbe, posledice in škoda zaradi povzročene nasilja;
- izgon žrtve z delovnega mesta.

Raziskovalci so se v različnih državah najprej usmerili v proučevanje pojavnosti mobinga na delovnem mestu. Tudi v Sloveniji je bilo izvedenih nekaj raziskav na to temo. Tako je npr. v študiji primera v eni od slovenskih splošnih bolnišnic imelo izkušnjo s trpinčenjem 51,2 % zdravnikov ter 71,4 % medicinskih sester (Selič, et al., 2012). Na področju vzgoje in izobraževanja je bilo zaposlenih, ki so takrat doživljali trpinčenje 9,6 %, v preteklosti pa 28,9 % (Robnik, 2013). Dosedanja edina nacionalna raziskava, ki jo je leta 2008 izvedel Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, je pokazala, da je v zadnjih šestih mesecih trpinčenje doživljalo 10,4 %, v zadnjih petih letih pa 19,4 % zaposlenih v Sloveniji (Urdih Lazar & Stergar, 2010). V raziskavi Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornice – Zveze) z naslovom Nasilje nad medicinskimi sestrami na delovnem mestu (2011) se je pokazalo, da je imelo izkušnjo s trpinčenjem 30,9 % zaposlenih v zdravstveni negi (Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi, 2011; Babnik, et al., 2012), Ti rezultati kažejo, da je zaznava zaposlenih (po metodi samoopredelitve) o doživljanju trpinčenja zelo raznolika, kajti vpliv osebnostnih in kulturnih dejavnikov na samoopredelitev glede izkušenj z nasiljem je namreč zelo velik (Robnik, 2013).

Zelo pomemben vsebinski preskok pri raziskovanju trpinčenja (mobinga) je bila usmeritev v proučevanje njegove dinamike oz. procesa trpinčenja. Dinamiko trpinčenja Davenport in sod. (2002, p. 33) opredelijo kot »čustveno zlorabo, napad. Prične se tako, da posameznik postane tarča nespoštljivega in škodljivega vedenja. Z namigovanji, govoricami in javnim diskreditiranjem se ustvari na delovnem mestu sovražno okolje, v katerem ena oseba združi ostale sodelavce, ki prostovoljno ali neprostovoljno sodelujejo v kontinuiranih sovražnih dejanjih, katerih cilj je odstraniti žrtev z njenega delovnega mesta«. Če vodstvo nasilja ne ustavi, proces trpinčenja vodi v splošno viktimizacijo žrtve ter v normalizacijo (sprejemljivost) nasilja v njenem delovnem okolju. S tem pa se zelo omeji možnosti, da bi prišlo do ustavitve nasilja znotraj organizacije. Destruktivne posledice dolgotrajne viktimizacije pa praviloma onemogočijo tudi zunanjim subjektom, da bi uspešno intervenirali v proces nasilja in ga prekinili. Odhod (izgon) z delovnega mesta tako ob koncu procesa trpinčenja ostane edina možnost (Keashly & Nowell, 2003).

Namen prispevka je predstaviti obravnavo primerov trpinčenja v Delovni skupini za nenasilje v zdravstveni negi, hkrati pa prikazati, kako je dinamika nasilja vplivala na možnosti ukrepanja in intervencij v smeri pomoči žrtvam ter ustavitve nasilja.

Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi

V Delovni skupini za nenasilje v zdravstveni negi (DS), ki jo je v letu 2000 ustanovila Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, smo v letu 2009 vzpostavili multidisciplinarni tim za pomoč zaposlenim v zdravstveni negi, ki so imeli izkušnjo nasilja na delovnem mestu. Od januarja 2009 do decembra 2015 je multidisciplinarni tim obravnaval 59 primerov nasilja. Šlo je za nasilno komunikacijo v medosebnih in medpoklicnih odnosih med zaposlenimi in za primere nasilja s strani pacientov. Primeri, ki jih je tim obravnaval, so bili tako individualni kot tudi skupinski. Zgodili so se v 42 zavodih, od tega 22 v zdravstvenih zavodih, 15 v socialnih zavodih, 4 v vzgojno-izobraževalnih zavodih ter 1 na fakulteti. Skupaj je bilo po oceni DS v obravnavanih primerih približno 150 članic in

članov Zbornice – Zveze žrtev enkratne ali dolgotrajne nasilne komunikacije. V 12 % je šlo za primere občasne agresivne in žaljive komunikacije, v 71 % je šlo za primere trpinčenja med zaposlenimi, v 8,5 % smo zaznali nasilna dejanja s strani pacientov, v 3,5 % je šlo za spolno nadlegovanje s strani sodelavcev, v 5 % pa za druge primere (na primer spletno nadlegovanje s strani sodelavcev ali svetovanje pooblaščenecem za preprečevanje trpinčenja v zavodih). Multidisciplinarni tim je v času svojega delovanja zagotavljal prvo psihološko pomoč, osebno, telefonsko in e-svetovanje, pravno svetovanje, strokovno svetovanje sekcij Zbornice – Zveze, sodelovanje s sindikati in nevladnimi organizacijami ter posredovanje pri vodstvih zavodov (Lešnik Mugnaioni, et al., 2017). V nadaljevanju bomo poskušali podrobneje predstaviti značilnosti dinamike trpinčenja skozi predstavitev izkušenj multidisciplinarnega tima DS pri obravnavi 42 primerov trpinčenja nad zaposlenimi v zdravstveni negi.

Dinamika trpinčenja na delovnem mestu

Med procesom trpinčenja in razvijajoče se dinamike viktimizacije žrtve je mogoče identificirati različne faze dogajanja. V teh fazah se položaj žrtve spreminja, prav tako vloga storilca in vodstva organizacije. Posledično se spreminjajo tudi pristopi k ustavitvi nasilja in zaščiti žrtve. V multidisciplinarnem timu smo pri obravnavi primerov trpinčenja nedvoumno zaznali to dinamiko, kajti možnosti za učinkovito pomoč žrtvam so se med stopnjevanjem nasilja in procesom viktimizacije zmanjševale. Pri delovanju smo izhajali iz strokovnega načela, da je pri svetovalnem delu z žrtvami nasilja nujno prepoznati stopnjo nasilja ter položaj žrtve, da bi lahko določili ustrezno intervencijo oz. obliko pomoči (Lešnik Mugnaioni & Klemenčič, 2014). Ukrepi, ki jih je treba ob zaznavi nasilja izvesti takoj (npr. ustavitev nasilja, prva psihološka pomoč žrtvi (Štirn, 2017), zdravstvena oskrba žrtve, ukrepi, da se nasilje ne bi ponovilo, zaščita delovnopravnega položaja žrtve), so takojšnje intervencije. Ukrepi, ki sledijo kasneje in postopoma (npr. sankcioniranje storilca, aktiviranje žrtvine socialne mreže, usmerjanje žrtve v specializirane oblike pomoči, delo z opazovalci, sistemski ukrepi), pa so procesne intervencije (Štirn, 2017). Pri obravnavi nasilja je treba zelo paziti, da z neustreznimi metodami, ki bi izenačevale odgovornost za nasilno vedenje, minimalizirale nasilje in storjeno škodo ter namesto sankcij za storilca uveljavljale kompromisno rešitev itd., ne povzročimo sekundarne viktimizacije žrtve. Npr. mediacija je lahko zelo dobra metoda za reševanje konfliktov, kot intervencija v (dolgotrajno) nasilje pa je za žrtev škodljiva in zato sporna (Lešnik Mugnaioni & Klemenčič, 2014). Leymann (1990 cited in Davenport, et al., 2002) je v procesu trpinčenja (mobinga) identificiral pet faz:

1. Najprej se zgodi neki kritični dogodek, pogosto konflikt v medosebnem odnosu, ki sam po sebi še ni zloraba moči oz. nasilje. Od načina reševanja tega konflikta je odvisno, ali se bo proces trpinčenja sploh pričel ali ne. Če zaposleni konflikte v delovnem okolju rešujejo konstruktivno, potem praviloma ne pride do nasilne komunikacije. Če pa gre za afektivno-emocionalne konflikte, ki ogrožajo vrednote in identiteto vpletenih, lahko pride do eskalacije konflikta, kjer rešitev, ki bi bila sprejemljiva za obe strani, pogosto ni več mogoča. Konflikt lahko preide v nasilje (Keashly & Nowell, 2003). V tej prvi fazi je najlažje intervenirati in preprečiti nasilno komunikacijo. Metode, ki so lahko uspešne, so: neformalno posredovanje sodelavcev ali vodstva, timsko reševanje problema, *problem solving* pristop, mediacija in formalna (arbitražna) odločitev vodstva o problemu (Keashly & Nowell, 2003). V multidisciplinarnem timu nismo beležili primerov, kjer bi šlo le za konflikte med zaposlenimi, do zlorabe moči med vpletenimi pa še ne bi prišlo (Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi, 2015).
2. Pojavijo se prva nasilna dejanja, ki so lahko prikrita in manipulativna, kar žrtvi onemogoči, da bi v njih prepoznala sistematičnost in namernost. Nasilna dejanja se pričnejo ponavljati in vplivati na njeno počutje, kar je lahko začetek procesa trpinčenja. V tej fazi se žrtev običajno poskuša sama spopadati s posameznimi nasilnimi dejanji, o svojih izkušnjah pove najbližjim in kolegom na delovnem mestu, a zelo redko nadrejenim (Selič, et al., 2012). Vzroke za nasilno vedenje nemalokrat išče v sebi in nasilje minimalizira, še posebno, če dela v organizaciji, kjer je pasivna ali odkrita agresivnost sestavni del vodstvene in organizacijske kulture. V takšnem

kontekstu lahko nasilje občuti kot splošen pojav, ki se dogaja vsem in je »normalni« del interakcij na delovnem mestu.

Zaradi občasne žaljive in agresivne komunikacije ter slabih odnosov med sodelavci se je po pomoč na multidisciplinarni tim DS obrnilo približno 10 posameznikov ali skupin, ki so želeli svetovanje o tem, kako ustaviti agresivno komunikacijo in kako izboljšati klimo v kolektivu, izobraževanje na temo preprečevanja nasilja, neformalno posredovanje DS pri vodstvu ali informacije o pravnih in strokovnih vidikih preprečevanja nasilja. V večini teh primerov je prišlo le do enkratnega svetovanja, posredovanja pri vodstvu ali neke druge pomoči. V nekaj primerih pa se je svetovanje nadaljevalo, saj so začetni problemi prerasli v kontinuirano nasilno komunikacijo oz. trpinčenje (Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi, 2015).

3. V tretji fazi se trpinčenje intenzivira, postaja vse bolj pogosto in sistematično. Žrtev se vse slabše počuti, stresa ne zmore več obvladovati, občuti stisko, strah, nemoč. Pričnejo se zdravstvene težave. Spozna, da gre za sistematične napade, ki se jim sama ne zmore zoperstaviti. Tudi opazovalci zaznajo eskalacijo napadov na žrtev – nekateri ji pomagajo in se z njo solidarizirajo, drugi pa izberejo pozicijo nevmešavanja. Napadena oseba se v tej situaciji nemalokrat odloči za ukrepanje znotraj organizacije. Na tej točki se v dinamiko trpinčenja vključi vodstvo, zato je ta faza po mnenju Leymanna in drugih avtorjev odločilna (Leyman, 1990 cited in Davenport, et al., 2002; Robnik, 2013).

Velika večina posameznikov ali skupin (35 primerov, kar je 83 % vseh primerov trpinčenja) se je na DS obrnila po pomoč v tej fazi. Glede vključitve vodstva v proces trpinčenja smo ugotovili, da če je vodstvo zavoda ključni akter trpinčenja, potem v tej fazi uporabi svojo položajno moč in pooblastila za intenziviranje nasilja. Četudi žrtev poskuša ukrepati zoper nasilje formalno, s pomočjo sindikata ali drugih mehanizmov pomoči (svetovalci, pooblaščenca za preprečevanje trpinčenja), jo vodstvo pri tem onemogoči in diskreditira, pogosto pa tudi udari nazaj s povračilnimi ukrepi. Proces trpinčenja s tem eskalira in osebni, zdravstveni, delovni ter socialni položaj žrtve se posledično zelo poslabša. Zaradi pritiska vodstva se krog storilcev razširi (oblikuje se t. i. *mob* oz. drhal) in nasilje postane sprejemljivo za večino delovnega okolja. Žrtev je vse bolj socialno izolirana in proces viktimizacije lahko zato hitro preide v naslednjo fazo.

- a.) V primerih, kjer je šlo za trpinčenje neposredno s strani delodajalcev ali vodstev zdravstvene nege, je bil položaj žrtev že v tej fazi ogrožen. Žrtve so vse težje opravljale svoje delo ne le zaradi manipulacij ter neposrednih pritiskov s strani nadrejenega, temveč tudi zaradi stiske, motenj koncentracije in spomina, upadanja delovne samozavesti, izčrpanosti, stresa, tesnobe, depresivnosti (Einarsen & Gemzoe Mikkelsen, 2003). Zaradi poslabšanja zdravja so bile pogosto v bolniškem staležu, prav tako so že imele specialistične oblike pomoči. Čeprav so žrtve še upale, da lahko s pravno pomočjo ter intervencijo Zbornice – Zveze ustavijo nasilje s strani vodstva zavoda in zaščitijo svoje delovno mesto, so večinoma že iskale drugo zaposlitev.
- b.) Če vodstvo zavoda sicer ni v vlogi storilca, a ob zaznavi trpinčenja ne verjame, da je problem resen, ga ignorira, omalovažuje, prepušča reševanje vpletenim ali pa nasilje celo tiho podpre, se sovražnosti nadaljujejo (Selič, et al., 2012). Storilec je z neukrepanjem vodstva spodbujen k nadaljevanju nasilnega vedenja, opazovalci pa vse manj zmorejo javno podpirati žrtev. Proces trpinčenja teče naprej v smeri ogrožanja delovnega položaja in zdravja žrtve. Ker pri vodstvu in v organizaciji ni dobila podpore, se žrtev v prizadevanjih za zaščito svojega statusa nemalokrat obrne po pomoč na zunanje institucije, predvsem sindikat, stanovske organizacije, pravno pomoč, pristojne inšpekcijske službe.

V primerih, ko vodstvo žrtve ni zaščitilo, smo jim v multidisciplinarnem timu nudili psihosocialno pomoč, oblikovanje načrta ukrepanja in pravno svetovanje. Spremljali smo njihovo situacijo, v kritičnih situacijah smo bili z njimi v kontinuiranem stiku. Koordinirali smo različne oblike pomoči, pri iskanju rešitev smo pogosto sodelovali s sindikati (največkrat s Sindikatom delavcev v zdravstveni negi Slovenije) ali nevladnimi organizacijami (običajno z Društvom SOS telefon, ki je v letu 2011 odprlo svetovalno telefonsko linijo tudi za osebe z izkušnjo nasilja na delovnem mestu). Če je šlo pri primerih tudi za strokovne probleme, smo prosili za pomoč ustrezne sekcije Zbornice – Zveze, dvakrat smo sodelovali tudi pri strokovnem nadzoru v zavodih. V nekaterih primerih ob soglasju z žrtvami smo poskušali posredovati za

ustavitev nasilja pri delodajalcih. Pomoč multidisciplinarnega tima je bila v teh primerih delno uspešna. Nekajkrat je prišlo do zmanjšanja nasilne komunikacije zaradi posredovanja pri delodajalcu, v nekaj primerih do notranje prerazporeditve dela, ki je onemogočila stik med storilcem in žrtvijo, nekajkrat pa je prišlo tudi do zamenjav v vodstvih zavodov, kar je posledično ustavilo nasilje. V večini primerov pa se je trpinčenje nadaljevalo in stopnjevalo, kajti našteje intervencije niso bile učinkovite.

- c.) Kadar vodstvo (delodajalec) ob zaznavi trpinčenja sprejme ukrepe za zaščito žrtve in prekinitev nasilja ter sproži ustrezne postopke proti storilcu, mu praviloma uspe trpinčenje ustaviti. Izkušnje multidisciplinarnega tima kažejo, da je prišlo do takšnega razvoja dogodkov praviloma v primerih, ko je šlo za trpinčenje nadrejene osebe s strani podrejenih ali pa za nasilje med zaposlenimi na isti hierarhični ravni. Vloga multidisciplinarnega tima v takšnih primerih je bila predvsem v oblikovanju načrta ukrepanja, spremljanju dogajanja, sodelovanju s sindikati ter v podpori pri formalnih internih ali zunanjih postopkih, ki so jih žrtve v takšnih primerih praviloma sprožile. Zaradi ukrepanja vodstva v organizacijah so bile tudi intervencije multidisciplinarnega tima uspešne (Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi, 2015).
4. V primeru, da vodstvo ne ustavi trpinčenja, se prične v tej fazi proces osamitve in stigmatizacije žrtve. To je kritična faza, saj žrtev dobi v kolektivu oznako »problematične, konfliktne, čudne, psihično labilne, nore osebe«. Sama žrtev ima na tej stopnji procesa trpinčenja že resne posledice, njeno vedenje in osebnost se spremenita, bistveno manj je učinkovita pri delu in pojavljajo se strokovne napake, vse bolj intenzivno se srečuje s psihosomatskimi težavami in zdravje, predvsem duševno, se ji še poslabšuje (Einarsen & Gemzoe Mikkelsen, 2003). Praviloma sledi dolgotrajni bolniški stalež, hkrati pa je njen delovnopравни položaj v organizaciji vse bolj ogrožen.
V tej zelo zaostreni fazi trpinčenja se je na DS obrnilo po pomoč približno 8 % vseh oseb, ki so doživljale trpinčenje. Multidisciplinarni tim se je trudil zaščititi njihovo delovno mesto s takojšnjimi pravnimi intervencijami, pogosto v sodelovanju s sindikatom, hkrati pa usmerjati žrtve k dodatnim specialističnim oblikam pomoči, da se ne bi osebnostno zlomile. Pri tem smo bili praviloma neuspešni, saj se je trpinčenje s hudimi posledicami za žrtve nadaljevalo v smeri izгона z delovnega mesta (Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi, 2015).
5. Proces trpinčenja se zaključuje z odstranitvijo žrtve z delovnega mesta ali celo iz organizacije. Po izkušnjah DS žrtve same odpovejo pogodbo o zaposlitvi, saj pritiskov in zlorabe ne zdržijo več ali so zaradi trpinčenja tako poškodovane in zdravstveno ogrožene, da pride do dolgotrajnih obolenj in hospitalizacij ali pa delodajalci žrtve odpustijo iz krivdnih ali drugih razlogov, kar pomeni izgubo vseh delovnopravnih pravic. Po izgonu z delovnega mesta je zato žrtev še dodatno stigmatizirana in v stiski, psihosomatska obolenja se nadaljujejo, prav tako duševne težave (Einarsen & Gemzoe Mikkelsen, 2003).

V multidisciplinarnem timu smo ugotavljali, da v kolikor se trpinčenje ni ustavilo v tretji fazi zaradi ukrepanja vodstva organizacije, je skorajda v vseh primerih prišlo do odstranitve žrtve z delovnega mesta. Pomoč in intervencije multidisciplinarnega tima v četrti in peti fazi, četudi so bile zelo intenzivne in multiprofesionalne, niso uspele preprečiti izгона žrtev z njihovih delovnih mest (Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi, 2015).

Zaključek

V proces trpinčenja je mogoče učinkovito intervenirati v začetnih fazah, ko so še možnosti za neformalno reševanje problema znotraj zavoda, ko še ne pride do oblikovanja *moba* ter normalizacije nasilja v delovnem okolju žrtve in ko ima žrtev še dovolj psihološke, zdravstvene, socialne, položajne ter materialne moči za ukrepanje. Da bi to lahko dosegli, bi bilo potrebno veliko bolj okrepiti sistemsko preventivo na naslednjih področjih:

- *individualnem*: zaposlene je treba usposablјati za konstruktivno reševanje konfliktov, za zgodnje prepoznavanje trpinčenja in kako ob nasilni komunikaciji ukrepati. Krepitev je treba etičnost, profesionalnost, solidarnost in odgovornost v delovnih okoljih;

- *organizacijskem*: v zavodih je potrebno povečati zunanjo odgovornost vodstev, vzpostaviti učinkovite in neodvisne mehanizme pomoči žrtvam in takšne formalne postopke, ki žrtve sekundarno ne viktimizirajo;
- *družbenem*: na ravni družbe je treba razviti mrežo sodelovanja med različnimi institucijami (sindikati, strokovnimi združenji, nevladnimi organizacijami, zdravstvom, specializiranimi oblikami pomoči itd.), zagotoviti njihovo kontinuirano financiranje in s tem pričeti sistemsko obravnavati trpinčenje.

Literatura

- Babnik, K., Štemberger Kolnik, T. & Kopač, N., 2012. Predstavitev rezultatov dela raziskave »Nasilje nad medicinskimi sestrami na delovnem mestu«: oblike, pogostost in povzročitelji psihičnega nasilja. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(2), pp. 147–156.
- Davenport, N., Distler Schwartz, R. & Pursell Elliott, G., 2002. *Mobbing. Emotional Abuse in the American Workplace*. Iowa: Civil Society Publishing.
- Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi, 2015. *Dokumentacija Delovne skupine za nenasilje v zdravstveni negi*: interno gradivo Zbornice – Zveze. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi, 2011. *Nasilje in spolno nadlegovanje na delovnih mestih medicinskih sester*. Available at: <http://www.zbornica-zveza.si/sl/o-zbornici-zvezi/organi/delovne-skupine/ds-za-nenasilje/raziskovanje-nasilja/nasilje-spolno-0> [4.9.2017].
- Einarsen, S., & Gemzoe Mikkelsen, E., 2003. Individual effects of exposure to bullying at work. In: Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D. & Cooper L. C. eds. *Bullying and Emotional Abuse in the Workplace. International perspectives in research and practice*. London: Taylor & Francis, pp. 127–144.
- Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D. & Cooper L., C., 2003. The concept of bullying at work. The European tradition. In: Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D. & Cooper L. C. eds. *Bullying and Emotional Abuse in the Workplace. International perspectives in research and practice*. London: Taylor & Francis, pp. 3–30.
- Grad, A., Škerlj, R. & Vitorovič, N., 1984. *Veliki angleško-slovenski slovar*. Ljubljana: DZS.
- Kazenski zakonik (KZ-1)*, 2008. Uradni list Republike Slovenije št. 55.
- Keashly, L. & Jagatic, K., 2003. By any other name: American perspectives on workplace bullying. In: Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D. & Cooper L. C. eds. *Bullying and Emotional Abuse in the Workplace. International perspectives in research and practice*. London: Taylor & Francis, pp. 31–61.
- Keashly, L. & Nowell, L.,B., 2003. Conflict, conflict resolution and bullying. In: Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D. & Cooper L. C. eds. *Bullying and Emotional Abuse in the Workplace. International perspectives in research and practice*. London: Taylor & Francis, pp. 339–358.
- Leymann, H., 1990. Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence and Victims*, 5(1), pp. 119–126.
- Lešnik Mugnaioni, D., Ažman, M. & Cvetežar I. Š., 2017. Izkušnje Delovne skupine za nenasilje v zdravstveni negi s preprečevanjem nasilja na delovnem mestu. In: Presker Planko A. & Esih, K. eds. *Ukrepanje in podpora ob konfliktih in kriznih situacijah v zdravstvu: zbornik predavanj z recenzijo*. VIII. Stiki zdravstvene nege, 19. april 2017. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju, pp. 54–60.
- Lešnik Mugnaioni, D. & Klemenc D., 2011. Trpinčenje na delovnem mestu. In: Kaučič, B.M., et al. eds. *Odličnost v zdravstvu – odprti za nove ideje: zbornik prispevkov z recenzijo*. Laško 12. april 2011. Ljubljana: Zbornica- Zveza, Sekcija medicinskih sester v managementu, pp. 93–108.
- Lešnik Mugnaioni, D. & Klemenčič, I., 2014. Smernice za obravnavo vrstniškega nasilja v šoli. *Vodenje v vzgoji in izobraževanju*, 1, pp. 33–57.
- Robnik, S., 2013. *Trpinčenje: spolna neenakost in vloga organizacije*: doktorska disertacija, Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.
- Selič, P., Nassib, A. & Makivič, I., 2012. Workplace Mobbing: A Case Study report. Razširjenost trpinčenja na delovnem mestu: študija primera. *Obzornik zdravstvene nege*. 46(2), pp. 113–126.

- Štirn, M., 2017. Psihosocialna podpora pri travmatskih izkušnjah. In: Presker Planko A. & Esih, K. eds. *Ukrepanje in podpora ob konfliktih in kriznih situacijah v zdravstvu: zbornik predavanj z recenzijo*. VIII. Stiki zdravstvene nege, 19. april 2017. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju, pp. 31–41.
- Urdih Lazar, T. & Stergar E. 2010. Izpostavljenost trpinčenju na delovnem mestu v Sloveniji. *Sanitas et labor*, 8(1), pp. 129–138.
- Zakon o delovnih razmerjih (ZDR-1)*, 2013. Uradni list Republike Slovenije št. 21.
- Zapf, D., Einarsen S., Hoel, H. & Vartia Maarit, 2003. Empirical findings on bullying in the workplace. In: Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D. & Cooper L. C. eds. *Bullying and Emotional Abuse in the Workplace. International perspectives in research and practice*. London: Taylor & Francis, pp. 103–126.

UVAJANJE KULTURE PSIHOLOŠKE PODPORE V ZDRAVSTVENEM SISTEMU

Introduction of culture of psychological support in the health system

Mirjana Savić, univ. dipl. psiholog
Center za raziskovanje in socialne veščine, Policijska Akademija
mirjana.savic@policija.si

Izveleček

Poklici, kot so policist, gasilec, reševalec, zdravstveni tehnik, medicinska sestra, so že po naravi dela zelo stresni. Nepredvidljive situacije v službi so lahko za posameznika tudi travmatične. Psihološka podpora, ki jo nudijo zaupniki, je eden od načinov, kako obvladati stresne situacije in travmatska doživetja, ki se nam lahko zgodijo v službi. S psihološko podporo, ki jo izvajajo zaupniki, lahko omilimo škodljiv vpliv stresnega dogodka na posameznika in mu pomagamo, da bolje obvladuje svoj stres ter hitreje in učinkoviteje razreši travmatično izkušnjo. Psihološka pomoč in podpora je v policiji sistemsko urejena. V prispevku so predstavljene zakonske podlage, osnovne kompetence in samo delo policijskih zaupnikov. Na podoben način bi se psihološko pomoč in podporo lahko uvedlo tudi v zdravstvu.

Ključne besede: zaupnik, psiholog, stres

Abstract

Occupations such as police officer, firefighter, rescuer, medical technician, and nurse, are in their nature very stressful. Unpredictable situations in the work environment can also be traumatic for an individual. How to deal with this? Psychological support provided by peers is one way to cope with stressful situations and traumatic experiences that can happen to us at work. With the peer-to-peer psychological support, we can reduce the harmful impact of a stressful event on an individual and help him to overcome his stress and to resolve the traumatic experience more quickly and efficiently. Psychological assistance and support is systemically regulated in the police. The article presents the legal bases, basic competencies and the work of police confidants. Similarly, psychological support and peer support could also be introduced in the health care system.

Keywords: peer-to-peer, psychologist, stress

Teoretična izhodišča

Psihološko podporo lahko definiramo kot obliko neterapevtske intervencije, ki pomaga posamezniku obvladovati stresorje doma in/ali na delovnem mestu. Pri iskanju pomena psihološke podpore naletimo tudi na pojem *psihološka podpora zaposlenim* (PPZ). Berridge in Cooper (cited in Janža, 2014, p. 3) ga definirata kot »programsko intervencijo na delovnem mestu, po navadi na ravni posameznega zaposlenega, ki uporablja znanje vedenjske znanosti in metod za prepoznavo in obvladovanje določenih težav, tako povezanih s službo, ki direktno ali indirektno neugodno vplivajo na delovno uspešnost. Njen namen je usposobiti posameznika, da bo spet polno prispeval organizaciji s svojim delom ter ohranjal polno funkcioniranje v zasebnem življenju.« Pogost je tudi pojem *psihosocialna pomoč*. Sem spadajo (Lavrič & Štirn, 2016):

- čustvena podpora (izražanje empatije, razumevanja, pozornosti, možnosti, da posameznik izrazi močna čustva, idr.);
- podpora in pomoč pri povezovanju s podporno socialno mrežo (družina, prijatelji idr.);
- informativna podpora (podatki, nasveti, telefonske številke prek medijev itn.);
- napotitev po pomoč in povezovanje z drugimi nujnimi oblikami pomoči (npr. redne zdravstvene službe).

Policija ima s Pravilnikom o psihološki pomoči in psihološki podpori uslužbencem policije (2013) jasno definirana naslednja pojma:

- **psihološka pomoč** je znanstveno in strokovno utemeljena dejavnost za pomoč uslužbencem policije v duševni stiski, ki jo izvaja psiholog;

- **psihološka podpora** je dejavnost policijskega zaupnika za pomoč uslužbencem policije v duševni stiski (subjektivni občutek psihičnega neugodja in nemoči).

Delo policistov, gasilcev, reševalcev je zelo nepredvidljivo. Tako kot delo zdravstvenega osebja je tudi narava njihovega dela sama po sebi stresna. Poleg tega na posameznike vplivajo tudi drugi stresorji, denimo organizacijski, delovni, osebni in drugi zunanji stresorji. Med najpogostejšimi stresorji so: težave s preklapljanjem med službenim in prostim časom, predolgi, nevsakdanji in nepredvidljivi delovnik, časovni pritiski, slabi medosebni odnosi in drugi organizacijski dejavniki, ki so vezani na specifično hierarhične organiziranosti.

Na stresorje in stresne travmatske dogodke se ljudje različno odzovemo. Travmatski odzivi so v grobem enaki pri vseh ljudeh: telesni (bolečina v prsih, težave z dihanjem, povišan tlak, izčrpanost, dehidracija, omotica, slabost ali bruhanje, prebavne težave, nespečnost, tresenje itn.), čustveni (anksioznost, potrnost, občutek nemoči, obup, jeza, izguba kontrole itn.), kognitivni (težave s pozornostjo in spominom, težave z odločanjem, zmedenost, težave z orientacijo, upočasnjeno mišljenje, okupacija z razmišljanjem o dogodku) in vedenjski (socialni umik, težave v komunikaciji, zatekanje k zlorabi psihoaktivnih snovi, sprememba v aktivnosti, razdražljivost, občutljivost itn.). Dejavniki, ki vplivajo na to in so v ospredju ter močneje izraženi, so različni: sam dogodek, osebnost, pretekli travmatski dogodki, izkušnje, neposrednost izpostavljenosti, aktualni stres, večšine obvladovanja, psihosocialne podpora itn. Zaradi različnih odzivov je potrebno prilagoditi tudi obliko pomoči. Lavrič in Štirn (2016) podrobneje razdelita različne oblike pomoči v štiri ravni. Na prvi ravni gre za samopomoč, temeljno znanje posameznika o mehanizmih preživetja, o normalnih odzivih na stresne oz. travmatske dogodke, o čustveni »prvi pomoči«. Naslednja raven obsega podporo socialne mreže, zlasti družine, sosedov, sorodnikov, sodelavcev, prijateljev. Ko takšna podpora ne zadošča, so na naslednji ravni zaupniki in/ali psihologi znotraj delovnega okolja ali sistema ter prostovoljci različnih organizacij zunaj zdravstvenega sistema. Zadnja raven je najbolj specializirana psihosocialna pomoč, kjer delujejo specializirani strokovnjaki s področja psihologije in psihiatrije.

V delovnem okolju se na tretji ravni vključujejo torej zaupniki, v policiji so to policijski zaupniki. To so uslužbenci policije, ki imajo za seboj lastno travmatsko izkušnjo in so jo uspešno rešili, v svojem okolju in kolektivih uživajo ugled in spoštovanje ter imajo veliko operativnih izkušenj. Poleg tega morajo biti komunikativni, empatični, zavzeti in samoiniciativni. Prednost policijskih zaupnikov je v tem, da lahko policistu, uslužbencu policije, ki je doživel neki kritični dogodek, pomaga nekdo, ki prihaja iz njegovih vrst.

Specifične kompetence pridobivajo kandidati za zaupnike skozi dvoletno usposabljanje. Z imenovanjem v zaupnika naj bi bili sposobni omiliti škodljiv vpliv stresnega dogodka na posameznika, seznaniti posameznika z možnimi stresnimi reakcijami ter zmanjševati začetne stresne reakcije, krepiti pozitivne strategije soočanja s stresno situacijo, razbremenjevati občutke krivde ter lajšati normalne procese okrevanja po stresnem dogodku. Pri izvajanju psihološke podpore policijski zaupniki sodelujejo s psihologi.

V policiji je od leta 2009 uslužbencem policije na voljo 24-urni interventni telefon, kjer je pomoč v obliki zaupnih individualnih ali vodenih skupinskih pogovorov omogočena 24 ur dnevno, 365 dni na leto vsem zaposlenim na policiji in Ministrstvu za notranje zadeve ter ožjim družinskim članom z namenom takojšnje psihološke podpore in lajšanja čustvene stiske ob doživljanju travmatskega dogodka ali takoj po njem. V letu 2010 so z usposabljanjem pričeli prvi policijski zaupniki. V slovenski policiji je trenutno 14 zaupnikov in 10 kandidatov za zaupnike. Z namenom systemske ureditve je leta 2013 začel veljati Pravilnik o psihološki pomoči in podpori uslužbencem policije. Pravilnik v 3. členu določa, da se v okviru psihološke pomoči in psihološke podpore uslužbencem policije zagotavlja pomoč ob duševni stiski, ki je posledica hujših stresnih dogodkov na delovnem mestu ali drugih dogodkov, ki vplivajo ali bi lahko vplivali na opravljanje dela uslužbencev policije, kot so:

- dogodki, v katerih je bilo ogroženo lastno življenje ali življenje sodelavca;
- prisotnost pri smrti ali hujši poškodbi sodelavca;

- samomorilna ogroženost uslužbenca policije ali navzočnost pri poskusu samomora ali samomoru;
- uporaba prisilnih sredstev, ki ima za posledico posebno hudo telesno poškodbo ali smrt druge osebe;
- lastna hujša telesna poškodba ali huda bolezen;
- obravnava prometne ali druge nesreče s hudimi telesnimi poškodbami ali smrtjo;
- obravnava kaznivih dejanj zoper življenje in telo ter kaznivih dejanj zoper spolno nedotakljivost, kjer so kot žrtve udeleženi otroci, ter kaznivih dejanj in dogodkov, ki imajo za posledico smrt ene ali več oseb;
- osebne težave in stiske;
- ogroženost uslužbenca policije ali njegovih bližnjih v zvezi z delom uslužbenca policije;
- primeri, ko uslužbenec policije želi svetovanje glede vodenja zahtevnejših postopkov z ljudmi z motnjami v duševnem zdravju;
- kazenski postopek zoper uslužbenca policije;
- drugi hujši stresni dogodki.

Tabela 1: Prikaz primerov po problematiki, ki so jo obravnavali policijski zaupniki v letih od 2011–2016.

Razlogi za obravnavo pri policijskem zaupniku	2016	2015	2014	2013	2012	2011
Družinske težave ali težave v partnerskem odnosu	58	59	53	28	34	34
Samomorilna ogroženost (poskus, grožnja)	/	2	6	/	2	/
Sum na duševno bolezen (znaki, simptomi, sprememba vedenja)	6	5	4	4	5	2
Stanje po travmatičnem dogodku, povezanim z opravljanjem dela (ogroženo življenje, obravnava hude telesne poškodbe itn.)	22	9	11	6	7	13
Psihološka pomoč JU ali družinskim članom JU v primeru nenadne smrti ali hude bolezni	11	20	19	15	5	13
Sum na mobing ter duševna stiska zaradi slabih medosebnih odnosov na DM	2	8	21	40	17	17
Stres zaradi organizacije dela	54	57	77	/	/	/
Policist v disciplinskem ali kazenskem postopku	15	33	14	6	6	11
Sum na odvisnost (alkohol, droge, igre na srečo)	22	21	15	15	10	5
Stanje po travmatičnem dogodku, ki ni povezan z delom	5	3	9	1	3	/
Drugo	15	22	13	5	1	/
SKUPAJ po obravnavi	210	239	242	120	90	95

Vir: Poročila o aktivnostih Delovne skupine za psihološko pomoč in psihološko podporo v policiji za leta 2011–2016.

V tabeli 1 lahko vidimo, kako se je skozi leta povečevala prepoznavnost dela zaupnikov (Policija, 2012–2017). Dobro delo zaupnikov se kaže tudi skozi prijave kandidatov za zaupnike, kjer je interes precejšen. Trenutno se usposablja tretja generacija kandidatov za zaupnike.

Po zgledu policije se je pričel projekt zaupništva tudi v Sistemu varstva pred naravnimi in drugimi nesrečami (Lavrič, 2014). Skupaj s strokovnjaki iz Švedske agencije za zaščito in pripravljenost ter domačimi predavatelji na področju psihologije je bilo leta 2012 izvedeno prvo usposabljanje za izvajanje psihološke podpore, zaupnike, ki so se ga udeležili poklicni gasilci in operaterji v centrih za obveščanje.

Želje po podobnem zaupniškem sistemu se izraža tudi v zdravstvu, kjer je potrebna le volja predstojnikov, da prepoznajo dobrobit zaupništva in projekt podprejo. Veliko prednost ima zdravstveni sistem v tem, da sta tretja in četrta raven pomoči, tj. psihologi in psihiatri, že znotraj sistema. Manjkajo le zaupniki.

Namesto zaključka

Na novinarski konferenci (Policija, 2010) je takratni kandidat za policijskega zaupnika rekel: »Travma pride za tabo. Soočiti se s tem, da si pri opravljanju dolžnosti skoraj izgubil življenje, ni lahko. Še težje je sprejeti dejstvo, da si nekomu vzel življenje. Danes s svojo izkušnjo poskušam kolegom, ki so se znašli v podobni situaciji, svetovati, kako se soočiti s posledicami takšnih dogodkov in kako prebroditi kritične trenutke.«

Policija s preventivnimi psihološkimi dejavnostmi (usposabljanja s področja osebnih in socialnih kompetenc) in sistemsko urejeno psihološko pomočjo in podporo skuša zmanjševati stresnost poklica, ki ga uslužbenci policije opravljajo. Hkrati pa se razbija, ruši stereotipe in predsodke o »močnih« policistih, zmanjšuje se strahove (kaj si bodo mislili o meni, ali bom sploh še lahko opravljal delo ipd.). Nismo heroji, smo le ljudje, krvavi pod kožo. Zato se tudi naš slogan glasi »Moč je poiskati pomoč«.

Literatura

- Janža, N., 2014. *Psihološka podpora zaposlenim (PPZ): seminarska naloga*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta.
- Lavrič, A. & Štirn, M., 2016. *Psihosocialna pomoč po nesrečah in drugih kriznih dogodkih: priročnik za vsakdanjo rabo*. Ljubljana: Uprava RS za zaščito in reševanje, pp. 53–87.
- Lavrič A., 2014. *Usposabljanje za psihološko pomoč v sistemu varstva pred naravnimi in drugimi nesrečami*. *Andragoška spoznanja*, 20(1), pp. 35–42.
- Republika Slovenija, Ministerstvo za notranje zadeve POLICIJA, 2010. *Psihološka pomoč in zaščita policistov – informacija z novinarske konference*. Available at: <http://www.policija.si/index.php/component/content/article/35-sporocila-za-javnost/9217-psiholoka-pomo-in-zaiti-policistov-informacija-z-novinarske-konference> [9.9.2017].
- Policija, 2012-2017. *Poročilo o aktivnostih Delovne skupine za psihološko pomoč in psihološko podporo v Policiji za leto 2011 (2012, 2013, 2014, 2015 in 2016)*. Interni dokumenti.
- Pravilnik o psihološki pomoči in psihološki podpori uslužbencem policije*, 2013. Uradni list Republike Slovenije, št. 51.

POSEBNI VAROVALNI UKREPI – FIZIČNO OVIRANJE S PASOVI Special protective measures - physical restraint with belts

Aleš Zemljič, univ. dipl. org., dipl. zn.,
Boštjan Lešnik, dipl. zn.

Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za psihiatrijo
aless264@gmail.com

Izveček

Prispevek opredeljuje teoretična izhodišča in zakonske podlage, ki so potrebni za razumevanje prikaza fizičnega oviranja s pasovi na posteljo. Na delavnicah bodo prikazani načini pravilnega rokovanja s pasovi in izvajanja posebnih varovalnih ukrepov, podrobneje fizično oviranje s pasovi na posteljo. Ker je vsako poseganje v svobodo gibanja posameznika kršenje osnovnih človekovih pravic in ker so posebni varovalni ukrepi eden najbolj restriktivnih ukrepov, so potrebna pojasnila in zakonske podlage za izvajanje takega ukrepa.

Ključne besede: izvedba intervencije, namestitvev pasov, komplikacije

Abstract

The article defines the theoretical starting points and legal bases needed to understand the physical barrier with belts on the bed. The workshops will show the ways of correct handling of the belts and the implementation of special protective measures, in particular physical obstruction with belts on the bed. Since any interference with the freedom of movement of an individual is violation of the basic human rights, and because special safeguards are one of the most restrictive measures, explanations and legal foundations for the implementation of such a measure are required.

Keywords: implementation of intervention, installation of belts, complications

Uvod

Omejevanje svobode je bilo že od samega začetka moderne psihiatrije vzrok raznih strokovnih razprav v smislu za opravičevanje njihove uporabe. Fizično oviranje in tudi izolacija pacientov skozi vso zgodovino institucionalne psihiatrije predstavljata najstarejši problem in ostajata izziv v psihiatričnih službah po svetu še danes (Steinert, et. al., 2009).

Posebni varovalni ukrepi

Posebni varovalni ukrepi (PVU) v psihiatriji so namenjeni zagotavljanju varnosti in omogočanju zdravljenja. Predstavljajo zelo velik poseg v pacientovo integriteto in svoboščine. Uporaba PVU v klinični praksi predstavlja eno največjih etičnih dilem ter hkrati največje psihofizične obremenitve za osebje, saj je tveganje za nastanek poškodb izredno visoko. Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr, 2008) jih v 1. odstavku 29. člena opredeljuje kot nujen ukrep, ki se ga uporabi zaradi omogočanja zdravljenja osebe ali zaradi odprave obvladovanja nevarnega vedenja osebe, kadar je ogroženo njeno življenje in življenje drugih, huje ogroženo njeno zdravje ali zdravje drugih ali z njim povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim in ogrožanja ni mogoče preprečiti z drugim blažjim ukrepom. Zakon opredeljuje dva načina izvajanja ukrepa, in sicer: fizično oviranje s pasovi in omejitev gibanja znotraj enega prostora. PVU, tj. fizično oviranje s pasovi, je ukrep, ki je potreben za odpravo oz. obvladovanje pacientovega nevarnega vedenja, če je usmerjeno v samopoškodbo, samomorilnost, ogrožanje drugih in poškodbo inventarja. Ukrep posega v integriteto posameznika, zato je potrebno pri izvedbi izbrati najmanj omejevalno metodo, s katero je še mogoče preprečiti nevarnost in traja najkrajši možni čas. Praviloma ukrep odredi zdravnik še pred izvedbo, ob pojavu nasilnosti pacienta pa mora zdravstveno osebje nemudoma izvesti ukrep in z njim ne sme odlašati. Takoj nato obvesti odgovornega zdravnika, ki preveri utemeljenost uvedbe ukrepa, če zdravnik ukrepa ne odredi, se izvajanje ukrepa opusti (Zemljič & Roškar, 2008).

Fizično oviranje s pasovi

V Slovarju slovenskega knjižnega jezika (2000) je termin *ovirati* opredeljen kot »oteževati ali preprečiti gibanje, premikanje«. Uporablja se tudi izraz *fiksirati*, ki pomeni »trdno namestiti, pritrditi kaj v določenem položaju ali na določenem mestu« (Ahlin, et al., 2000).

Izvajanje PVU je eden najbolj stresnih dogodkov tako za pacienta kot za osebje. Skozi zgodovino so se ti prijemi močno spreminjali. Najprej so poznali nekakšen umirjevalni stol, t. i. Rushov stol, angleško krsto, prisilni jopič, mrežnice, leta 1997 pa se je pojavila uporaba oviranja pacienta na posteljo s pasovi.

Fizično oviranje s pasovi odredi zdravnik, ki ob tem izpolni tudi vso dokumentacijo, potrebno po ZDZdr (2008):

- obvestilo o posebnem varovalnem ukrepu;
- obvestilo o uporabi posebnega varovalnega ukrepa;
- evidenco uporabe posebnega varovalnega ukrepa;
- zapis ukrepa na terapevtsko - temperaturni list.

Medicinska sestra (zdravstveni tehnik, srednja medicinska sestra, diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik) izpolni:

- intenzivni list zdravstvene nege;
- poročilo zdravstvene nege;
- list načrtovanja in izvajanja zdravstven nege.

Za izvajanje ukrepa uporabljamo standardizirane pasove različnih proizvajalcev z magnetnimi sponkami. Za osnovno fizično oviranje potrebujemo:

- magnetni gumbi (12 kom),
- magnet (2 kom),
- trebušni pas,
- manšetni pas za roke (2 kom),
- manšetni pas za noge (2 kom),
- prečni nožni pas.

V primeru, ko zaradi intenzivnosti agresivnega vedenja pacienta osnovni komplet pasov ne zadostuje normalni obravnavi pacienta, uporabimo dodatno še:

- ramensko-prsni pas za hitro oviranje,
- temeljni pas za hitro oviranje rok (namesto manšetnih pasov za roke),
- temeljni pas za hitro oviranje nog (namesto manšetnih pasov za noge).

Izvedba postopka

a) Priprava prostora in pripomočkov:

- Na oddelku v sobi za izvajanje PVU pripravimo posteljo s pravilno nameščenimi pasovi tako, da osebju omogočimo dostop do postelje z vseh štirih strani. Iz okolice postelje odstranimo vse nevarne predmete;
- Trebušni pas in prečni nožni pas ali komplet pasov za oviranje v nujnih primerih že predhodno namestimo na posteljo. S tem zagotovimo hitrejšo in varnejšo izvedbo PVU.

b) Priprava pacienta:

- Pacienta seznanimo s cilji in namenom negovalnih intervencij skladno s pacientovim zdravstvenim stanjem in situacijo v danem trenutku;
- Pacienta poskušamo pomiriti in motivirati za sodelovanje;
- Pacienta zaščitimo pred morebitnimi poškodbami.;
- Pacienta zaščitimo pred morebitnimi okužbami;

- Odstranimo pacientov nakit, proteze in druge pripomočke, če je to mogoče;
- Pacienta namestimo v ustrezni položaj.

c) Priprava izvajalcev:

- Miselno osvežimo potek obravnave in izvedbo;
- Dogovorimo se za koordinacijo dela;
- Za izvedbo posega zagotovimo zadostno število osebja;
- Vsak član osebja ima točno določeno nalogo;
- Razkužimo si roke in uporabimo potrebna zaščitna sredstva (rokavice).

Izvajalci intervencije so tehniki zdravstvene nege, višje medicinske sestre, diplomirane medicinske sestre, diplomirane babice in zdravniki, ki so za izvedbo intervencije strokovno usposobljeni.

č) Izvedba intervencije:

- Med izvajanjem ukrepa delujemo strokovno, s pacientom ravnamo spoštljivo in humano ter zagotavljamo varnost pacienta in našo varnost;
- Pacienta, ki sodeluje pri izvajanju ukrepa, pospremimo do pripravljene posteljne enote in ga oviramo s pasovi po predpisanem vrstnem redu;
- Pacienta, ki je do ukrepa odklonilen in pri katerem obstaja nevarnost heteroagresivnega vedenja, najprej omejimo s pasovi na tleh (roke in noge), tako da preprečimo možnost poškodb vseh udeleženi. Tako omejenega pacienta namestimo v posteljo in nadaljujemo z izvajanjem ukrepa;
- Ko je pacient fizično omejen in leži na postelji, vsako okončino drži po en član izvajalcev, preostali izvajalci pa nameščajo pasove;
- Pacienta, ki ne sodeluje in je heteroagresiven že pred izvedbo ukrepa, fizično onemogoči policija, ki jo pokliče zdravnik in ob tem izpolni obrazec Zahtevke za pomoč policije ali pogodbeno varnostna služba ustanove, če imajo sklenjen tak dogovor.

d) Namestitev pasov za fizično oviranje na pacienta:

- *Trebušni pas* namestimo okoli bolnikovega trebuha tako, da ga spnemo z dvema magnetnima gumboma. Vodilni gumb naj bo na sredini trebuha. Na vodilni gumb pripnemo tudi dimeljski pas. Med pasom in trebuhom naj bo za plosko dlan prostora, kar bo pacientu omogočilo nemoteno dihanje. Namestimo in pritrdimo še stranski bočni pas;
- *Ramensko-prsni pas*: prsni del pasu namestimo okrog pacientovih prsi in ga pritrdimo s tremi manšetnimi gumbi, nato potegnemo oba ramenska pasova čez pacientova ramena in ju z magnetnimi gumbi pritrdimo na prsni del pasu. Prepričamo se, da noben del pasu ne omejuje pacientovega vratu in da mu ne otežuje dihanja;
- *Pasova za hitro oviranje rok in nog* namestimo tako, da oblazinjen del pasu ovijemo okrog pacientovega zapestja/gležnja, nato pas potegnemo skozi kovinsko zaponko in nazaj (naredimo zanko) ter pas pritrdimo z magnetnim gumbom;
- Za oviranje zgornjih okončin nad zapestjem uporabimo *ročni pas* (izjemoma, kadar ima pacient večji obseg zapestja, lahko uporabimo nožni pas s filcem). Med ročnim pasom in zapestjem naj ostane za prst prostora zaradi normalne prekrvavljenosti dlani;
- Za oviranje noge nad gležnjem uporabimo *nožni pas*. Med nožnim pasom in gležnjem naj bo za debelino prsta prostora, s čimer omogočimo normalno cirkulacijo krvi;
- Pacienta lahko fizično oviramo tudi s posebnim *prsno-trebušnim pasom* na počivalnik ali invalidski voziček, če tako odredi zdravnik;
- Pacientu izjemoma lahko fizično oviramo samo zgornje okončine (obe ali samo eno) za omogočanje infuzije ali drugih terapevtskih posegov/postopkov.

Zdravstvena nega pacienta, fizično oviranega s pasovi

S pacientom se pogovarjamo ves čas izvajanja intervencije. Pri tem uporabljamo deeskalacijske tehnike in skušamo pacienta pomiriti ter mu zagotoviti občutek varnosti. Nad pacientom izvajamo stalni nadzor. V času stalnega nadzora uporabljamo terapevtski oz. razbremenilni pogovor. Posebno pozornost namenimo zadovoljevanju pacientovih osnovnih življenjskih potreb:

- *nadzor vitalnih funkcij*: posebno pozornost namenimo kontroli pulza na omejenih okončinah (motnje cirkulacije, barva kože, zastojni edemi), merjenju krvnega tlaka, pulza (tahikardija, bradikardija), frekvenci dihanja, temperature, in sicer na 1–2 ur oz. neprestano, se pravi monitoring, z ozirom na spreminjanje zdravstvenega stanja pacienta;
- *prehranjevanje in pitje*: pacient potrebuje popolno pomoč, zato mu zagotovimo zadostno količino tekočin s pitjem in mu apliciramo infuzijske in transfuzijske tekočine, ko o tem odloči zdravnik. Prehranjevanje pacientu omogočimo samostojno, če le-to omogoča njegovo trenutno zdravstveno stanje. Pazimo na možnost aspiracije hrane, tekočin in izbruhanin. Pacientu omogočimo visoko beljakovinsko hrano z vitamini;
- *izločanje in odvajanje*: pacient potrebuje popolno pomoč, odvaja in izloča v posteljno posodo, urinsko račko ali mu namestimo plenico, v skrajnih primerih po naročilu zdravnika trajni urinski kateter, če pride do zastoja urina. Preverimo možnost izločanja in odvajanja pacienta na stranišču. Takrat pri nepredvidljivih pacientih pasove na rokah in nogah povežemo v »liscice« ali poskusno prekinemo izvajanje ukrepa fizičnega oviranja s pasovi;
- *osebna higiena*: pacient potrebuje popolno pomoč, zato posteljno kopel celotnega telesa izvajamo najmanj na 12 ur, po potrebi pogosteje. Med izvajanjem ukrepa opravljamo osvežilno kopel na 2 uri, pri čemer smo posebej pozorni na primerno zaščito kože in vidnih sluznic zaradi preventive pred razjedami zaradi pritiska. Predele telesa, izpostavljene pritisku, dodatno podložimo in zaščitimo kožo s poliuretanskimi filmi;
- *gibanje in ustrezna lega*: pacienta vsaki 2 uri obračamo, če njegovo trenutno zdravstveno stanje to omogoča. Čim je mogoče in pacient zadovoljivo sodeluje, ga sprehodimo v pasovih. Vsake 4 ure ugotavljamo skupaj z zdravnikom možnost prekinitve izvajanja ukrepa in pacientu omogočimo gibanje. Posebno pozornost namenimo pacientom, ki imajo prisotno epileptično simptomatiko, saj jih je potrebno omejiti bočno na posteljo (preventiva zadušitve z izbruhaninami ob epileptičnem napadu). Pri dolgotrajnem izvajanju ukrepa pacientu namestimo antidekubitusno blazino, položaj vzglavja vzdržujemo v 30-stopinjskem kotu in po naročilu zdravnika apliciramo antikoagulantno terapijo nizkomolekularnih heparinov kot preventivo pred trombembolijami;
- *spanje in počitek*: če zdravstveno stanje to omogoča, pacientu snamemo večino pasov do te mere, da je ukrep še varen. S tem mu omogočimo zeleno lego v postelji med spanjem;
- *oblačenje/vzdrževanje normalne telesne temperature*: pacient je popolnoma odvisen od naše pomoči, zato upoštevamo njegove želje in trenutno zdravstveno stanje tako, da mu zagotovimo dovolj toplih odev in pokrival;
- *komunikacija*: s pacientom se pogovarjamo, če s tem ne sprožimo dodatne provokacije in poslabšamo trenutno agresivno vedenje. Poskušamo upoštevati njegove želje, delujemo pomirjevalno, pojasnjevalno in empatično. Sproti preverjamo pacientovo nepredvidljivost, odklonilnost, vodljivost, orientacijske zaznave in pripravljenost na sodelovanje.

Komplikacije, ki se lahko pojavijo pri pacientu med izvajanjem ukrepa, so:

- motnje v cirkulaciji periferne krvi;
- trombembolije;
- zadušitev z izbljuvki ali izbruhaninami;
- mišično-skeletne okvare;
- zastojni edemi;
- odrgnine kože in poškodbe sluznic;
- nastanek razjede zaradi pritiska;
- motnje dotoka infuzijskih in transfuzijskih tekočin;
- motnje srčnega ritma in motnje dihanja;
- deficit v izločanju in odvajanju (zastoj urina, obstipacija blata);
- strah;
- občutek nemoči;
- grozavost, anksioznost;
- odklonilnost;
- nepredvidljivost, manipulativnost;

- verbalna agresivnost.

Prekinitev fizičnega oviranja s pasovi

Prekinitev fizičnega oviranja s pasovi odredi po konzultaciji z medicinsko sestro zdravnik, kar podpiše ter to s točno uro dokumentira v Evidenco uporabe posebnega varovalnega ukrepa in na terapevtsko-temperaturni list. Medicinska sestra prekinitev ali ukinitiv ukrepa dokumentira na intenzivni list zdravstvene nege in v poročilo zdravstvene nege.

Literatura

- Ahlin, M., Bokal, L., Gložančev, A., Hajnšek-Holz, M., Humar, M., Keber, J., et al., 2000. *Slovar slovenskega knjižnega jezika*. Ljubljana: DZS.
- Steinert, T., Lepping, P., Bernhardsgrutter, R., Conca, A., Hatling, T., Janssen, W., et al., 2010. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(9), pp.: 889–897.
- Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr)*, 2008. Uradni list Republike Slovenije št. 77.
- Zemljič, A., Roškar, V., 2008. Oviranje pacienta na intenzivni enoti Oddelka za psihiatrijo. *Standard negovalne intervencije št. N-02-128-00*. Maribor: Služba zdravstvene nege, Univerzitetni klinični center Maribor.

UPORABA POSEBNIH VAROVALNIH UKREPOV PRI SPECIFIČNIH ZDRAVSTVENIH STANJIH, KOT SO NOSEČNOST, ASCITES, KIRURŠKA RANA

Use of special protective measures for specific medical conditions (pregnancy, ascites, surgical wounds, immobilized limbs, etc.)

Darko Lončnar, dipl. zn., mag. zdr.-soc. manag.,

Denis Džamastagić, ZT

Psihiatrična bolnišnica Begunje

darko.loncnar@pb-begunje.si

Izveček

Prispevek opredeljuje uporabo posebnih varovalnih ukrepov, ko klasično oviranje s pasovi ne pride v poštev (oviranje s pasovi preko trebuha). Razlog za to so specifična zdravstvena stanja, kot je na primer nosečnost. V članku so predstavljene smernice za uporabo posebnega načina oviranja s pasovi oz. t. i. *quick restraint* (slov. hitro oviranje) ob specifičnih zdravstvenih stanjih, kot so nosečnost, ascites in abdominalna kirurška rana.

Ključne besede: quick system, namestitev pasov, specifična zdravstvena stanja

Abstract

This article defines use of special protective measures in cases when classic belt restraints are not suitable (restraint with belts for waist). A reason for their use are specific health issues, for example pregnancy. The article presents guidelines for the use of special restraints with belts – quick restraint in specific health conditions, such as pregnancy, ascites and abdominal surgical wounds.

Keywords: Segufix quick system, fitting belts, specific health conditions

Uvod

Posebni varovalni ukrepi (v nadaljevanju PVU) sodijo med ukrepe, s katerimi se v procesu zdravstvene obravnave pacientu omejuje pravica do svobodnega gibanja in odločanja o samem sebi. Uporablja se za omogočanje zdravljenja ali odpravljanja ter obvladovanja nevarnega vedenja pacienta v bolnišničnem okolju. Najobičajnejši PVU je odvzem svobode gibanja s tem, da je pacient sprejet na intenzivni oddelek. Sledi omejitev gibanja v posebnem zaprtem prostoru (izolacijska soba). Kot skrajni ukrep se za obvladovanje vedenja bolnika uporablja fizično omejevanje s pasovi (Glazer & Brendel, 2010).

Vseeno je treba poudariti, da velika večina pacientov z duševno motnjo ni nikoli agresivna, nevarna ali nasilna in da obstajajo dejavniki za nasilno vedenje ne samo na strani pacientov, ampak tudi na strani zaposlenih. Torej, za agresivno vedenje obstajajo različni vzroki (Groleger, 2009). Zaposleni v zdravstveni negi na področju psihiatrije smo usmerjeni k takšnemu načinu dela, da so PVU (med katere spada tudi oviranje s pasovi) uporabljeni le, ko je to res nujno. Pred tem vedno uporabljamo druge metode dela, s katerimi lahko obvladujemo nasilno vedenje pacientov z duševno motnjo. Če je nujno, vrsto PVU predpiše zdravnik (Drnovšek & Grubič Novak, 2001). Obvladovanje pacientovega nasilnega vedenja in PVU sta za področje psihiatrije zakonsko normirana. Pri tem je treba poudariti, da področje somatske medicine izvaja PVU brez zakonskih določil, vendar je kljub temu po našem mnenju obveza izvajalcev, da je izvajanje PVU izvedeno v skladu z dobronamerno klinično prakso, ki je predpisana za področje psihiatrije, saj s tem zagotovimo največjo možno kakovost izvedenega postopka in varnost oviranega pacienta.

POSEBNI VAROVALNI UKREP IN ZAKON O DUŠEVNEM ZDRAVJU

V psihiatriji je PVU namenjen zagotavljanju varnosti in omogočanju zdravljenja (Možgan, 2009). Osrednji pravni dokument, ki v Sloveniji določa uporabo PVU, je Zakon o duševnem zdravju iz leta 2008 (ZDZdr, 2008) (v nadaljevanju ZDZdr), ki velja le za psihiatrične bolnišnice in socialno

varstvene institucije. ZDZdr v 29. členu opredeljuje PVU »kot nujen ukrep, ki se ga uporabi zaradi omogočanja zdravljenja oseb ali zaradi odprave oziroma obvladovanja nevarnega vedenja osebe, kadar je ogroženo njeno življenje ali življenje drugih, huje ogroženo njeno zdravje ali zdravje drugih ali z njim povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim in ogrožanja ni mogoče preprečiti z drugim, blažjim ukrepom«. Dodatno zakon določa, da se PVU uporablja le na oddelkih pod posebnim nadzorom in na varovanih oddelkih. ZDZdr je kot PVU določil le dva ukrepa: telesno oviranje s pasovi in omejitev gibanja znotraj enega prostora. PVU se uporablja tako v psihiatričnih kot splošnih bolnišnicah, vendar so bili napredki k zmanjšanju uporabe vseh oblik omejevanja bolnika narejeni le v psihiatričnih bolnišnicah. V splošnih bolnišnicah se PVU še vedno široko uporablja za zagotavljanje zdravstvene obravnave bolnikov (Glazer & Brendel, 2010).

Prav tako ZDZdr (2008) natančno opredeljuje, kdo in v kakšnem primeru lahko PVU odredi, koga je potrebno o tem obvestiti, koliko časa lahko tak ukrep traja, kako je z nadzorom osebe med trajanjem ukrepa. Zakon določa, da PVU lahko odredi le zdravnik, izvaja pa ga negovalni tim po predpisanih standardih. Poudarek je, da telesno oviranje s pasovi ne sme trajati več kot 4 ure. Zdravniku nalaga, da mora po preteku tega obdobja preveriti utemeljenost ponovne uvedbe PVU.

ALTERNATIVNE METODE ZA OBVLADOVANJE AGRESIVNEGA VEDENJA

Ko so ugotavljali, katere so najboljše alternativne metode za obvladovanje agresivnega in nasilnega vedenja pacientov, so bile navedene različne intervencije. Večina analiz je pokazala, da se je ob uporabi alternativnih metod uporaba PVU zmanjšala. Najbolj pogosto se je uporabilo spremembe v sestavi kadrov, kroženje kadra, izobraževanje kadra, obravnavo posameznih primerov in vpeljavo posebnih timov, ki so se vključevali ob reševanju kriznih trenutkov. V različnih študijah so ugotovili, da se je zaradi nove zakonodaje in smernic na tem področju zmanjšala uporaba PVU (Stewart, et al., 2010).

Donat (2003) je v dveh študijah dokazal, da je na zmanjšanje uporabe PVU vplivala sprememba v izobrazbeni strukturi medicinskih sester in spremembi razmerja med bolniki in negovalnim osebjem. To lahko pripisujemo temu, da je medicinska sestra lahko namenila posameznemu bolniku več časa ter uporabila vedenjske in psihosocialne pristope, od katerih se lahko pričakuje, da preprečijo konflikte na bolniškem oddelku. Kot zelo učinkovita metoda za zmanjševanje potrebe po uporabi PVU se je pokazalo izobraževanje negovalnega kadra o različnih tehnikah deeskalacije, vključno s poznavanjem stopnje nasilnega obnašanja in možne nevarnosti (Bregar, et al., 2012).

Za vse te ukrepe potrebujemo protokole – standarde in jih moramo dosledno upoštevati. Pri odločitvi o uporabi fizične omejitve pacienta sodeluje celoten tim. Medicinske sestre in zdravstveni tehniki smo le izvajalci PVU in smo v celoti odgovorni za pravilno izvedbo, nadzor in ustrezno dokumentiranje. Za pravilno in varno izvajanje pa mora biti zdravstveni delavec ustrezno teoretično izobražen in praktično usposobljen, kar je opredeljeno v 14. členu v povezavi s 13. členom Pravilnika o kadrovskih, tehničnih in prostorskih pogojih izvajalcev psihiatričnega zdravljenja (UL RS 63/2009), kjer je opredeljeno preverjanje iz praktičnih znanj uporabe in teoretičnih izhodišč za uporabo izvajanja PVU.

Strokovno ravnanje vključuje etične smernice, ki jih, kadar gre za poseg v bolnikovo telo, opredeljujemo kot biomedicinske smernice. Osnovni vodili sta delovanje v korist bolnika ali »delati dobro« in neškodovanje. Kadar se slabemu vplivu ne moremo povsem izogniti, se odločamo za način obravnave, ki bolniku povzroča manjšo škodo. Strokovne odločitve morajo temeljiti na strokovnih smernicah in vključevati etične poglede na dejanske in možne posledice odločitev (Šmitek, 2004). Pretehtane naj bi bile celostno – s stališča telesnega, duševnega (osebnostnega in čustvenega) in družbenega gledišča, predvsem pa s stališča bolnikovega osebnega doživljanja. Po načelu etike skrbi, ki je za področje zdravstvene nege temeljna etična teorija, pa za bolnika odločamo in ukrepamo z odgovornostjo in empatijo; to sta osnovni strokovni vrline, ki na osnovi celovitega pristopa omogočata razumevanje in individualno obravnavo bolnika. Bolnik in njegova situacija sta edinstvena in edinstven je v okviru izbire tudi pristop. Zdravstveno osebje mora spoštovati bolnikovo odločitev,

četudi meni, da ta ni dobra za bolnikovo zdravlje/življenje, v kolikor ni motena realitetna presoja pacienta (Tschudin, 2004).

SPECIFIČNA ZDRAVSTVENA STANJA

Nosečnost

Večina žensk doživlja nosečnost in čas materinstva kot obdobje sreče, zdravja in dobrega počutja. Kljub temu je nosečnost obdobje obsežnih bioloških, psiholoških in osebnostnih sprememb. Duševne motnje v obdobju nosečnosti niso nič manj pogoste kakor v ostalih življenjskih obdobjih. Okoli 20 % žensk se v času nosečnosti sreča z motnjami razpoloženja. Za nekatere ženske je to čas prvega stika z duševno motnjo, druge se z duševno motnjo srečajo še pred zanositvijo. Za ženske nagnjene k duševnim motnjam so čas nosečnosti, porod in čas po rojstvu otroka še posebno ranljivi. Žal nosečnost ne zavre razvoja duševne motnje. V kolikor nosečnica z duševno motnjo preneha z jemanjem zdravil, obstaja velika verjetnost, da se bo motnja med nosečnostjo poslabšala. Obvladovanje duševnih motenj, ki se pojavijo v obdobju nosečnosti, je nujno, saj le tako lahko preprečimo dolgoročne posledice bolezni tako za mater kot za otroka (Hriberšek, 2016).

O uporabi medikamentozne (psihomarmakološke) terapije še vedno obstajajo dvomi, ali je uporaba varna ali nevarna za plod. V kolikor nosečnica že prejema kot stalno terapijo antidepresive, bi lahko nenadna prekinitve te terapije neugodno vplivala na samo psihično počutje nosečnice. Einarson in soavtorji (2001) v študiji navajajo, da se lahko ob takojšni prekinitvi jemanja antidepresivne terapije stopnja samomorilne ogroženosti zviša oz. je hospitalizacija pogostejša. Vsekakor je potrebna individualna presoja zdravnika, ali so zdravila nujno potrebna ali ne. Praviloma naj nosečnice ne bi dobivale medikamentozne (psihofarmakološke) terapije, predvsem takih, ki prehajajo skozi placento in so lahko tudi teratogena ali povzročajo odvisnost tudi pri plodu. V ta sklop predvsem sodijo benzodiazepini in nekateri stabilizatorji razpoloženja (litij). Po drugi strani pa bi se duševne motnje v nosečnosti brez ustrezne terapije poglobljale.

Na splošno velja, da je zdravljenje shizofrenije in drugih psihotičnih motenj v nosečnosti podobno kakor v drugih življenjskih obdobjih le, da moramo upoštevati vpliv zdravila na otrokov razvoj. Z dokazi podprtih raziskav, ki bi v celoti ovrgle vpliv antipsihotika na otrokov razvoj, ni, vendar načeloma velja, da antipsihotikov ne uvrščamo med teratogena zdravila. Za večino pacientk z diagnozo shizofrenije, ki se s psihofarmaki zdravijo pred zanositvijo, velja, naj terapije po zanositvi ne prekinjajo. Antipsihotikov v depo oblikah v nosečnosti zaradi težjega prilagajanja odmerkov rutinsko ne uvajamo (Hriberšek, 2016).

SMERNICE

V literaturi ni zadosti podatkov o varni uporabi oviranja s pasovi med nosečnostjo; predvsem se podatki nagibajo k izvajanju fizičnega oviranja (držanje pacientke do umiritve). Na podlagi študije (National Task Force on the Use of Restraints with Pregnant Women under Correctional Custody, 2012), ki je bila opravljena v Ameriki, so strokovnjaki pripravili navodila, ki jih je potrebno upoštevati pri izvajanju oviranja s pasovi. Ta so:

- 1.) Izrecna prepoved oviranja s pasovi ne glede na vzrok agresije:
 - prepovedana je uporaba trebušnega pasu zaradi nevarnosti za plod;
 - prepovedana je uporaba samo ročnih in nožnih manšet (oviranje v gibanju) zaradi nevarnosti padca na trebuh;
 - prepovedana je uporaba ročne manšete (kot lisice) na hrbtu, nevarnost padca na nosečniški trebuh;
 - prepovedano je izvajanje oviranja leže z obrazom navzdol, nevarnost poškodbe ploda;
- 2.) Oviranje rok se izvede tako, da lahko nosečnica v primeru padca vnaprej zaščiti sebe in plod;
- 3.) Oviranja se nikoli NE uporabi med porodom, ker pasovi ovirajo sam potek poroda;
- 4.) V času takoj po porodu se oviranja ne izvaja zaradi koristi novorojenca in matere;
- 5.) Pri transportu nosečnice se oviranja izogibljemo, v kolikor ni nujno potrebno (če obstaja sum, da bi med prevozom nosečnica skočila iz vozila idr.);

- 6.) Pri oviranju upoštevamo načelo restriktivnosti (čim krajši čas in čim manj restriktivno oviranje);
- 7.) Oviranje se mora izvajati po sprejetem standardu oz. nacionalnem protokolu (dokumentiranje, izvajanje nadzora med oviranjem idr.):
 - utemeljitev uporabe ali pogojev, ki so privedli do uporabe posebnih varovalnih ukrepov pri nosečnici (ali so bile uporabljene tudi druge možnosti);
 - opredelitev časovnega intervala trajanja oviranja;
- 8.) Potrebna so redna strokovna izobraževanja s preizkusom znanja s področja izvajanja posebnih varovalnih ukrepov;
- 9.) Potrebno je vzpostaviti nadzor kakovosti in načine zagotavljanja kakovosti in varnosti:
 - poročanje o izvedbi posebnega varovalnega ukrepanja;
 - oblikovanje politike uporaba posebnih varovalnih ukrepov;
 - opredeliti jasne ukrepe in osebe glede odgovornosti.

V primeru uvedbe posebnega varovalnega ukrepa pri nosečnicah klasičnega trebušnega pasu ne uporabljamo. Lahko uporabimo Quick system, ki nosečnice ne ovira preko trebuha.

Trebušni ascites

Vzroki za nastanek jetrne ciroze so številni. Pri nas je nastanek jetrne ciroze največkrat povezan s prekomernim uživanjem alkohola – govorimo o alkoholni jetrni cirozi. Ko bolezen napreduje, se pojavijo zapleti in takrat rečemo, da je prišlo do dekompenzacije bolezni. Zapleti so številni in praktično ni organa v telesu, ki ne bi bil prizadet. Zaradi zmanjšane števila delujočih jetrnih celic so okrnjene številne funkcije jeter, razrast veziva in preustroj jetrnega tkiva pa ovirata sicer obilen pretok krvi iz prebavil prek jeter, oboje pa je vzrok nastanku značilnih zapletov jetrne ciroze. Nabiranje proste tekočine v trebuhu (ascites) je posledica oviranega pretoka krvi skozi jetra in posledično povečanega pritiska v trebušnem venskem žilju, ki povzroči prehajanje tekočine prek stene žil. Zaradi okvarjene funkcije jetra ustvarjajo malo beljakovin, zato pride do zmanjšanja količine beljakovin v krvi. Ker beljakovine v krvi preprečujejo uhajanje tekočine iz žilnega prostora, pomanjkanje beljakovin v krvi dodatno prispeva k nabiranju tekočine v trebuhu. Poleg tega prične organizem pri cirotiku v povečani meri zadrževati vodo v telesu. Poleg tega se zaradi nabiranja vode v telesu pojavijo otekline spodnjih okončin, kar imenujemo edemi (Koželjnik & Novak, 2015).

SMERNICE

Pri pacientih z ascitesom klasičnega trebušnega pasu ne uporabljamo zaradi samega pritiska pasu na trebuh, ki lahko poslabša bolezensko stanje. Kot alternativo lahko uporabimo Quick system iz naslednjih razlogov:

- 1.) Izrecna prepoved oviranja s pasovi, ne glede na vzrok agresije:
 - prepovedana je uporaba trebušnega pasu zaradi nabiranja proste tekočine v predelu trebuha;
 - prepovedana je uporaba samo ročnih in nožnih manšet (oviranje v gibanju) zaradi nevarnosti padca na trebuh;
 - prepovedana uporaba ročne manšete (kot lisice) na hrbtu, nevarnost padca na trebuh, ob tem lahko pride do hujših poškodb notranjih organov;
 - prepovedano je izvajanje oviranja leže z obrazom navzdol zaradi pritiska proste tekočine na trebušno prepono, lahko pride do motenj pri dihanju;
- 2.) Oviranja se ogibamo, v kolikor ni nujno potrebno;
- 3.) Najbolj primerno oviranje je izvajanje oviranja, da pacientu zdravnik predpiše ustrezno kemično oviranje, pacienta pa držimo za okončine do umiritve;
- 4.) Oviranje rok se izvede tako, da lahko pacient s ascitesom v primeru padca vnaprej lahko zaščiti sebe in trebuh;
- 5.) Pri oviranju upoštevamo načelo restriktivnosti (čim krajši čas in čim manj restriktivno oviranje);

- 6.) Oviranje se mora izvajati po sprejetem standardu oz. nacionalnem protokolu (dokumentiranje, izvajanje nadzora med oviranjem idr.):
 - utemeljitev uporabe ali pogojev, ki so privedli do uporabe posebnih varovalnih ukrepov pri nosečnici (ali so bile uporabljene tudi druge možnosti);
 - opredelitev časovnega intervala trajanja oviranja;
- 7.) Potrebna so redna strokovna izobraževanja z opravljenim preizkusom znanja s področja izvajanja posebnih varovalnih ukrepov;
- 8.) Potrebno je vzpostaviti nadzor kakovosti in načine zagotavljanja kakovosti in varnosti:
 - poročanje o izvedbi posebnega varovalnega ukrepanja;
 - oblikovanje politike o uporabi posebnih varovalnih ukrepov;
 - opredeliti jasne ukrepe in osebe glede odgovornosti.

Abdominalna kirurška rana

Rana kot pojem pomeni vsako prekinjeno kontinuiteto kože in globljih struktur. Z nastankom rane se prekine zaščitno funkcijo kože in globlja tkiva postanejo tako izpostavljena mehanskim poškodbam, izsušitvi, različnim vrstam sevanja, termalnim vplivom in mikroorganizmom. Oskrba rane je osnoven dejavnik vsakega kirurškega posega. Večino kirurških ran se zapre primarno (tj. sanatio per primam intentionem). To pomeni, da so razprta tkiva tesno zblížana, kar pomaga pri celjenju. Pri primarnem celjenju imamo opravka z rano, ki ima čiste, dobro približane ravne robove in se celi z minimalno brazgotino. Primarna rana je neprepustna za bakterije po približno dvanajstih urah. Takšen je kirurški rez pri načrtovani operaciji, ki se celi brez pooperacijskih zapletov (Hočevar, 1998).

Preveza abdominalne kirurške rane je negovalno terapevtski postopek medicinske sestre, s katero želimo preprečiti sekundarne okužbe rane, vzdrževati idealne mikroklimatske pogoje (temperaturo, vlago) in preprečiti ponovne mehanične in kemične poškodbe mladega vezivnega tkiva. Vodilo pri prevezi rane nam je individualna in celostna obravnava pacienta (Tomc Šalamun, 2010).

SMERNICE

- 1.) Pri pacientu s kirurško rano na trebuhu je kontraindicirana uporaba klasičnega pasu za oviranje na postelji;
- 2.) Najbolj primerno oviranje je izvajanje oviranja, da pacientu zdravnik predpiše ustrezno kemično oviranje, pacienta pa držimo za okončine do umiritve;
- 3.) Oviranja se ogibamo, v kolikor ni nujno potrebno;
- 4.) Pri kirurški rani na trebuhu bi klasično oviranje s pasovi (trebušni pas) lahko samo kirurško rano dodatno poškodovalo (dehiscenca rane);
- 5.) Pri oviranju upoštevamo načelo restriktivnosti (čim krajši čas in čim manj restriktivno oviranje);
- 6.) Oviranje se mora izvajati po sprejetem standardu oz. nacionalnem protokolu (dokumentiranje, izvajanje nadzora med oviranjem idr.):
 - utemeljitev uporabe ali pogojev, ki so privedli do uporabe posebnih varovalnih ukrepov pri pacientih s kirurško abdominalno rano (ali so bile uporabljene tudi druge možnosti);
 - opredelitev časovnega intervala trajanja oviranja;
- 7.) Potrebna so redna strokovna izobraževanja z opravljenim preizkusom znanja s področja izvajanja posebnih varovalnih ukrepov;
- 8.) Potrebno je vzpostaviti nadzor kakovosti in načine zagotavljanja kakovosti in varnosti:
 - poročanje o izvedbi posebnega varovalnega ukrepanja;
 - oblikovanje politike o uporabi posebnih varovalnih ukrepov;
 - opredeliti jasne ukrepe in osebe glede odgovornosti.

PRIMER: Alternativna oblika izvajanja oviranja s pasovi Segufix® – quick restraint system

SEGUFIX® – Quick system pasove sestavljajo:

- Quick Restraint Shoulder (ramena);
- Quick Restraint Hand (roke);
- Quick Restraint Foot (noge);
- magnetni gumbi (12 kom v črni barvi), v primeru srčnega spodbujevalnika ali inzulinske črpalke se uporablja nemagnetne gumbe;
- magnet ali nemagnetni ključ.



Slike 1,2,3: SEGUFIX® – Quick system, vir: www.segufix.com

Ime Quick ima tudi zaradi hitrejše in enostavnejše namestitve pasov na posteljo. Pasovi imajo že všite manšete za roke in noge.

Literatura

- Bregar, B., Kadivec, S., Kramar, Z., Marinšek, N., & Naka, S., 2012. *Protokol fizičnega oviranja s pasovi pacientov v bolnišnicah*. Available at: http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/ovirnice_pvu.pdf [27.9.2017]
- Dernovšek, M., & Novak-Grubič, V., 2001. *Priporočila in smernice za uporabo posebnih varovalnih ukrepov v psihiatriji*. Ljubljana: Literra Picta.
- Einarson, A., Selby, P., Koren, G. (2001). Abrupt discontinuation of psychotropic drugs during pregnancy: fear of teratogenic risk and impact of counselling. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 26(1), pp. 44–48.
- Glazer, A., & Brendel, R. (2010). Beyond emergencies: the use of physical restraints in medical and psychiatric settings. *Harvard Review of Psychiatry*, 18(6), pp. 353–58.
- Groleger, U., 2009. Agresivnost. In: Pregelj, P. & Kobentar, R., eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem razvoju*. Ljubljana: Rokus Klett, pp. 288–294.
- Hočevar, M., 1998. Rane pri onkološkem bolniku. In: Kozorog, N., ed. *Zbornik strokovnega seminarja sekcije študentov zdravstvene nege Slovenije*, Otočec, 20.–21. april 1998. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, pp.14–16.
- Hriberšek, D., 2016. *Uvajanje psihofarmakoterapije pri nosečnicah in doječih materah na Sprejemnem ženskem oddelku Psihiatrične bolnišnice Vojnik: specialistična naloga*. Ljubljana: Lekarniška zbornica Slovenije.
- Koželjnik, Ž. & Novak, M., 2015. Jetrna ciroza in njeni zapleti v urgentni ambulanti. In: Prosen, G., ed. *Šola urgence: Zbornik III šole urgence*. Maribor, 11. in 12. december 2015. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, 2015. Available at: <http://www.szum.si/media/uploads/files/Zbornik-SUM-2015.pdf> [30.9.2017].
- National Task Force on the Use of Restraints with Pregnant Women under Correctional Custody, 2012. *Best Practices in the Use of Restraints with Pregnant Women Under Correctional Custody*. U.S. Department of Health and Human Services. Department of Justice Grant No. 2010-DJ-BX-K080. Available at:

- https://www.cga.ct.gov/med/committees/med5/2016/0111/20160111ATTACH_Best-Practices-Use-of-Restraints-Pregnant.pdf [30.9.2017].
- Pravilnik o kadrovskih, tehničnih in prostorskih pogojih izvajalcev psihiatričnega zdravljenja ter o postopku njihove verifikacije*, 2008. Uradni list Republike Slovenije št. 77.
- Stewart, D., Van der Merwe, M., Bowers, L., Simpson, A., & Jones, J., 2010. A review of interventions to reduce Mechanical Restraint and Seclusion among Adult Psychiatric Inpatients. *Issues in mental health nursing*, 31(6), pp. 413–424.
- Šmitek, J., 2004. Etika v praksi – izločanje in vstavljanje urinskih katetrov. *Obzornik zdravstvene nege*, 38(4), pp. 319–324.
- Tomc Šalamun, D., 2010. Zapleti kirurške abdominalne rane – prikaz primera. In: Štemberger Kolnik, T., et al., eds. *Komplikacije kroničnih in akutnih ran: zbornik predavanj z recenzijo*. Terme Ptuj 12. in 13. marec 2010. Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije in Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji: Društvo za oskrbo ran Slovenije, pp. 85–97.
- Tschudin, V., 2004. *Etika v zdravstveni negi: Razmerja skrbi*. Ljubljana: Educy: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
- Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr)*, 2008. Uradni List Republike Slovenije 77.

DELA VNICE

**Za pomoč izvedbe delavnic se zahvalujemo podjetju
Sanolabor
Podjetje Sanolabor je največji ponudnik Segufix[®] pasov v
Republiki Sloveniji**



STROKOVNI SAMOZAŠČITNI PRIJEMI PRI OBVLADOVANJU PACIENTA Z AGRESIVNIM VEDENJEM (POVZETEK DELAVNICE)

Urban Bole, dipl. zn.
Psihiatrična bolnišnica Begunje, Slovenija
Urban.bole@gmail.com

Zaposleni v zdravstveni negi na področju psihiatrije so izpostavljeni agresiji. Magnavita in Heponiemi (2012) ugotavljata, da se možnost agresije poveča s količino časa, ki ga zdravstveni delavci preživijo ob pacientu. Tako so prav zaposleni v zdravstveni negi tudi do devetkrat bolj izpostavljeni agresiji kot ostali zdravstveni delavci. Kitaneh in Hamdan (2012) ugotavljata, da je izpostavljenost agresiji postal vsakodnevni fenomen, s katerim se srečujejo zaposleni v zdravstveni negi na področju psihiatrije. Iz raziskave je razvidno, da več kot polovica zaposlenih agresijo jemlje kot nekaj samoumevnega ter je niti ne prijavi. Raziskovalca ugotavljata, da sta pomanjkanje vzvodov prijavljanja agresivnih dogodkov in strah pred posledicami vzroka, da zaposleni ne prijavljajo agresivnih dogodkov.

Največja nevarnost za agresivno vedenje pacienta se pojavi, ko je potencialna nevarnost spregledana in ni klinično obravnavana. Razlogi za nasilne napade pacientov z duševnimi motnjami se razlikujejo in pogosto ni logične utemeljitve za agresivno dejanja. Največkrat so agresivna dejanja posledica psihoze, v kateri prevladujejo paranooidne blodnje in halucinacije, ter predvsem posledica zlorabe psihoaktivnih substanc (Edward, et al., 2014).

Čeprav do fizične agresije pri zaposlenih v zdravstveni negi prihaja redkeje kot do verbalnega, pa so posledice fizičnega agresije zelo resne. Sem sodijo ugrizi, raztrganine, modrice, zlomi, izpahi sklepov ter poškodbe glave (Baby, et al., 2014). Telesne poškodbe zaradi agresije na delovnem mestu in posledično odsotnost z dela zaradi bolniškega staleža se odražajo tudi na finančnem področju. Prav tako izpostavljenost nasilju na delovnem mestu vpliva na zmanjšano stopnjo učinkovitosti in produktivnosti ter s tem na kakovost in raven zadovoljstva (Teymourzadeh, et al., 2014). S porastom mobilne telefonije in socialnih omrežij se pojavljajo tudi nove oblike agresije. Tako med novejšie oblike nasilja raziskovalci prištevajo zalezovanje. Posledice zalezovanja so tako fiziološke kot psihološke. Med psihološkimi posledicami se najpogosteje sreča strah, nemoč ter jezo, med fiziološkimi pa motnje spanja ter težave z apetitom (Acquadro, et al., 2015).

Zaposleni v zdravstvu, predvsem na področju psihiatrije, so velikokrat soočeni z obvladovanjem pacienta s hetero- in avtoagresivnim vedenjem. Ob koncu šolanja in na začetku poklicne kariere nihče ni pripravljen na neprijetne dogodke. Nekatere posege in zdravstveno nego se izvaja proti volji pacientov, kar je že samo po sebi stresno in neugodno. Po svetu obstajajo redki programi, s katerimi se usposobi zdravstveno osebje, da prepozna nevarne situacije in razvija učinkovite mehanizme za obvladovanje nasilja. Zaposleni v zdravstvu se pri svojem delu srečujejo z nasiljem v različnih vlogah: kot žrtve nasilja, kot potencialni povzročitelji in kot strokovnjaki, ki znajo pravilno odreagirati ob pojavu nasilja (Vatovec-Progar, 2009).

Preventiva za boj proti negativnim posledicam nasilja na delovnem mestu vključuje uporabo telefona, klicne naprave za pomoč, trening samozaščitnih prijemov, socialno podporo in omejevanje interakcij s potencialnimi ali z že znanimi povzročitelji nasilja iz preteklosti. Nasilje na delovnem mestu je resen in vedno večji problem, ki vpliva na vse zdravstvene delavce. Potrebne so strategije za preprečevanje nasilja na delovnem mestu in obvladovanje negativnih posledic, ki jih zdravstveni delavci doživijo zaradi nasilnih dogodkov. Ključne komponente programa vključujejo izobraževanje in usposabljanje osebja, oceno tveganja, in predvsem zaveze vodstev organizacij za upravljanje prakse in razvoja politike ničelne tolerance do nasilja na delovnem mestu (Gillespie, et al., 2010).

Ključne besede: nasilno vedenje, obvladovanje, zaščitni prijemi, psihiatrična zdravstvena nega

Način predstavitve: delavnica

Priporočena literatura:

- Acquadro Maran, D., Varetto, A., Zedda, M. & Franscini, M., 2015. Health Care Professionals as Victims of Stalking: Characteristics of the Stalking Campaign, Consequences, and Motivation in Italy. *Journal of interpersonal violence*, pii: 0886260515593542 [Epub ahead of print].
- Baby, M., Glue, P. & Carlyle, D., 2014. 'Violence is not part of our job': a thematic analysis of psychiatric mental health nurses' experiences of patient assaults from a New Zealand perspective. *Issues in mental health nursing*, 35(9), pp. 647–655.
- Edward, K.L., Ousey, K., Warelow, P. & Lui, S., 2014. Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *British journal of nursing*, 23(12), pp. 653–659.
- Gillespie, G.L., Gates, D.M., Miller, M. & Howard, P.K., 2010. Workplace violence in healthcare settings: risk factors and protective strategies. *Rehabilitation nursing*, 35(5), pp.177–184.
- Kitaneh, M. & Hamdan, M., 2012. Workplace violence against physicians and nurses in Palestinian public hospitals: a cross-sectional study. *BioMed Central health services research*, 20(12), p. 469.
- Magnavita, N. & Heponiemi, T., 2012. Violence towards health workers in a public health care facility in Italy: a repeated cross-sectional study. *BioMed Central health services research*, (12), p. 108.
- Teymourzadeh, E., Rashidian, A., Arab, M., Akbari-Sari, A. & Hakimzadeh, S., 2014. Nurses exposure to workplace violence in a large teaching hospital in Iran. *International journal of health policy and management*, 3(6), pp. 301–305.
- Vatovec-Progar, I., 2009. Nasilje v zdravstvu – Kako nam je v pomoč Zdravniška zbornica Slovenije. In: Z. Klemenc-Ketiš & E. Zelko, eds. *II. Zdravčevi dnevi. Nasilje v zdravstvu in novosti v preventivi. Grad Beltinci, 11. in 12. 9. 2009.* : Zavod za razvoj družinske medicine, pp.17–22.

DEESKALACIJSKE TEHNIKE KOMUNIKACIJE

strok. sod. Aljoša Lapanja, dipl. zn., univ. dipl. soc. ped.,
Urban Bole, dipl. zn.

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana,
Psihiatrična bolnišnica Begunje
aljosa.lapanja@psih-klinika.si

Izvleček

Pacient z agresivnim vedenjem predstavlja urgentno stanje v zdravstveni negi na področju psihiatrije, ki od negovalnega tima zahteva visoko strokovno znanje, podprto z izkušnjami v klinični praksi, in usklajeno ter pravočasno delovanje v smeri preprečevanja oziroma zmanjševanja agresivnega vedenja in njegovih posledic. Temeljno in najmočnejše orodje, ki ga medicinska sestra na področju psihiatrije pri svojem delu uporablja, je terapevtska komunikacija, ki je gradnik terapevtskega odnosa in iz katere izhaja moč tehnik deeskalacije pri obravnavi pacienta z nasilnim vedenjem. Pri prepoznavanju in preprečevanju agresivnega vedenja ima medicinska sestra osrednjo vlogo, saj ji zaradi tesnega stika s pacientom, v katerem se razvija njun odnos, omogoča dobro poznavanje vedenja pacienta in s tem pravočasen izbor ustreznih intervencij zdravstvene nege. Glavna intervencija pri pacientu, ki je v vedenju napet, nemiren in pri katerem obstaja povečano tveganje, da postane agresiven do sebe ali drugih, je uporaba terapevtskega pogovora in deeskalacijskih tehnik komunikacije.

Delavnica iz deeskalacijskih tehnik komunikacije je namenjena vsem zdravstvenim delavcem, ki se pri svojem delu soočajo s pacienti, ki so v procesu zdravstvene obravnave težavni, odklonilni oz. se njihovo vedenje stopnjuje do različnih oblik nasilja. V delavnici bodo predstavljene temeljne teoretične usmeritve in skozi igro vlog praktične izkušnje v komunikaciji z napetim in/ali vznemirjenim pacientom na različnih ravneh zdravstvenega varstva.

Ključne besede: *nasilno vedenje, preventiva, varnost*

Abstract

A patient acting aggressively represents emergency in the psychiatric nursing, which requires highly professional knowledge from the nursing team, supported by experience in the clinical practice, and a coordinated and timely action to prevent or reduce the violent behavior and its consequences. The basic and most powerful tool used by a nurse in the psychiatric nursing is the use of therapeutic communication, which is the cornerstone of the therapeutic relationship and from which the power of de-escalation techniques arises, when we are treating the patient acting violently. Nurses have the most important role in identifying and preventing aggressive behavior in psychiatric nursing. The continuity of nursing care is the key factor for knowing and predicting the patient's behavior as well as selecting the appropriate nursing interventions. In dealing with an agitated patient with high risk of developing aggressive behavior towards himself or others, the most appropriate measure to be taken is the use of the therapeutic communication along with de-escalation techniques.

The workshop about the use of de-escalation techniques in communication with patients is intended for all health professionals, who are working with patients that are demanding in the process of health treatment and manifest various forms of aggression. The workshop will present the basic theoretical foundations and by means of roleplaying, provide an opportunity of gaining practical experience in communicating with agitated patients at various levels of health care.

Key words: *violent behavior, prevention, safety*

Deeskalacijske tehnike komunikacije

Deeskalacija je zmanjševanje stopnjevanja napetosti z uporabo verbalnih in neverbalnih komunikacijskih tehnik z namenom zmanjšati stopnjo vznemirjenosti, jeze, sovražnosti in potencialne

agresivnosti pri napetem pacientu (Rager Zuzelo, 2009). Lapanja (2015) proces deeskalacije opisuje v štirih fazah:

1. Ocena situacije

Proces deeskalacije se začne z pravočasno prepoznavo oz. zaznavo spremenjenega vedenja pacienta, pri čemer so zaposlenim poleg strokovnega znanja in prepotrebni izkušnji v pomoč tudi različne lestvice za oceno tveganja za nasilno vedenje (Overt aggression scale, Brøset violence checklist, idr.). To je neposredna presoja razpoloženja in vedenja pacienta, ki se jo opravi večinoma samodejno, vendar pa se je moč večšine presojanja tudi naučiti in jo razvijati. Posebej je treba biti pozoren na spremembe v običajnem vedenju pacienta na oddelku, npr. prej tih in zadržan pacient postane nenadoma glasen in obratno. Še posebej pa je potrebno pozornost dajati pravilni oceni neverbalne komunikacije (npr. pacient ima jezen pogled, stiska pesti, nezaupljivo pogleduje okrog, se ozira za »slušnimi halucinacijami« idr.).

2. Zmanjšanje jeze

Predpogoj za uspešno izvedbo te faze je, da ima medicinska sestra svoje vedenje in čustva pod čim večjim nadzorom. Na pacienta, ki npr. vpije in žali, reakcija z jezo oz. glasnim načinom govora ali z direktivnim postavljanjem meja oz. pravil v nobenem primeru ni ustrezno ravnanje. Če obvladovanje lastne jeze ni ustrezno, potem je v nobenem primeru ni možno zmanjšati pri pacientu. Velika verjetnost je, da bomo kvečjemu dosegli nasprotni učinek in povzročili incident. Ves čas moramo biti pozorni na lastno neverbalno komunikacijo. Do pacienta pristopimo umirjeno, v nevtralnem telesnem položaju, navzven dajemo vtis zaupanja in odločnosti. Pri izrazito nemirnem pacientu je nujno potrebno pristopiti na varni varnosti razdalji (vsaj na razdalji dolžine telesa oz. dosega dolžine roke). V komunikaciji smo ves čas prijazni, uporabimo zmeren ton glasu, govor je nekoliko počasnejši od sogovornika in razločen. Uporabljamo kratke stavke, ki jih lahko večkrat ponovimo, da se pri pacientu »usidraj« . Večkrat mu sporočimo, da je na varnem, da se mu ne bo zgodilo nič hudega in da mu želimo pomagati. Pacienta vprašamo, kako mu lahko pomagamo. Pomembna je refleksija pacientovih čustev s tem, da mu povemo, da ga razumemo, da je jezen, da je v stiski, da se mu godi krivica. Vse to deluje na pacienta pozitivno, saj nam pomaga pridobiti njegovo pozornost in zaupanje. Dati mu moramo jasno vedeti, da mu ne moremo pomagati, če se ne umiri oz. če npr. ne neha kričati. Po drugi strani pa je pomembno zavedanje, da moramo v določenem delu pacientu tudi dati možnost, da se z svojim glasnim načinom govora sprosti oz. da pove, kaj ga teži in na tak način zmanjšamo stopnjo napetosti.

3. Razjasnitev težave

Na nasilnost se v stresu običajno neustrezno odzovemo z vprašanjem, kaj vas moti ali kaj je narobe. Vprašanje, postavljeno na tak način, ne vodi k razjasnitvi težave. Najpomembnejši element te faze je poslušanje pacienta, s tem mu damo občutek vrednosti in zaupanja, da smo tam zaradi njega in njegove težave oz. frustracije, s katero se sooča. Če smo objekt problema mi sami, se moramo iz situacije takoj umakniti in za pomoč prositi kolega v timu, ki mu pacient bolj zaupa. Pomembno pravilo uporabe tehnik deeskalacij je, da jo vodi ena sama oseba, ostali člani tima so v bližini in pripravljeni na intervencijo v primeru izbruha agresivnega vedenja. Vedeti moramo, kaj je povzročilo oz. sprožilo jezo, preden lahko ponudimo rešitev. Pri pogovoru izhajamo iz že znanih informacij o pacientu (razlog sprejema, medicinska in negovalna diagnoza, običajno vedenje na oddelku, kakšno je bilo vedenje pred samimi izbruhom jeze in nemira idr.). Pri postavljanju vprašanj izhajamo iz načel terapevtskega pogovora (parafraziranje, povzemanje, poslušanje idr.) in uporabljamo odprta vprašanja, saj s tem damo možnost, da pacient lažje izrazi svojo stisko in čustva. Vzemimo za primer pacienta, ki se je vznemiril po končanih obiskih svojcev. Pogovor vodimo v tej smeri in pacienta predvsem poslušamo, kaj nam ima povedati, zakaj je jezen, ter ga na koncu vprašamo o možnih rešitvah.

4. Rešitev težave

Rešitev iščemo skupaj s pacientom tako, da mu jo ponudimo, obenem pa ga spodbujamo, da rešitve predlaga tudi sam. Pri iskanju rešitev moramo delovati konstruktivno, ne smemo biti zavajajoči, skupaj s pacientom moramo iskati kompromisne rešitve v dani situaciji. Denimo, če pacient

zahteva takojšen odpust in preklicuje izjavo o strinjanju, mu te rešitve avtomatično ne moremo ponuditi, razložimo pa mu njegove pravice po zakonu in mu nemudoma omogočimo pogovor z zdravnikom. Drug primer, ko je vzrok jeze in agresivnega vedenja pri pacientu to, da ni dobil pričakovanih obiskov, mu ponudimo telefonski klic, a šele potem, ko se pacientovo vedenje umiri do te mere, da bo telefonski razgovor potekal v normalnem tonu in brez obtoževanj. Ko pa je vzrok agresivnega vedenja psihoproduktivno bolezensko doživljanje pacienta, izhajamo iz temeljnega cilja, da pacientu z uporabo terapevtskega pogovora z elementi deeskalacijskih tehnik zagotovimo fizično in psihično varnost. Npr. pacientu, ki se počuti ogrožen od drugih pacientov in v vedenju nakazuje agresivne tendence, omogočimo osamitev od ostalih, mu ponudimo pogovor o tem v sestrski sobi, mu ponudimo morebitno medikamentozno terapijo po naročilu zdravnika, mu zagotovimo stalno prisotnost osebja v skupnih prostorih idr. Težje je do konstruktivnih rešitev priti pri pacientih ob sprejemu na oddelek, ki so pod vplivom alkohola ali drugih psihoaktivnih substanc. Proces deeskalacije vodimo predvsem v smeri enega cilja, tj. preprečiti agresivno vedenje in zagotoviti varnost pacienta, nas samih in ostalih pacientov na oddelku. Nazadnje je pomembno vedeti, da nismo v vlogi univerzalnega iskalca rešitev in »gasilca požarov«, včasih je že pogovor, ki je vseboval elemente deeskalacije, zadostna rešitev, saj je pacientu dana možnost, da reflektira svoje vedenje, izrazi svoja čustva in stiske ter s tem zmanjša jezo in notranji nemir.

Pri deeskalacijskih tehnikah komunikacije je zelo pomembna pravilna uporaba neverbalne komunikacije. Na njej namreč temelji večji del elementov, ki sestavljajo deeskalacijske tehnike komunikacije. Elementi procesa deeskalacije po Cvitkovichu (2005) so:

- **komunikacija:** uporabimo terapevtsko komunikacijo, predvsem poslušamo, uporabljamo ponavljanje, odsevanje in potrditev. Vprašanja naj bodo odprtega tipa, osredotočena na vprašalnice, kako, kaj ali kdaj. Beseda zakaj naj bi bila provokativna, še zlasti, če pacient za nastalo situacijo krivi nas ali naše sodelavce;
- **uporaba tišine:** lahko jo uporabimo kot učinkovito komunikacijsko orodje takrat, kadar želimo pacientu in sebi dati čas za razmislek, poudariti pomen določene misli oz. stavka;
- **ton našega glasu:** vpitje, sarkazem in nestrpnost dviguje prag napetosti, deeskalacijsko deluje pomirjajoč, tih, a odločen glas. Ne govorimo, ko pacient glasno vpije, uporabimo nižji ton glasu. Pacientu moramo dopusti možnost, da ubesedi jezo in stisko, ki jo čuti;
- **razpoloženje:** delujemo mirno, a odločno, kontroliramo lastna čustva, prilagodimo svojo stopnjo skrbnosti oz. empatije;
- **izraz na obrazu:** pogosto se razpoloženje druge osebe reflektira na našem obrazu. Če je nekdo vznemirjen, potem našo skrb zanj izražamo z izrazom, ki reflektira njegovo razpoloženje;
- **očesni kontakt:** potrebno je vzdrževati nevtralen očesni kontakt. Strmenje se lahko zazna kot konfrontacijo, umikanje pogleda pa kot nevednost zaupanja – nezanesljivost;
- **lastni prostor:** pacient, ki je na meji izbruha nasilnega vedenja, potrebuje do 4-krat več prostora. Ne posegamo v njegov osebni prostor, držimo razdaljo 1,5–2 metra ali vsaj za dolžino roke, ko se napetost zmanjšuje;
- **sprememba prostora in položaja telesa:** pomembna je izolacija pacienta od izvora nasilnega vedenja (npr. drug pacient), ponudimo mu pogovor v mirni sobi, če je le možno mu ponudimo, da se usede. Lahko se usedemo prvi in pacienta napeljemo k temu, da se nam pridruži;
- **drža telesa:** naša drža je izredno pomembna, izogibamo se obrambnim držam z izražanjem avtoritete, držimo se sproščeno, s spuščenimi rokami, ne izvajamo hitrih gibov;
- **možnost umika:** pacientu, ki je nemiren in na meji nasilnega vedenja, nikoli ne kažimo hrbta in ne dovolimo, da nam lahko zapre pot izhoda. Vedno je potrebno imeti odprto možnost umika iz nevarne situacije, na doseg roke javljajnik »panik alarma« in če je možno, večje število osebja, kadar se pričakuje, da tehnike deeskalacije ne bodo uspešne.

Priporočena literatura

Cvitkovich, Y., 2005. *Preventing violent and aggressive behaviour in healthcare: a literature review*. Vancouver: Occupational Health & Safety Agency for Healthcare, p. 34. Available at:

- [http://www.phsa.ca/Documents/Occupational-Health Safety/ReportPreventingViolentandAggressiveBehaviourinHea.pdf](http://www.phsa.ca/Documents/Occupational-Health%20Safety/ReportPreventingViolentandAggressiveBehaviourinHea.pdf) [25.8.2017].
- Gorše Muhič, M., 2009. Terapevtska komunikacija. In: Pregelj, P. & Kobentar, R. eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Psihiatrična klinika Ljubljana: Rokus Klett, pp. 31–39.
- Lapanja, A., 2015. Deeskalacijske tehnike komunikacije. In: Peterka Novak, J. & Bregar, B. eds. *Izobraževalne vsebine v zdravstveni negi na področju psihiatrije*. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, pp. 110–118.
- Rager Zuzelo, P., 2009. *The Clinical nurse special handbook*. Canada: Jones and Bartlett Publishers, pp. 169–170.

SPORAZUMEVANJE NAMESTO NASILJA – VEŠČINE V MEDOSEBNIH ODNOSIH ZA DOBRO SODELOVANJE S PACIENTI: IZRAŽANJE POVRATNE INFORMACIJE

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

Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani
polona.selic@siol.net

Razširjeni vsebinski izvleček

Sporazumevanje je lahko neuspešno zaradi ovir, kot so: (i) **fizični dejavniki in mehanične ovire**, ki lahko otežijo ali onemogočijo komunikacijo; (ii) **semantične ovire**, vezane na pripis pomena, ki ostaja v mislih govorca in prejemnika sporočila in ne v besedah samih (lahko se zgodi, da prejemnik pripiše besedam svoj (drugačen) pomen); (iii) **psihološke ovire**, ki so posledica predsodkov, vrednot in stališč posameznika; (iv) **ovire v procesu zaznavanja in filtriranja**, ki so v tesni povezavi s psihološkimi ovirami, saj je filtriranje povezano s kognitivnimi funkcijami/procesi. Pri filtriranju so temeljnega pomena predpostavke, vnaprejšnje domneve, ki vplivajo na to, kako zaznavamo in komuniciramo z različnimi ljudmi.

V medosebnih odnosih je konflikt trčenje dveh ali več motivov, ki ga spremljajo občutki nezadovoljstva, jeze ali besa, zaskrbljenosti, nezaupanja in sumničenja v tuje namere. Konflikte doživljamo v različnih življenjskih obdobjih in socialnih vlogah kot nasprotovanje potreb, želja, interesov, čustev in ravnanja. Konflikti so sestavni del boja za središčno mesto v odnosu (kdo je v odnosu bolj pomemben), pojavljajo se v prizadevanju za varnost in gotovost (kako se v odnosu počutiti varno/-ega), vključeni so v boj za prevlado (kdo dominira v odnosu) in za osebno integriteto v odnosu (kako sebe ohraniti v odnosu). Konflikt nastane vselej, ko želje, pričakovanja, potrebe, stališča, mnenja dveh (ali več) posameznikov v sporazumevalnem odnosu niso skladna. Drugi vzroki so lahko različna in/ali popačena prepričanja ali problemi zaradi frustriranosti in različnih vrednotnih orientacij. Vzrok konfliktov lahko izvira iz osebe same, ko gre za napačno presojo resničnosti (vidimo nekaj drugega namesto realnega), nepoznavanje samega sebe (lastni odzivi nas presenečajo, imamo napačno sliko o sebi, primanjkuje nam uvida v svoje vedenje), nenadzorovana čustva, povezana s poznavanjem samega sebe (pomanjkanje zmožnosti samonadzora), tesnobo ali predsodke, netolerantnost in pomanjkanje humorja.

Vzroke za konflikte najdemo med komunikacijskimi problemi, kot so nejasna komunikacijska raven, prikriti boj za moč in pozicijo, anksiozna komunikacija, komunikacija ob napačnem času, različni interesi, različni čustveni problemi, nesposobnost enoznačnega izražanja čustev ter nerazumljive sociolingvistične kode. Drugi komunikacijski vzroki konfliktov so še semantični nesporazumi, zamenjava komunikacijskih ravni, neprimerni čustveni odzivi, nebesedna spremljava, neuskklajenost med besednimi in nebesednimi sporočili, amorfni stil komuniciranja (brezosebno komuniciranje), fragmentarni (nepopolnost sporočil) ali reaktivni stil (defenzivna/ofenzivna sporočila), simetrična eskalacija (medsebojno tekmovanje in rivalstvo) ter toga komplementarnost (fiksirane pozicije v komunikacijskih odnosih).

Kako sporočimo, da je vedenje pacienta nesprejemljivo?

IZRAŽANJE POVRATNE INFORMACIJE

1. **Dosledno govorimo o vedenju (princip vedenja):** besedno sporočilo zadeva vedenje, ne osebnost/osebo;
2. **Vedenje umestimo v konkretni prostor in čas:** ne uporabljamo besed vedno ali nikoli; **princip specifičnosti:** jasnost in določenost sporočila – namenjeno naslovniku;
3. **Predlagamo alternativo (princip preusmeritve):** opredelimo vedenje, ki je neustrezno, in vedenje, pri katerem naj se drugi angažira (nakažemo rešitev);
4. **Svoje vtise in predpostavke predstavimo kot vtise in predpostavke (princip subjektivnosti):** ne kot dejstva (o vedenju druge osebe);

5. **Pazimo na jakost/moč (princip minimalnosti):** sporočilo naj bo le toliko močno, da pri drugem izzove najmanjšo možno mero neprijetnosti. Premočno sporočilo lahko izzove jezo (krivičnost), prizadetost, odpor ipd.;
6. **Odzivamo se sproti (princip pravočasnosti):** sporočilo mora biti časovno karseda blizu dogajanju/vedenju; **omejitve – socialni kontekst:** izražanje kritike pred drugimi lahko povzroči premočan odziv).

Priporočena literatura

- Selič, P., 2012. Načela sporazumevanja v družinski medicini. In: Švab, I. & Rotar-Pavlič, D., eds. *Družinska medicina: učbenik*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, pp. 157–74.
- Selič, P., 2007. *Novi odročnik: nebesedno sporazumevanje za vsakdanjo rabo*. Ljubljana: Inštitut za psihofiziološke študije Pares.

OBLIKOVANJE SMERNIC ZA UVEDBO NIČELNE TOLERANCE V ZDRAVSTVENIH USTANOVAH

Simona Podgrajšek, univ. dipl. org., dipl. m. s.
Univerzitetni klinični center Maribor
podgrajsek.simona@gmail.com

Izveleček

V prispevku obravnavamo nasilje, ki se vse pogosteje pojavlja v zdravstvenih ustanovah. Da bi se s tem problemom lahko soočili, ga moramo v prvi vrsti prepoznati, šele nato lahko pristopimo k njegovemu reševanju. Ključno je ozaveščanje in izobraževanje zdravstvenih delavcev, da nasilje prepoznajo kot problem oz. težavo ter jasno in odločno nakažejo oz. sporočijo, da le-tega ne spejemajo. Ob podpori managementa v zdravstvenih ustanovah, politike oz. države ter širše družbe, ki s svojimi stališči jasno zavračajo nasilje, bi nedvomno toleranco do nenasilja lažje dosegli.

Ključne besede: nasilje, komunikacija, dejavniki tveganja

Nasilje v zdravstvenih ustanovah

Ni več informativne oddaje, poročil, da ne bi omenjali takšno ali drugačno obliko nasilja, pogosto tudi takšnega, ki se konča tragično. Tega je vse več, tudi v zdravstvu. Minulo leto je medijsko odmeval predvsem dogodek v izolski bolnišnici, ki se je končal s smrtjo zdravnika. Ta nesrečni dogodek je sprožil veliko vznemirjenosti pri zaposlenih v zdravstvu ter pritegnil zanimanje širše javnosti.

V zdravstvenih ustanovah se med drugim tudi medicinske sestre pogosto srečujejo z različnimi oblikami nasilja, tako s psihičnim kot tudi fizičnim. Poklic medicinske sestre se po podatkih Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (<https://www.zbornica-zveza.si/sl/nasilje-nad-zaposlenimi-v-zdravstveni-negi-se-stopnjuje>) uvršča v sam vrh poklicev, ki so najbolj izpostavljeni nasilju, tudi fizičnemu, takoj za policisti in varnostniki.

Nasilju so pogosteje izpostavljeni zdravstveni delavci v enotah nujne medicinske pomoči, enotah za psihiatrično zdravljenje, v domovih starejših občanov, predvsem na dementnih oddelkih ter v posebnih zavodih, kjer bivajo invalidne osebe (Kyngas, 2017). Pogosto zaposleni, ki vsakodnevno opravljajo delo s težavnimi in velikokrat tudi nasilnimi pacienti, nasilje sprejemajo kot nekaj normalnega, samoumevnega in temu problemu posvečajo premalo pozornosti. Ključno je torej ozaveščanje in izobraževanje zaposlenih v zdravstvenih ustanovah, da bodo imeli sposobnost prepoznati nasilje in imeli znanje za učinkovito soočanje z njim (Ažman, et al., 2017).

Dejavniki tveganja za pojav nasilja

Če želimo zagotoviti čim večjo varnost v zdravstvenih ustanovah, je nujno, da prepoznamo dejavnike tveganja za izbruh nasilja (Umek, 2017):

- *okolje*: slabo opremljene čakalnice, prenapolnjene in neprezračene čakalnice, dolgo čakanje brez pojasnil, nejasna pravila, prehitevanje vrste, nepredvidljive okoliščine itn.,
- *zdravstveno osebje*: prenizka ali previsoka tolerance do nasilja, osebno zapletanje v konflikte, užaljenost, osebna prizadetost, neizkušenos, nepoznavanje znakov grozečega nasilnega vedenja, slabe komunikacijske in pogajalske veščine itn.,
- *pacienti*: tesnoba, droge, alkohol, duševne bolezni, akutna stresna reakcija, kratkostičnost, nizka tolerance za frustracije, kulturne razlike itn.,
- *svojci*: prevelika pričakovanja, nepoznavanje sistema, pravil OZZ in PZZ, premalo pozornosti, droge, alkohol, kratkostičnost, neznajdenost, razočaranja itn.

Izjemno pomembno je tudi, da zdravstveno osebje pravočasno prepozna znake, ki nakazujejo na možnost nasilnega oz. agresivnega vedenja (Umek, 2017):

- *telesne spremembe – znaki stresa*: potenje, stiskanje zob, tresenje, napetost, stiskanje pesti, sunkovito dihanje, nemirnost, zariplost itn.,
- *glasovni izrazi jeze in frustracije*: vpitje, zmerjanje, preklinjanje in grožnje itn.,
- *vedenjske spremembe*: grozeče kretnje, vstajanje, topotanje, razbijanje po vratih, metanje stvari in približevanje itn.,
- *znaki alkoholiziranosti ali uporabe drog*,
- *prisotnost orožja*.

Preprečevanje nasilja z oblikovanjem smernic, s katerimi bi pripomogli k uvedbi ničelne tolerance v zdravstvenih ustanovah

Nasilje lahko preprečujemo le z ničelno toleranco do njega. Nujno je torej spodbujanje ničelne tolerance do nasilja. Nasilni so lahko le tisti, ki jim dovoljujemo, da so nasilni. Zaposleni v zdravstvenih ustanovah so dolžni posredovati jasna sporočila, da je takšno ravnanje nedopustno in hkrati tudi kaznivo ter na ta način pripomoči k preprečevanju nasilja.

- *Država s svojo zakonodajo lahko pripomore k zmanjšanju nasilja*:

Zakon o pacientovih pravicah v 54. členu nalaga pacientom, da morajo biti pacienti spoštjivi in obzirni do zasebnosti in drugih pravic drugih pacientov ter zdravstvenih delavcev in sodelavcev (ZPacP, 2008). V primeru kršitev teh pravic zakon sankcij ne predvideva.

- *Zdravstvene ustanove in njihova vodstva si prizadevajo preprečiti nasilje*:

Izjemno pomembno je, da zdravstvene ustanove temu problemu pristopijo celostno. Pri preprečevanju nasilja v takšni ustanovi ali organizaciji je potrebno prepoznati, upoštevati rizične dejavnike, ki so prisotni tako pri pacientih kot tudi zdravstvenih delavcih, razumeti odnose, ki nastajajo med zdravstvenimi delavci in pacienti, prepoznati dejavnike okolja in končno dejavnike zdravstvene organizacije. Ključno je torej, da pravočasno zaznamo, prepoznamo, analiziramo in ukrepamo v smeri preprečitve nasilja na vseh področjih. Kot primer lahko navedemo Univerzitetni klinični center Maribor oz. njegovo vodstvo, ki je v tem letu po celotni kliniki izobesilo plakate, ki nagovarjajo predvsem paciente, ki vstopajo v ustanovo, da je nasilje nekaj, kar ni sprejemljivo, in se mu želimo upreti. Prav tako skozi vso leto potekajo delavnice znotraj klinike za obvladovanje deeskalacijskih tehnik komuniciranja z nasilnim pacientom. Delavnic se udeležujejo zdravstveni delavci različnih oddelkov.

- *S pomočjo izobraževanja in usposabljanja zdravstvenih delavcev do ničelne tolerance do nasilja*:

Formalno izobraževanje na področju zdravstvene nege skozi celoten sistem izobraževanja, tako na srednje šolski ravni kot na visoko šolski, poda zelo skopo znanje s področja nasilja na delovnem mestu. Vendar pa je v današnjem času pridobivanje znanja s tega področja nujno. Za lažje razumevanje nasilja bi bilo smiselno, da bi zdravstveno osebje že na začetku poklicne poti izobrazili in usposobili za delo s težavnimi oz. nasilnimi pacienti. Pomembno je predvsem naslenje: 1) *Spoznavanje lastnih osebnostnih in vedenjskih značilnosti*: Premalo se zavedamo, da na naš odnos z drugimi v veliki meri vplivajo naše osebnostne lastnosti in vedenjske karakteristike in ne samo karakteristike tistega, s katerim smo v nekem odnosu. Pri tem ima pomembno vlogo tudi situacija, v kateri se nahajamo. Vedati moramo, da je medsebojni odnos interakcija in da tako kot mi presojujemo druge in se v skladu s tem tudi vedemo, tako tudi sogovorniki ocenjujejo nas in naše vedenje, kar povratno vpliva na njihov odnos do nas. Zaželeno bi bilo, da bi osnovna znanja o tem, kako ocenjujemo sebe in kako ocenjujemo druge pridobili med študijem (predavanja, praktične vaje); ne bi bilo odveč, če bi za zdravstveno osebje organizirali t. i. treninge senzitivnosti, ki potekajo v majhnih skupinah, pri čemer ti člani skupine postavijo ogledalo, in tako omogočijo bolj realno predstavo o samem sebi in v nadaljevanju možnost osebnostne spremembe (Umek, 2017). 2) *Prepoznavanje rizičnih dejavnikov za nasilje*: Ti rizični dejavniki (opisani so že zgoraj) so številni in večino se jih pridobi z izkušnjami. Rizični dejavniki za nasilje so v različnih zdravstvenih ustanovah različni. Za zdravstveno osebje je izjemno pomembna pravočasna prepoznavna znakov (opisani so že zgoraj), ki nakazujejo na možnost nasilnega oz. agresivnega vedenja. Zdravstveno osebje je potrebno poučiti in usposobiti o tem, kako se izogniti potencialno nasilnim situacijam in kako jih reševati, če nastanejo, saj bomo le tako lahko

uveljavili ničelno tolerance do nasilja. 3) *Obvladanje komunikacije z nasilnim pacientom*: Zdravstveno osebje je potrebno usposobiti tudi za komunikacijo s pacientom, ki kaže znake agresivnosti. Zgolj poznavanje komunikacijskih tehnik za umirjanje (deeskalacijske tehnike) ni dovolj, te tehnike je potrebno resnično obvladati. Smiselno je usposabljanje zdravstvenih delavcev za takšno komunikacijo v simuliranih situacijah. Da lahko pacienta, ki kaže znake agresivnosti umirimo, je zaželeno upoštevanje naslednjih pravil, ki lahko potencialno nevarno situacijo umirijo (Umek, 2017):

- Ostanite mirni. Obvladajte čustva, izogibajte se čezmernega reagiranja;
- Obvladajte svoj glas, govorico telesa in izraznost obraza. Gibi naj bodo umirjeni. Spoštujte osebni prostor;
- Ne odzivajte se na morebitne žalitve;
- Premislite, kaj boste rekli. Če občutite jezo ali strah, nekajkrat globoko vdihnite in šele nato reagirajte;
- Ne merite moči. Izogibajte se izražanju moči;
- Ne odreagirajte na isti način, ne bodite nesramni ali žaljivi;
- Ne pritožujte se nad vedenjem pacienta;
- Ne poučujte in ne moralizirajte;
- Poslušajte osebo in je ne prekinjajte. Dovolite ji, da se nekoliko umiri;
- Če že kritizirate, kritizirajte vedenje ali dejanje, in ne osebe;
- Govorite počasneje;
- Ne kričite. Govorite tišje, vendar dovolj glasno, da vas sogovornik lahko dobro sliši;
- Govorite z nekoliko nižjim glasom kot običajno;
- Govorite z mirnim izenačenim tonom;
- Ne sledite, temveč vodite;
- Tisti, ki vas žali in vam grozi, praviloma svojega ravnanja ne usmerja ciljano na vas, zato njegovih žalitev ne jemljite osebno.

Obvladanje agresivnih situacij

Gabrovec in Lobnikar (2014 cited in Umek, 2017) menita, da zdravstveni delavci potrebujejo kontinuirano izobraževanje in usposabljanje za obvladovanje agresivnih situacij. Zdravstveni delavci bi po njunem mnenju pridobili na samozavesti, pridobili znanje o obvladovanju agresivnih situacij.

- *Zdravstvene ustanove stremijo k zagotavljanju varnega delovnega okolja:*

V preteklih letih zdravstvene ustanove niso namenjale posebne pozornosti delovnemu okolju, pa naj si gre za ambulate ali čakalnice. Smiselno je, da v zdravstvenih ustanovah, kjer je pojavnost nasilnega vedenja pogostejša, prostore ustrezno opremimo z:

- varnostnimi alarmi, ki omogočajo hitri priklic pomoči,
- varnostnimi kamerami,
- telefoni,
- iz takšnih prostorov odstranimo vse predmete, ki bi lahko bili potencialno nevarni in niso nujno potrebni za nemoteno opravljanje dela,
- delovno prostori naj imajo možnost umika, ambulate naj bodo torej zasnovane tako, da imajo dodatna vrata, skozi katera imajo zdravstveni delavci v primeru nevarne situacije oz. nasilnega pacienta možnost pobega itn.

K preprečevanju in zmanjšanju nasilja prispeva tudi učinkovita organizacija dela:

- učinkovita organizacija naročanja pacientov,
- učinkovita organizacija pri obravnavi pacienta,
- pacienti naj v čakalnicah čakajo čim krajši čas,
- prostori naj ne bodo prenapolnjeni,
- ustrezna naj bo temperatura in zračnost prostora itn.;

- *Prisotnost varnostnika zmanjša možnost eskalacije nasilja:*
Vljučevanje varnostne službe oz. varnostnika je dobrodošla pomoč zdravstvenim delavcem, predvsem v primerih, ko imajo opravka z nasilnim pacientom. Le-ta lahko v okviru svojih pooblastil nudi pomoč zdravstvenemu osebju;
- *Vključenost policije pri obravnavi nasilnega pacienta:*
V izjemnih primerih, ko zdravstveno osebje ne more obvladati nasilnega vedenja pacienta, pokliče na pomoč policijo, ki takšno vedenja obvlada v skladu s svojimi pooblastili (Pravilnik o načinu sodelovanja med zdravstvenim osebjem in reševalno službo ter policijo, 2009).
Verjetnost, da bi se nasilju v bodoče popolnoma izognili, je praktično ničelna. Zato morajo zdravstveni zavodi težiti k zmanjšanju tveganja za nastanek fizičnega in psihičnega nasilja. Uporaba deeskalacijskih tehnik bo le delno zaščitila zdravstvene delavce. Želeli bi si predvsem sistemske ureditve težav, ki jih prinaša nasilno vedenje.

Literatura

- Ažman, M., Cvetečar, I.,Š., & Lešnik Mugnaioni, D., 2017. Ravnanje zdravstvenega osebja z nasilnimi pacienti. In: A. Plesker Planko & K. Esih, eds. *Ukrepanje in podpora ob konfliktnih in kriznih situacijah v zdravstvu: zbornik predavanj z recenzijo*. Simpozij s področja varnosti v zdravstvu, 19. april 2017. Celje: Visoka zdravstvena šola, pp.54–60.
- Kyngas, H., 2017. Violence in different sectors of Health care in Finland. In: A. Plesker Planko & K. Esih, eds. *Ukrepanje in podpora ob konfliktnih in kriznih situacijah v zdravstvu: zbornik predavanj z recenzijo*. Simpozij s področja varnosti v zdravstvu, 19. april 2017. Celje: Visoka zdravstvena šola, pp.51–53.
- Pravilnik o načinu sodelovanja med zdravstvenim osebjem in reševalno službo ter policijo*, 2009. Uradni list Republike Slovenije št. 44.
- Umek, P., 2017. Ravnanje zdravstvenega osebja z nasilnimi pacienti. In: A. Plesker Planko & K. Esih, eds. *Ukrepanje in podpora ob konfliktnih in kriznih situacijah v zdravstvu: zbornik predavanj z recenzijo*. Simpozij s področja varnosti v zdravstvu, 19. april 2017. Celje: Visoka zdravstvena šola, pp.11–20.
- Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP)*, 2008. Uradni list Republike Slovenije št.15.
- Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. *Nasilje med zaposlenimi v zdravstveni negi se stopnjuje*. Available at: <https://www.zbornica-zveza.si/sl/nasilje-nad-zaposlenimi-v-zdravstveni-negi-se-stopnjuje> [4.9.2017].

PROBLEMSKE STRATEGIJE SPOPRIJEMANJA S STRESOM ZA KREPITEV OSEBNE MOČI PROFESIONALCEV V PSIHIATRIČNI ZDRAVSTVENI NEGI, IZPOSTAVLJENIH POSEBNIM DELOVNIM OKOLIŠČINAM IN OBREMENTIVAM

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

Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani
polona.selic@siol.net

Razširjeni vsebinski izveleček

Za strategije spoprijemanja s stresom se je izkazalo, da posredujejo med vplivi stresa in posameznikovim telesnim in duševnim počutjem. Pogosta raba strategij, usmerjenih k emocijam, naj bi vodila v slabše psihosocialne in zdravstvene izide kot raba dejavnega spoprijemanja s problemi. V študijah izgorelosti se je pokazalo, da je dejavno spoprijemanje povezano z nizkimi, pasivno (uporaba strategij, usmerjenih k emocijam, kot so izogibanje, umik in beg pred problemi) pa z visokimi stopnjami izgorelosti.

Preučevanje spoprijemanja s stresom v študijah izgorelosti je pomembno zlasti za načrtovanje intervencij za zmanjševanje izgorelosti na delovnem mestu. Izbira tehnik spoprijemanja je vsaj do neke mere pod posameznikovo kontrolo, zato lahko sklepamo, da je na to izbiro moč vplivati in jo ustrezno prilagoditi s pomočjo treningov učenja ustreznega spoprijemanja s stresom.

Intrapersonalni viri (šnotranje sile posameznika) so neredko ključni za spoprijemanje s stresom. Med njimi izstopajo samopodoba, samovrednotenje, občutek lastne vrednosti, ki je tesno naslonjen na ego-integriteto in osebnostno zrelost, na stabilno in hkrati dinamičnofleksibilno zavedanje samega sebe in realistično samovrednotenje, povezano z ustrezno stopnjo neodvisnosti na eni strani in vključenosti v socialno in kulturno realiteto na drugi strani. Čeprav se ljudje glede splošne sprejemljivosti in občutljivosti za stres že biološko razlikujejo, se značilni osebni odziv sešteje s pomenom, ki ga ima stresor (ki se potem dotakne občutka lastne vrednosti) in nekaterimi značajskimi potezami ter izkušnjami.

Problemsko usmerjene strategije (direktna akcija, aktivno spoprijemanje) usmerijo človekove vire k reševanju problema, ki mu povzroča stres, medtem ko strategije, usmerjene k emocijam (blažilno, pasivno), blažijo in umirjajo napetost, ki jo povzroči stresni dogodek in so usmerjene v vzdrževanje čustvenega ravnovesja. Pogosta raba pasivnega spoprijemanja pri profesionalcih pomeni slabše psihosocialne in zdravstvene izide. Problemsko usmerjene strategije so **socialne veščine** (prodornost, intimnost, samorazkrivanje – aktivirajo socialno podporo, komunikacijo in/ali pogajanja), **strukturiranje** (zbiranje informacij o stresorju, premislek o razpoložljivih resursih, načrtovanje njihove izrabe) ter **zavedanje vzrokov in posledic stresnega dogajanja** (angl. stress monitoring).

Med učinkovitimi pristopi izstopajo:

- (i) **organiziranje časa**: pristop, odnos do obveznosti, nalog in dogodkov, za katerega so značilni opredelitev ciljev (dolgoročnih, kratkoročnih, dnevnih), dnevno določanje prioritetenih opravil (glede na cilje) ter izdelava urnika (razporeda), ki mora dopuščati morebitno vključevanje nenadnih, nujnih nalog;
- (ii) **telesna aktivnost** (fitnes): znižuje dovzetnost za stres, anksioznost, krvni tlak in reaktivnost v splošnem;
- (iii) **anticipiranje stresnega dogodka**: način priprave, ki (vsaj do neke mere) ublaži zaskrbljenost – oseba najprej zbere informacije o dogodku, kar sicer vzbudi anksioznost, vendar sta še zmeraj mogoči vizualizacija dogajanja ter opredelitev lastnih pričakovanj na mentalnem planu. Z mobilizacijo strategij obvladovanja stresa verjetnost uspešnega izida močno naraste, prav tako se krepi občutek kontrole nad lastnim življenjem, ki predstavlja najboljšo šopremljenost za obvladovanje vseh vrst stresnih obremenitev.

Priporočena literatura

- Selič, P., 1999. *Psihologija bolezni našega časa*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
Selič, P., 2011. Stres in izgorelost. *Družinska medicina, Supplement*, 9(3), pp. 199–204.
Selič, P., 2011. Pomen čustev v profesionalni medosebni interakciji: izhodišča za čustveno inteligentno sporazumevanje. *Družinska medicina, Supplement*, 9(4), pp. 89–102.



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

in



Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji

**PREDLOG POKLICNIH AKTIVNOSTI IN KOMPETENC V ZDRAVSTVENI NEGI
-
PSIHIATRIČNA ZDRAVSTVENA NEGA**

Delovna skupina:
Darko Lončnar – vodja

in člani

mag. Branko Bregar
dr. Jožica Peterka Novak
dr. Vesna Čuk
Aljoša Lapanja
Alojzija Fink
Barbara Možgan
Darja Kraner
Elizabeta Pikovnik
Ivanka Videčnik
Metka Švigelj

Avgust, 2017

Spremna beseda

Prvi dokument poklicne aktivnosti in kompetenc *Razmejitve zdravstvene nege* je bil objavljen leta 1993. Ta je že predvideval razmejitve dela med medicinske sestre in zdravstvene tehnike po zahtevnosti postopkov zdravstvene nege in medicinsko-tehničnih posegov. Naslednji dokument, ki je bolj natančno razmejeval poklicne aktivnosti in kompetence glede na izobrazbo, je bil objavljen leta 1997. Najobsežnejši dokument je bil sprejet in javno objavljen leta 2008. Ta dokument je prvič vseboval tudi specialne aktivnosti na področju psihiatrije. Pri pripravi tega dokumenta so sodelovala vsa psihiatrična klinična okolja. Opisane aktivnosti zdravstvene nege v psihiatriji pa so bile posnetek stanja v neposredni klinični praksi, saj se dokument ukvarja z vprašanjem, kaj v resnici pretežno izvajajo medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege oz. zdravstveni tehniki (v nadaljevanju ZT) v psihiatriji. Mestoma gre tudi za aktivnosti, za katere si oba profila nista pridobila znanja v izobraževalnih institucijah, ampak gre za usposobljenost, ki se je oblikovala skozi neposredno klinično prakso, torej izkušnje iz dela. Problem je v tem, da ta usposobljenost oz. pridobljene kompetence iz dela niso nikjer posebej ovrednotene.

Izvršni odbor Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji je kritično pregledal zadnji dokument aktivnosti in kompetenc v psihiatriji (iz leta 2008) in si zadal, da ga nadgradi po vzoru nastajajočega dokumenta splošnih aktivnosti in kompetenc. Ta dokument bo spoštoval načelo pridobljenega znanja in usposobljenosti glede na izobraževalni program (na srednješolski oz. visokošolski ravni), hkrati pa se bo presodilo tudi usposobljenost izvajalcev zdravstvene nege za aktivnosti, ki jih danes izvajajo v klinični praksi. Delovna skupina, ki je pripravila dokument, je bila sestavljena tako iz učiteljev srednje zdravstvene šole, kot tudi predavateljev na fakultetah za zdravstvo in strokovnjakov iz klinične prakse. S tako sestavo smo želeli dati dokumentu verodostojnost. Pri pripravi dokumenta, ki opredeljuje specialno področje zdravstvene nege v psihiatriji, smo ugotovili, da gre za aktivnosti in kompetence, za katere so potrebna specialna znanja ali specializacija – torej formalna nadgradnja splošnega znanja pri obeh profilih. Zato naj se dokument bere tudi kot odraz potrebe po specializaciji tega področja, ki je kot tak prepoznan povsod v svetu, kjer izvajajo sodobno zdravstveno nego na področju psihiatrije in duševnega zdravja.

Dokument je osnova za izobraževanje izvajalcev zdravstvene nege, predvsem na področju specialnih znanj in specializacije. Hkrati pa je v pomoč menedžmentu psihiatričnih bolnišnic (in drugih institucij na primarni ravni) za razmejitve aktivnosti in kompetenc med izvajalci zdravstvene nege ter za sistematizacijo delovnih mest na vseh področjih v psihiatriji – to pa predstavlja tudi določeno mero odgovornosti za tiste, ki delo v posameznih institucijah tudi organizirajo.

Predsednik sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji
mag. Branko Bregar

AKTIVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE NA PODROČJU PSIHIATRIJE IN DUŠEVNEGA ZDRAVJA skupni nabor aktivnosti in intervencij v ZN, ki zahtevajo <i>specialna znanja</i> in dodatno usposabljanje za delo Legenda: <u>DIPLOMIRANA MEDICINSKA SESTRA / DIPLOMIRANI ZDRAVSTVENIK</u> <ul style="list-style-type: none"> • x => je samostojen • (x)=> v odvisni vlogi – tehnik zdravstvene nege - ni samostojen kot izvajalec 	načrtovanje	priprava asistenca	izvedba	vrednotenje
1. AKTIVNOST: IZVAJANJE SPECIALNIH AKTIVNOSTI PROCESA ZDRAVSTVENE NEGE Z DOKUMENTIRANJEM NA PODROČJU PSIHIATRIJE IN DUŠEVNEGA ZDRAVJA (kompetenca A)				
Ocena stopnje samooskrbe pacienta z duševnimi motnjami v (temeljnih 14) življenjskih aktivnostih	x	x	x	x
Prepoznavanje odzivov pacientov z duševno motnjo in ugotavljanje problemov	x	x	x	x
Ocena komunikacije pri pacientih z duševno motnjo	x	x	x	x
Prepoznavanje in razumevanje znakov in simptomov duševnih motenj	x	x	x	x
Negovalna anamneza in postavitve negovalne diagnoze pri pacientu z duševno motnjo	x	x	x	x
Usmerjanje in spodbujanje pacienta z motnjami v duševnem zdravju pri vseh življenjskih aktivnostih (ŽA)	x	x	x	x
Koordinacija odpusta pri pacientu z duševno motnjo	x	x	x	x
Izvajanje procesne metode dela v zdravstveni negi	x	x	x	x
Sodelovanje v multidisciplinarnih timih na različnih nivojih zdravstvenega varstva in v skupnosti	x	x	x	x
Organizacija dela in vodenja v bolnišničnem in izven bolnišničnem okolju	x	x	x	x
Izvajanje posebnih diagnostično terapevtskih postopkov in intervencij v zdravstveni negi na področju psihiatrije (npr. detekcija PAS, vsebnost alkohola, idr.)	x	x	x	x
<i>Izvajanje kontinuirane zdravstvene obravnave oseb z duševnimi motnjami v psihosocialni rehabilitaciji (specialna znanja)</i>	x	x	x	x
<i>Ocena sposobnosti besedne in nebesedne komunikacije oseb z duševnimi motnjami</i>	x	x	x	x
2. AKTIVNOST: IZOGIBANJE NEVARNOSTIM V OKOLJU, ZAGOTAVLJANJE VARNOSTI (kompetenca A, F, H, prekrivanje z G, D)				
Načrtovanje organizacije varnostnih ukrepov za zaposlene in paciente	x	x	x	x
Zagotavljanje in izboljševanje kakovosti in varnosti v zdravstveni negi pacienta z duševno motnjo v bolnišničnem okolju	x	x	x	x
Izboljševanje kakovosti in izvajanje pomoči pri zagotavljanju varnosti pri pacientu z težavami v duševnem zdravju na vseh nivojih zdravstvenega varstva	x	x	x	x
<i>Ocena tveganja pri pacientu z duševno motnjo</i>	x	x	x	x
Pomoč pri zagotavljanju varnosti na oddelku pod posebnim nadzorom	x	x	x	x
<i>Posebni varovalni ukrepi v zdravstveni negi</i> <ul style="list-style-type: none"> - Izvajanje diskretnega nadzora pri pacientu - Izvajanje omejitve pacienta znotraj enega prostora - Izvajanje stalnega nadzora pacienta v gibanju - Izvajanje strokovnih samozaščitnih prijemov pri pacientu z nasilnim vedenjem - Izvajanje telesnega oviranja pacienta s pasovi na posteljo 	x	x	x	x
Prepoznavanje posebnosti in ukrepanje pri urgentnih stanjih v psihiatriji	x	x	x	x

Poznavanje posebnosti in ukrepanje v specifičnih okoliščinah pri pacientu z duševno motnjo	x	x	x	x
Obvladovanja in preprečevanje okužb, ki so povezane z zdravstvom oziroma zdravstveno oskrbo na področju psihiatrije in duševnega zdravja	x	x	x	x
Izvajanje komunikacijskih tehnik deeskalacije glede na oceno tveganja	x	x	x	x
Terapevtska komunikacija pri pacientih z duševnimi motnjami glede na oceno tveganja	x	x	x	x
Zagotavljanje varnosti v delovnem okolju na področju psihiatrije	x	x	x	x
Izvajanje kriznih intervencij v zdravstveni negi na področju psihiatrije	x	x	x	x
3. AKTIVNOST: KOMUNIKACIJA, ODNOSI Z LJUDMI, IZRAŽANJE ČUSTEV, OBČUTKOV TER POTREB, IZRAŽANJE DUHOVNIH POTREB (kompetenca A, B, G)				
Ocena besedne in nebesedne komunikacije pacientov z duševno motnjo	x	x	x	x
Ocena sposobnosti izražanja potreb in čustev pacienta z duševno motnjo	x	x	x	x
Razumevanje pacientove besedne in nebesedne komunikacije	x	x	x	x
Razumevanje pacientovega doživljanja	x	x	x	x
Spodbujanje in usmerjanje pacienta v ustrezno vedenje	x	x	x	x
Spodbujanje in usmerjanje k čim višji samostojnosti in kakovosti življenja	x	x	x	x
Spodbujanje in usmerjanje pacienta k spremembi življenjskega sloga	x	x	x	x
Izvajanje motivacijskega intervjuja	x	x	x	x
Izvajanje svetovalnih tehnik	x	x	x	x
Delo v skupini	x	x	x	x
Izvajanje aktivnosti »Izražanje duhovnih potreb pri pacientu z duševnimi motnjami«	x	x	x	x
Terapevtska komunikacija pri osebah z duševno motnjo, svojcih in pomembnih drugih (specialna znanja)	x	x	x	x
Socio-terapevtskega delo (specialna znanja)	x	x	x	x
4. AKTIVNOST-UČENJE IN SKRBE ZA LASTNO ZDRAVJE NA PODROČJU PSIHIATRIJE IN DUŠEVNEGA ZDRAVJA (kompetenca A, B, C, E, G)				
Izvajanje promocije duševnega zdravja	x	x	x	x
Izvajanje aktivnosti za destigmatizacijo pacientov z duševnimi motnjami	x	x	x	x
Izvajanje vzgojne in izobraževalne aktivnosti pri pacientu in pomembnih drugih z duševno motnjo / individualna / skupina / sodelovanje	x	x	x	x
Ocenjevanje dejavnikov tveganja za nastanek težav v duševnem zdravju	x	x	x	x
Razvedrilo				
Razvedrilo in rekreacija oseb z duševnimi motnjami	x	x	x	x
Prepoznavanje potreb pri ŽA »Delo in ustvarjalna zaposlitev pacientov z duševnimi motnjami«				
Izvajanje aktivnosti pri ŽA »Delo in ustvarjalna zaposlitev pacientov z duševnimi motnjami«	x	x	x	x
5. AKTIVNOST: KAKOVOST IN VARNOST V ZDRAVSTVENI NEGI NA PODROČJU PSIHIATRIJE IN DUŠEVNEGA ZDRAVJA (kompetenca A, F, H)				
V splošnih				

6. POSEBNI POSTOPKI RAVNANJA Z ZDRAVILI V ZDRAVSTVENI NEGI NA PODROČJU PSIHIATRIJE				
Seznanjanje pacienta v zvezi s pravilnim jemanjem zdravil in z možnimi-neželeni učinki zdravil	x	x	x	x
Priprava substitucijske terapije	x	x	x	x
Podeljevanje substitucijske terapije	x	x	x	x
Opazovanje pacienta pri aplikaciji dolgodelujočih zdravil - npr. antipsihotikov v depo obliki (intramuskularno) po protokolu v psihiatriji	x	x	x	x
Prepoznavanje neželenih učinkov psihofarmakov	x	x	x	x
Zdravstvena vzgoja pacienta z duševno motnjo v zvezi z zdravili	x	x	x	x
Izvajanje aktivnosti za uporabo specifičnih zdravil v psihiatriji	x	x	x	x
Zdravstveno vzgojno delo pri pacientu z boleznijo odvisnosti od opioidov	x	x	x	x

AKTIVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE NA PODROČJU PSIHIATRIJE IN DUŠEVNEGA ZDRAVJA skupni nabor aktivnosti in intervencij v ZN, ki zahtevajo <i>specialna znanja</i> in dodatno usposabljanje za delo Legenda: TEHNIK ZDRAVSTVENE NEGE <ul style="list-style-type: none"> • x => je samostojen • (x)=> v odvisni vlogi – tehnik zdravstvene nege - ni samostojen kot izvajalec 	načrtovanje	priprava asistenca	izvedba	vrednotenje
7. AKTIVNOST: IZVAJANJE SPECIALNIH AKTIVNOSTI PROCESA ZDRAVSTVENE NEGE Z DOKUMENTIRANJEM NA PODROČJU PSIHIATRIJE IN DUŠEVNEGA ZDRAVJA (kompetenca A)				
Ocena stopnje samooskrbe pacienta z duševnimi motnjami v (temeljnih 14) življenjskih aktivnostih		x	x	(x)
Prepoznavanje odzivov pacientov z duševno motnjo in ugotavljanje problemov		x	x	(x)
Ocena komunikacije pri pacientih z duševno motnjo		x	x	(x)
Prepoznavanje in razumevanje znakov in simptomov duševnih motenj		x	x	(x)
Usmerjanje in spodbujanje pacienta z motnjami v duševnem zdravju pri vseh življenjskih aktivnostih (ŽA)		x	x	(x)
Izvajanje procesne metode dela v zdravstveni negi na področju psihiatrije in duševnega zdravja		x	x	
Sodelovanje v multidisciplinarnih timih na različnih nivojih zdravstvenega varstva in v skupnosti		(x)	(x)	
Izvajanje posebnih diagnostično terapevtskih postopkov in intervencij v zdravstveni negi na področju psihiatrije (npr. detekcija PAS, vsebnost alkohola, idr.)		(x)	(x)	
<i>Ocena sposobnosti besedne in nebesedne komunikacije oseb z duševnimi motnjami</i>		x	x	(x)
8. AKTIVNOST: IZOGIBANJE NEVARNOSTIM V OKOLJU, ZAGOTAVLJANJE VARNOSTI (kompetenca A, F, H, pokrivanje z G, D)				
Načrtovanje organizacije varnostnih ukrepov za zaposlene in paciente		(x)		
Zagotavljanje in izboljševanje kakovosti in varnosti v zdravstveni negi pacienta z duševno motnjo v bolnišničnem okolju		(x)		
<izboljševanje kakovosti in izvajanje pomoči pri zagotavljanju varnosti pri pacientu z težavami v duševnem zdravju na vseh nivojih zdravstvenega varstva		x	x	
<i>Izvajanje ocene tveganja pri pacientu z duševno motnjo</i>		x	x	(x)
Izvajanje pomoči pri zagotavljanju varnosti na oddelku pod posebnim nadzorom		x	x	(x)
<i>Posebni varovalni ukrepi v zdravstveni negi:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Izvajanje diskretnega nadzora pri pacientu - Izvajanje omejitve pacienta znotraj enega prostora - Izvajanje stalnega nadzora pacienta v gibanju - Izvajanje strokovnih samozaščitnih prijemov pri pacientu z nasilnim vedenjem - Izvajanje telesnega oviranja pacienta s pasovi na posteljo 		x	x	(x)
Prepoznavanje posebnosti in ukrepanje pri urgentnih stanjih v psihiatriji		(x)	x	
Poznavanje posebnosti in ukrepanje v specifičnih okoliščinah pri pacientu z duševno motnjo		(x)	x	
<i>Obvladovanja in preprečevanje okužb, ki so povezane z zdravstvom oziroma zdravstveno oskrbo na področju psihiatrije in duševnega zdravja</i>			x	
Izvajanje komunikacijskih tehnik deeskalacije glede na oceno tveganja		x	x	(x)

Terapevtska komunikacija pri pacientih z duševnimi motnjami glede na oceno tveganja		x	x	(x)
Zagotavljanje varnosti v delovnem okolju na področju psihiatrije		x	x	x
Izvajanje kriznih intervencij v zdravstveni negi na področju psihiatrije	x	x	x	(x)
9. AKTIVNOST: KOMUNIKACIJA, ODNOSI Z LJUDMI, IZRAŽANJE ČUSTEV, OBČUTKOV TER POTREB, IZRAŽANJE DUHOVNIH (kompetenca A, B, G)				
Ocena besedne in nebesedne komunikacije pacientov z duševno motnjo		x	x	
Terapevtska komunikacija pri osebah z duševno motnjo, svojcih in pomembnih drugih (specialna znanja)		x	x	
10. AKTIVNOST-UČENJE IN SKRBE ZA LASTNO ZDRAVJE (kompetenca A, B, C, E, G)				
Izvajanje aktivnosti za destigmatizacijo pacientov z duševnimi motnjami		x	x	x
Razvedrilo in rekreacija oseb z duševnimi motnjami		x	x	
Prepoznavanje potreb in izvajanje aktivnosti pri ŽA delo in ustvarjalna zaposlitev pacientov z duševnimi motnjami		x	x	x
11. AKTIVNOST: KAKOVOST IN VARNOST V ZDRAVSTVENI NEGI NA PODROČJU PSIHIATRIJE IN DUŠEVNEGA ZDRAVJA (kompetenca A, F, H)				
V splošnih				
12. POSEBNI POSTOPKI RAVNANJA Z ZDRAVILI V ZDRAVSTVENI NEGI NA PODROČJU PSIHIATRIJE				
Opazovanje pacienta pri aplikaciji dolgodelujočih zdravil - npr. antipsihotikov v depo obliki (intramuskularno) po protokolu v psihiatriji			(x)	
Seznanjanje pacienta v zvezi s pravilnim jemanjem zdravil in z možnimi-neželeni učinki zdravil		(x)	(x)	
Prepoznavanje neželenih učinkov psihofarmakov		(x)	(x)	
Izvajanje aktivnosti iz protokola za uporabo specifičnih zdravil v psihiatriji (specialna znanja)		(x)	(x)	

Živeti samostojno, polno življenje in ne le preživeti, je želja in cilj vseh, tudi ljudi s shizofrenijo.

Ob svetovnem dnevu duševnega zdravja jeseni leta 2015 smo v podjetju Janssen zbrali odgovore bolnikov, njihovih svojcev in psihiatrov na vprašanje, kaj jim pomeni besedna zveza dobro funkcioniranje ljudi s shizofrenijo.

Dobro funkcioniranje različnim ljudem pomeni različne stvari, pa vendar je bila ena od najpogosteje uporabljenih besed pri vseh sodelujočih

SAMOSTOJNOST. Bolniki so pogosto zapisali tudi besede ali besedne zveze SLUŽBA, SKRB ZASE, AKTIVNOST, ZMOREM, KONCENTRACIJA, DRUŽENJE, ki jih prav tako lahko povežemo s samostojnostjo.

Živeti samostojno, čim bolj polno življenje in ne le preživeti, je želja in cilj vseh, tudi ljudi s shizofrenijo.

V oblaku besed so zbrani odgovori ljudi s shizofrenijo.





Na volitvah, ki so potekale na strokovnem srečanju Svetovalne in motivacijske tehnike V., dne 30.3.2017 v Rogaški Slatini

NOVO IZVOLJENO VODSTVO

Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji za mandatno obdobje 2017 - 2021

Darko LONCNAR, PB Begunje – predsednik

Člani izvršnega odbora Sekcije:
Aljoša LAPANJA, UPK Ljubljana

Anja MIVŠEK, PB Idrija

Ivo JAMBROŠIČ, UPK Ljubljana

Jure RAŠIČ, UPK Ljubljana

Urška POČEK, PB Vojnik

Vesna JURŠIČ, PB Ormož

Jernej KOCBEK, UKC Maribor, Oddelek za psihiatrijo

Simona PODGRAJŠEK, UKC Maribor, Oddelek za psihiatrijo

Petra KODRIČ, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Center za
zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog