

HRVATSKI LIJEČNIČKI ZBOR
HRVATSKO DRUŠTVO ZA KLINIČKU PSIHIJATRIJU
HRVATSKO DRUŠTVO ZA FORENZIČKU PSIHIJATRIJU

HRVATSKO PSIHIJATRIJSKO DRUŠTVO

Uz podršku

PSIHIJATRIJSKO DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTARA I TEHNIČARA HUMS RH

UDRUGA ZA ZAŠTITU I PROMICANJE MENTALNOG ZDRAVLJA „SVITANJE“

STRATEGIJA PREVENCIJE AGRESIVNOG PONAŠANJA

**SMJERNICE ZA PREVENCIJU AGRESIVNOG PONAŠANJA I PRIMJENE MJERA
PRISILE U PODRUČJU PSIHIJATRIJE**

Voditeljica tima

Sladana Štrkalj Ivezić

Članovi:

*Vlado Jukić, Nadica Buzina, Alma Mihaljević Peleš, Draženka Ostojić, Štefica Bagarić,
Jasminka Bektić Hodžić, Krešimir Radić*

Zagreb ,2016

UVOD

Smjernice za prevenciju agresivnog ponašanja i primjene mjera prisile donose se u cilju potpore psihijatrijskim službama da organiziraju liječenje u sigurnoj terapijskoj sredini uz što manje primjene mjera prisile. Preporuke koje se navode u ovom dokumentu nastale su na temelju pretraživanja literature o smjernicama za postupanja s agresivnim bolesnicima, istraživanja uzroka agresivnog ponašanja oboljelih od mentalnih poremećaja, procjene agresivnog rizika, preporukama za edukaciji osoblja i iskustava iz naše kliničke prakse.

Ciljevi prevencije agresivnog ponašanja su anticipirati i prevenirati pojavu agresivnog ponašanja u psihijatrijskim službama i svesti primjenu mjera prisile na najmanju moguću mjeru. Strategija prevencije također ima za cilj sprječavanje psihičkih i fizičkih ozljeda pacijenata i osoblja i stvaranje sigurnog terapijskog okruženja za liječenje oboljelih od psihičkih poremećaja. To se može postići kroz osiguranje kvalitete terapijskog pristupa, ranom prepoznavanju znakova agresivnosti, procijeni rizika i ranim preventivnim postupcima, osobito primjeni deeskalacijskih tehnika i medikamentoznog smirivanja, a tek kada preventivni postupci nisu uspješni primijeni mjera prisile.

Prema Pravilniku o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama Narodne novine 16/2015 (u daljnjem tekstu pravilnik o primjeni mjera prisile) sve psihijatrijske službe moraju imati strategije prevencije agresivnog ponašanja uključujući i smjernice za primjenu mjera prisile.

članak 19

Ustanova je obvezna donijeti detaljne pisane upute o pravilima postupanja radnika ustanove u situacijama agresivnog ponašanja pacijenta prije, u tijeku i nakon primjena mjera prisile. Ustanova je obvezna donijeti strategiju prevencije nasilja na radnom mjestu i kontinuirano educirati zdravstvene radnike u svrhu ranog prepoznavanja eskalacije ponašanja pacijenta i stjecanja vještina brzog postupanja u slučaju incidenta (organiziranje edukacije za medicinske sestre/medicinske tehničare iz komunikacijskih vještina i primjene deeskalacijskih tehnika za postupanje u kriznim situacijama, obuka i trening osnovnih tehnika samoobrane i tehnike fizičkog sputavanja pacijenata, organizacija »interventnih« timova za postupanje u kriznim situacijama, dogovoren sustav poziva u pomoć od tehnologije do kompetencija).

Više od polovine zaposlenika u zdravstvenom sektoru iznose izloženost agresivnosti, a najviše su izložene medicinske sestre (Lanza 1992, Fernandes i sur 2002; Benvenista i sur 2005. Jones i Lyneham 2000). Rizik za agresivnost raste na psihijatrijskim odjelima (Jones i sur 1998, Carmel i Hunter 1993). Agresivnost u zdravstvenom sektoru utječe na ishod liječenja i zdravlje radnika , stoga je u svrhu prevencije potreban vrlo pažljiv izbor instrumenata procjene, praćenja i postupaka (Iennaco i sur 2013).

U ovom dokumentu se iznose preporuke za postupke s agresivnim pacijentom , ponašanje osoblja i uređenje terapijske sredine u cilju prevencije agresivnog ponašanja. Preporuke se izrađene nakon pretraživanja literature s ključnim riječima smjernice , agresivno ponašanje, mentalno zdravlje, radna okolina . Ovaj dokument daje cjeloviti uvid u područje prevencije

agresivnog ponašanja stoga može poslužiti kao baza za izradu strategije prevencije agresivnog ponašanja u svim psihijatrijskim institucijama.

U istraživanju (Bektić-Hodžić, Štrkalj- Ivezić, Radić 2016) o provođenju primjene mjera prisile prema pravilnika Ministarstva zdravlja RH-i usporedbe sa europskim standardima sudjelovale je 238 medicinskih sestara/ tehničara iz 16 psihijatrijskih institucija u RH. Rezultati pokazuju da 89% ispitanika smatra da postoji nedostatak osoblja, 50 % ustanova nema video sustav, 88 % ustanova nema alarmni sustav nego se oslanjaju na telefonsko pozivanje pomoći što se prema europskim standardima smatra rizičnim traženjem pomoći. u 91 % ustanova ne postoje time out sobe kako se to preporuča u europskim standardima , a 61 % ustanova nema sobe za izdvajanje. Gotovo 78% o ispitanika smatra da odjeli ne zadovoljavaju standarde u pogledu sigurnosti, odnosno njih 38 % smatra da djelomično zadovoljavaju standarde. 69% medicinskih sestara/ tehničara nije prošle edukaciju iz postupka s agresivnim bolesnikom, a oni koji su prošli su naveli da je ne obavljaju redovito. Većina ispitanika je navela da u primjeni mjera prisile najčešće učestvuju tri osobe , a ne pet kao je prema pravilniku i europskim standardima. Deskalacijske metode prije primjene mjera prisile koriste se u 66 % slučajeva, u 85 % slučajeva koristi se magnetni remen. Odvajanje se koristi u 37 % slučajeva. U 24 % slučajeva sputavanje traje do 3 h, dok u 52% slučajeva sputavanje traje od 4 do 24 sata. a u 25 % slučajeva je 24 sata ili više. 57 % medicinskih sestara smatra da sestrinska dokumentacija za praćenje psihijatrijskog bolesnika nije adekvatna. Alarmantan je podatak da je 58% medicinskih sestara ozlijeđeno prilikom primjene mjera prisile, u 84 % slučajeva nije bilo ozlijeđe bolesnika ali je u 64% slučajeva ozlijedio druge bolesnike. 73% ustanova nema timski sastanak nakon sputavanja, a samo 56 % ustanova vodi statistiku o primjeni mjera prisile.

Analiza ovih podataka upućuje na potrebu za analizom svih faktora koji su prepreka primjeni pravilnika Ministarstva zdravlja o primjeni mjera prisile, kao i primjene europskih preporuka i planiranje i provođenje postupaka koji će doprinijeti prevenciji agresivnog ponašanja i primjene mjera prisile. Stoga se preporuča za donošenje strategije na nivou pojedinačnih psihijatrijskih institucija potrebno je u svim psihijatrijskim službama analizirati faktore rizika za agresivno ponašanje i implementirati postupanja koja dovode do smanjenja rizika u skladu s preporukama za smanjenje rizika koje se navode u ovom dokumentu. Preporuča se primjena preporuka navedenih u ovoj strategiji u svim psihijatrijskim ustanovama uz praćenje provođenja i učinkovitosti.

Prevenција agresivnog ponašanja u psihijatriji uključuje 1. intervencije u okolini i administrativne postupke 2. kliničke smjernice za prevenciju agresivnosti i postupak s agresivnim pacijentom 3. edukaciju osoblja.

Principi strategije prevencije agresivnog ponašanja i primjene mjere prisile

Zakonski okvir prevencije agresivnog ponašanja je Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (NN 76/2014 i Pravilnik Ministarstva zdravlja o primjeni mjera prisile (NN 16/2015).

Psihijatrijska ustanova mora imati nedvosmislenu politiku da je deeskalacija prvi izbor u pristupu agresivnom pacijentu, a primjena mjera prisile je druga linija postupanja kada prva linija intervencija nije bila učinkovita.

U izradi ove strategije koristili smo slijedeće smjernice: NICE guidelines 2015, APA 2003, Accreditation Canada safety 2008, Royal College of Psychiatrist 1996,1998, Sailas i Fenton Cochrane Revies 2000, UK Central Council for Nursing 2002, Wright 1999, Biro i sur 2004, Mullen 2006, PMV 2005, kao i naša iskustva : Goreta 2009, Bagrić 2012, Štrkalj Ivezić i sur 2010,2011 te brojne druge radove navedene u popisu literature.

Strategija prevencije se odnosi na niz mjera i postupaka koji pridonose prevenciji agresivnog ponašanja u psihijatrijskim službama, a uključuje:

1. Uređenje okoline i administrativne procedure – uključuje uređenje fizičkog okruženja liječenja i organizaciju rada.

2. Primjenu kliničkih smjernica za postupanje s agresivnim bolesnikom:

- poznavanje zakonske legislative,
- identificiranje uzroka agresivnog ponašanja,
- prepoznavanje ranih znakova agresivnog ponašanja i procjenu rizika,
- primjenu ranih metoda prevencije kao što su komunikacija u krizi/deeskalacijske tehnike,
- korištenje izdvajanja u zasebnu prostoriju u cilju smanjenja uznemirenja,“ time out“ prostor,
- protokol o fizičkom sputavanju i izdvajanju uključujući praćenje stanja tijekom trajanja mjera prisile uz dokumentiranje svih postupaka,
- primjenu medikamenata u svrhu brzog smirivanja
- postupke prorade nakon primjena mjera prisile, izvještavanje o incidentu i analizu incidenta, uključujući učenje iz incidenta, vođenje dokumentacije i statistike o agresivnom ponašanju, primjeni mjera prisile i ozljedama na nivou ustanove, redovitu evaluaciju strategije prevencije kroz praćenje provođenja i efikasnosti kako bi se utvrdilo provodi li se strategija prema preporukama, koji su rezultati i jesu li potrebna poboljšanja.

3. Edukaciju osoblja

UREĐENJE OKOLINE ,ADMINISTRATIVNE PROCEDURE I TERAPIJSKA KULTURA

Terapijska okolina u kojoj se liječe pacijenti uključuje fizičku okolinu-arhitekturu i dizajn prostora u kojem se odvija psihijatrijsko liječenje od prijema do otpusta, broj osoblja, organizacija rada, međusobne odnose osoblja i terapijski program koji svi zajedno sačinjavaju terapijsku kulturu koja može smanjiti rizik agresivnog ponašanja.

Uređenje fizičke okoline koja uključuje dizajn, dekoraciju i ambijent na odjelu djeluje u smislu izgradnje pozitivne terapijske sredine za pacijente i za osoblje (Royal College of Psychiatrist 2011) . Psihijatrijski odjeli trebaju biti terapijska mjesta koja potiču oporavak putem organiziranog terapijskog programa i aktivnosti tijekom cijelog tjedna. Za terapijsku atmosferu odjela važna je izgradnja konstruktivnih terapijskih odnosa između osoblja i pacijenata koja pridonosi cjelokupnoj pozitivnoj terapijskoj kulturi.

Organizacijski problemi poput nedostatka privatnosti, pretrpanih odjela, nemogućnosti izlaska na svježi zrak, dosade, nedostatka terapijskog programa, socijalnih aktivnosti, slobodnog vremena, nedostatka osoblja, nedostatak balansirano broja osoblja muškog i ženskog osoblja povezani su s povećanim rizikom za agresivno ponašanje (Nijman, Rector, 1999).

Niže navedene preporuke odnose se na uređenje okoline kao sigurne i ugodne sredine koje pridonose smanjenju rizika agresivnog ponašanja.

Uređenje fizičke okoline u kojoj se liječe oboljeli od psihičkog poremećaja treba osigurati sigurnost liječenja i pridonositi stvaranju pozitivne terapijske atmosfere (Royal College of Psychiatrist 2011, NICE 2005, 2015)

Uređenje psihijatrijskih odjela

- sobe moraju biti dovoljno prostrane, spavaonice i toaletni prostori moraju biti odvojeni za muškarce i žene,dnevni boravci moraju biti prostrani, potrebna je dostupnost mirnih prostora, hodnici moraju biti široki.
- prozori trebaju biti s ograničenim otvaranjem, stakla koja se ne mogu razbiti treba izbjegavati kvake.
- zatvoreni odjeli moraju imati dostupnost izlaza na svježi zrak
- odjeli trebaju biti dizajnirani (zidovi i namještaj) na način da pružaju ugodnu atmosferu vodeći računa o namjeni odjela s aspekta sigurnosti. Primjerice dekoracija na akutnim odjelima mora biti sigurna npr fiksirana na zid.
- na odjelima gdje se primaju agresivno rizični pacijenti kao što su to akutni odjeli namještaj mora bit minimalan i postavljan na način da se prevenira ozljede osoblja i drugih pacijenata
- sobe moraju imati mogućnost da se predmeti zaključavaju

- odjeli moraju imati sobe u kojima se provodi terapijski program koji uključuje različite aktivnosti jer su neaktivnost i dosada povezani s rizikom agresivnog ponašanja
- moraju postojati sobe u kojima se mogu smjestiti agitirani bolesnici da bi se odvojili od ne agitiranih
- potrebna je dostupnost time out sobe za uznemirene pacijente
- time out sobe i izolacijske sobe trebaju uz osiguranje nadzora poštivati privatnost pacijenata
- Namještaj u „time out“ sobama mora biti minimalan i/ili fiksiran za pod
- Izolacijska soba, soba za izdvajanje mora biti dobro ventilirana, da se može dobro nadgledati, da ima pristup toaletu i da je uređena na način da je otporna na napade i štetu
- Mora biti dostupna mogućnost korištenja dnevnog boravka tokom noći za bolesnike koji ne mogu spavati
- Kamere se mogu koristiti za sobe i područja u kojima se mogu dogoditi krizne situacije
- Time out sobe i izolacijske sobe trebaju uz osiguranje nadzora poštivati privatnost pacijenata

Prijemna ambulanta/ soba za intervju s rizičnim pacijentom

Prijemna ambulanta ili soba za intervjuiranje osoba s povećanim agresivnim rizikom treba imati dva izlaza koja predstavljaju sigurnost za osoblje i za pacijenta, treba biti , dovoljno velika da se može primijeniti sputavanje, treba osigurati privatnost za intervju s pacijentom uz izbjegavanje izolacije osoblja,

Namještaj mora biti minimalan

Tih alarm kao način komunikacije osoblja u opasnosti treba biti dostupan.

Područje prijemne recepcije treba biti zaštićeno sigurnosnim staklom

Sobe u kojima se odvija razgovor kod prijema ili s rizičnim pacijentom su organizirane na način da je osoblje u blizini vrata i da ima lako dostupan alarmni sustav

Prije prijema u psihijatrijsku službu potrebno je provjeriti da li pacijent posjeduje oružje te je potrebno izdati jasne smjernice o postupanju s naoružanim pacijentom. Može biti korisna dostupnost detektora za metal koji služi za detekciju oružja.

Sistem signaliziranja i alarmni sustav

- Sistem signaliziranja u slučaju krizne situacije mora biti poznat svim članovima osoblja
- Alarmni sistem je obavezan u psihijatrijskim službama
- Mora postojati alarmni sistem za informiranje osoblja koje može pružiti pomoć u kriznim situacijama kao što je to npr. tihi alarm i/ili personalni alarm
- Posebno je važan osobni alarmni sustav za osoblje koje radi na odjelima s većim rizikom agresivnog ponašanja
- Sistem alarma može biti tih u sobi u kojoj se razgovara s pacijentom, a glasan alarm na mjestima gdje se oglašava locirajući sobu/odjel koji treba asistenciju
- Alarmni sustav treba redovito testirati na ispravnost
- Sistem signaliziranja u slučaju krizne situacije mora biti poznat svim članovima osoblja

Alarmni sustav koji se oslanja na upotrebu telefona, zviždaljke ili povike osoblja je neefikasan i opasan, nužan je tihi alarmni sustav koji aktivira udaljeni alarm koji može omogućiti pomoć u kriznoj situaciji.

Osoblje

Osoblje na odjelu gdje se može očekivati agresivno ponašanje mora biti u dovoljnom broju u odnosu na broj pacijenata

Mora postojati hitni tim neovisno o broju osoblja na pojedinim odjelima koji u kriznim situacijama pruža podršku osoblju

Kada je identificiran agresivni rizik za pacijenta koji se prima u bolnicu, mora postojati uvježbani tim koji će odvesti pacijenta na odjel gdje će biti liječen

Informacije o agresivnom pacijentu moraju se prenijeti drugim članovima osoblja kod predaje smjene

U slučaju agresivnosti pacijenta, na odjelima koji nemaju dovoljni broj osoblja potrebno je pacijenta premjestiti na odjel s dovoljnim brojem osoblja osposobljenih za rad s agresivnim bolesnikom

Nijedan član osoblja ne bi smio raditi sam na odjelu osim kad je u kriznim situacijama moguće odmah pozvati pomoć

Kada god je to moguće potrebna je dostupnost radnika službe sigurnosti (zaštitara) koji ima edukaciju iz humanog pristupa i postupanja s agresivnim bolesnikom

Odjeća koju nosi osoblje mora biti prikladna, da nije provokativna i da je sigurna (primjerice niske pete)

Nikada u izolacijsku sobu ne ulazi samo jedan član osoblja

Dokumentacija i administrativne procedure

Strategija prevencije mora postojati kao pisani obvezujući dokument, a provođenje strategije mora biti kontinuirano provjeravano uključujući provođenja svih elemenata strategije prevencije agresivnog ponašanja. Na nivou ustanove mora postojati tijelo zaduženo za kontrolu provođenja strategije i redovito godišnje izvješće o provedenom internom nadzoru.

1. Strategija prevencije mora biti poznata svim zaposlenicima i prihvaćena kao dokument na sjednici upravnog vijeća i/ili drugih tijela prema statutu ustanove.

2. Na dnevnoj osnovi potrebno je prikupljati podatke o agresivnim incidentima i primjenama mjera prisile koje je potrebno redovito analizirati u smislu istraživanja razloga i poboljšanja postupaka prevencije.

3. Svi dokumenti i obrasci povezani s provođenjem strategije moraju biti u tiskanom obliku s istaknutim naslovom i informacijama koje se moraju bilježiti. Dokumentacija mora biti pregledna kako bi se jasno moglo identificirati što je poduzeto u prevenciji agresivnog ponašanja, što je razlog primjene mjera prisile, tko je odredio primjenu, koliko dugo je trajala, koliko često su bili obilasci i produženja mjere, što je tijekom primjene mjera prisile terapijski poduzeto i druge informacije definirane u Pravilniku Ministarstva zdravlja o primjeni mjera prisile (vidi pravilnik).

4. Potrebno je redovito provoditi i dokumentirati edukaciju osoblja u području prevencije agresivnosti i primjena mjera prisile. Preporuča se edukacija o prevenciji agresivnog ponašanja 1x godišnje.

5. Potrebno je kontinuirano pratiti provođenje strategije prevencije i najmanje jedanput godišnje evaluirati efekte provođenja strategije putem parametara koji se prate kao što su: broj agresivnih incidenata, broj primjena mjera prisile, trajanja mjera prisile, razloga mjera prisile, broj ozljeda osoblja i pacijenata povezan s agresivnim bolesnikom kao i oštećenja fizičke okoline, efikasnosti mjera prevencije, broj provedenih edukacija i drugih parametara koji su važni za procjenu.

Mora postojati protokol o postupanju s agresivnim pacijentom

Mora postojati jasna politika/protokol postupanja u kojim kriznim situacijama te kada je potrebno i na koji način se traži pomoć policije. Broj telefona policije mora biti jasno istaknut

Upućivanje agresivnog pacijenta na liječenje treba imati transparentnu proceduru

Pacijenti moraju imati na raspolaganju pisane informacije o pravima

Osobama sa slušnim, vidnim i intelektualnim oštećenjima, kao i strancima koji ne govore hrvatski – treba posvetiti posebnu pozornost u komunikaciji. Kada god je to potrebno treba im osigurati osobu koja će pomoći u komunikaciji

Terapijska okolina i terapijski program

Terapijsku okolinu sačinjava fizička okolina, osoblje i pacijenti i njihove međusobne interakcije i struktura terapijskih postupaka koji se provode u svrhu liječenja. Osoblje je dio terapijske sredine koja treba pružiti sigurnost liječenja i mogućnosti za oporavak bolesnika. Mnogi bolesnici izjavljuju da se ne osjećaju sigurno u bolničkoj sredini, također isto izjavljuju neki zaposlenici. Terapijske sredine moraju pružati sigurnost pacijentima i zaposlenicima. Pacijenti se moraju osjećati sigurno da bi se mogli liječiti, a zaposlenici da bi mogli raditi.

Faktori od strane osoblja koji pridonose povećanju rizika za agresivnost povezani su s prevelikim brojem bolesnika i premalo vremena za bolesnike, lošom komunikacijom između osoblja, osoblja i bolesnika, osoblja i obitelji, te ponašanjem osoblja prema strahu (Brickell i sur 2009).

Terapijska okolina treba biti organizirana na način da doprinosi pozitivnom iskustvom liječenja. Struktura okoline koja uključuje fizičko i psihološko okruženje treba biti organizirana na način da potakne promjene ponašanja pacijenta koje će rezultirati poboljšanjem psihičkog stanja i funkcioniranja.

Uređenje fizičke okoline koja uključuje dizajn, dekoraciju i ambijent na odjelu djeluje u smislu izgradnje pozitivne terapijske sredine za pacijente i za osoblje (Royal College of Psychiatrist 2011.). Odjel treba biti terapijsko mjesto koje potiče oporavak putem organiziranog terapijskog programa i aktivnosti tijekom cijelog tjedna.

Za terapijsku atmosferu odjela važna je izgradnja konstruktivnih terapijskih odnosa između osoblja i pacijenata (Pearson 2001). Nedostatak pozitivne terapijske kulture na odjelu (Morrison 1990), i neadekvatni načini komunikacija između osoblja (Whittington and Wykes, 1994) povezani s povećanim rizikom za agresivno ponašanje.

Istraživanja su pokazala da su dobri terapijski odnosi povezani s boljim ishodom liječenja bez obzira na metodu koja se provodi.

Nedostatak terapijskog programa povezan je povećanim agresivnim rizikom, stoga terapijski program mora omogućiti pacijentima da budu uključeni u različite terapijske aktivnosti prema planu liječenja koje uključuju različite terapijske aktivnosti poput grupne psihoterapijske i socioterapijske aktivnosti i fizičku aktivnost i rekreaciju. Terapijski program mora dozvoliti uključenje bolesnika u aktivnosti prema vlastitom izboru. Za prevenciju

agresivnog ponašanja nakon identificiranja agresivnog rizika važan je individualni plan liječenja koji će pomoći pacijentu da bolje kontrolira agresivno ponašanje.

Da bi se stvorila sigurna okolina na odjelu potrebno je dobro educirano osoblje koje efikasno komunicira i koje se odnosi s poštovanjem prema pacijentima i međusobno.

Sve navedeno pridonosi izgradnji pozitivne terapijske kulture u kojoj se njeguje aktivno slušanje pacijenata i članova njihovih obitelji koji aktivno sudjeluju u izradi i provođenju plana liječenja. Osoblje pruža pacijentu i njegovoj okolini relevantne informacije uz sva potrebna objašnjenja, to uključuje i informacije u slučaju agresivnosti. U slučaju pacijenata koji imaju agresivni rizik važno ih je informirati unaprijed što se može dogoditi u slučaju ako postanu agresivni i koje se mjere prevencije mogu primijeniti.

Bolesnik kod prijema bez obzira da li je primljen uz pristanak ili bez svog pristanka treba dobiti informacije o tome zbog čega mu je preporučeno bolničko liječenje, o liječenju koje će se provoditi, koja su njegova prava kao bolesnika u psihijatrijskoj bolnici i koja je procedura žalbe. Informacije smanjuju osjećaj straha, potiču povjerenje i smanjuju rizik od agresivnosti. Pacijentima također trebaju biti dostupne pisane informacije o pravima kao i usmene informacije kada god se za to pokaže potreba.

Uređenje prostora u kojima se odvija prijem pacijenata i bolničkih psihijatrijskih odjela kao ugodnih prostora, sigurnih za liječenje pacijenta, mjesta koje dozvoljava privatnost i gdje se primjenjuje terapijska komunikacija između osoblja i pacijenata može reducirati rizik za agresivno ponašanje.

Za terapijski sigurnu okolinu u kojoj se stimulira terapijska kultura potreban je dovoljan broj osoblja, pa se potreba za osobljem na bolničkom odjelu mora regularno procjenjivati.

<i>Dovoljan broj osoblja potreban je da bi se mogla osigurati optimalna terapijska aktivnost, a ne čuvarska aktivnost.</i>

KLINIČKE SMJERNICE

Manifestacija agresivnosti predstavlja kombinaciju faktora kao što su uznemirenje povezano s psihičkim poremećajem, karakteristike ličnosti i vanjskih faktora kao što su stavovi i ponašanje osoblja, drugih pacijenata u okolini, fizičkih obilježja sredine i ograničenja koja utječu na slobodu pacijenta (NICE 2005, 2015).

1. Definicija agresivnosti i identificiranje uzroka agresivnog ponašanja.

Agresivno ponašanje se odnosi na bilo koje *prijeteće ponašanje* bez obzira da li je agresivnost izrečena verbalno, pokazana fizički i postoji li jasna agresivna namjera ili fizičko ponašanje koje aktualno ozljeđuje ili radi štetu osobi koja se agresivno ponaša, drugim osobama ili imovini.

Posljedice agresivnog ponašanja mogu dovesti do oštećenja zdravlja i sigurnosti drugih osoba koje se nalaze u blizini osobe koja je agresivna kao što je to osoblje, drugi pacijenti i sama osoba koja pokazuje agresivno ponašanje.

Agresivnost u psihijatriji može imati negativni utjecaj na percepciju psihijatrijskih službi kao i na negativna iskustva oboljelih od psihičke bolesti tijekom njihovog liječenja, što može dovesti do nesuradljivosti u daljnjem tijeku liječenja.

Povezanost agresivnosti s dijagnozom

Agresivno ponašanje nije specifično vezano za bilo koju psihijatrijsku dijagnozu, a može se javiti i u sklopu tjelesnog poremećaja.

Premda se agresivno ponašanje u psihijatriji najčešće sreće u akutnim psihotičnim stanjima i stanjima intoksikacije alkoholom i psihoaktivnim supstancama, ono nije specifično vezano za bilo koju psihijatrijsku dijagnozu. Kada se radi o psihičkim poremećajima veći je rizik kod komorbiditeta s ovisnosti o psihoaktivnim supstancama i poremećajem ličnosti (Mullen, 2006; Noffsinger & Resnick, 1999; Browne et al, 1998). Povećani rizik je prisutan kod komandnih halucinacija, ozbiljnog poremećaja tijeka misli, deluzija s nasilnim temama (Irwin, 2006; Bebbington et al, 1998; Browne et al, 1998). Kod oboljelih s dijagnozom psihoze faktori povezani s agresivnošću uključuju psihotične simptome kada se osoba osjeća ugroženo i pretjerano kontrolirano (Fanning i sur 2011).

Osim kod osoba s psihijatrijskom anamnezom, agresivno ponašanje se također može javiti kod osoba s tjelesnim stanjem koje doživljaju bol kod fizičke bolesti, neuroloških bolesti, oštećenja glave, hipoglikemije, hipoksije i drugo. Agresivnost također može biti povezana s utjecajem lijekova npr kortikosteroida. Diferencijalno dijagnostički važno je isključiti tjelesnu bolest kao uzrok agresivnog ponašanja.

Povezanost agresivnosti s individualnim karakteristikama pacijenta

Povećani rizik za agresivno reagiranje također je povezan *s individualnom percepcijom situacije od strane pacijenta i njegovom specifičnom reakcijom na stres.*

Percepcija pacijenta da ga samo liječenje može oštetiti može biti povezan s povećanim rizikom za agresivnost (Kettles 2004), stoga je važno pacijentu objasniti koje liječenje će se provoditi i kako mu liječenje može pomoći.

Istraživanja pokazuju da postoji različita percepcija pacijenata i osoblja na uzroke agresivnog ponašanja (Morrison 1993, Jonker i sur 2008). Pacijenti ističu da su okolinski

uvjeti i loša komunikacija povezani s povećanim rizikom od agresivnog ponašanja. Osoblje u prvi plan ističe mentalni poremećaj, premda prepoznaje značaj utjecaja sredine (Grenyer, Ilkiw-Lavalle, 2003).

Npr. pacijent s dijagnozom paranoidne shizofrenije je prisilno hospitaliziran u terapijskoj okolini koju ne poznaje, s potpunim strancima, vjeruje da je otrovan lijekovima te postaje svadljiv i odbija lijekove. Način na koji će osoblje komunicirati s pacijentom može imati utjecaja na ishod.

Povezanost agresivnosti s bolničkom sredinom

Mali broj osoblja, način uređenja odjela i nedostatak terapijske kulture su povezani s rizikom agresivnog ponašanja.

Negativna interakcija između osoblja i pacijenata kao i **pretjerano stroga atmosfera koja ne daje mogućnost za raspravu** je povezana s povećanim rizikom agresivnosti.

Agresivnost može biti odgovor na faktore bolničke okoline (uređenost odjela i ponašanje osoblja) kombinirane s crtama ličnosti i emocionalnom reakcijom povezanom s hospitalizacijom.

Povezanost agresivnosti s osjećajima

Agresivno ponašanje može biti povezano s osjećajem ugroženosti, bespomoćnosti, poniženja, frustracije i nepravde, stoga je u identifikaciji uzroka agresivnog ponašanja potrebno istražiti osjećaje koji su u pozadini agresivnog ponašanja kako bi se odabrao adekvatni terapijski postupak.

Kada osoba doživljava da je nepravedno - ne fer tretiraju, odnosno da se odnose prema njoj bez poštovanja, jedan je od vrlo jakih okidača za agresivnost.

Agresivno ponašanje se događa kada osobe nemaju vještine za postupak s osjećajima ili frustracijama, odnosno kada osjećaju strah.

Agresivni ljudi često imaju smanjenu sposobnost da se nose sa svojih frustracijama i njihova agresija im „omogućuje“ imati svoj način na koji zadovoljavaju vlastite potrebe.

Agresivnost se može pojaviti kao reakcija na strah i osjećaj neadekvatnosti jer može ljudima dati osjećaj moći u cilju kompenzacije osjećaja neadekvatnosti i straha.

Kombinacija osjećaja ugroženosti i gubitka osjećaja osobne kontrole nad mišljenjem i ponašanjem najviše je povezana s rizikom nasilnog ponašanja

Razumijevanje uzroka agresivnog ponašanja u psihijatrijskim službama je osnovno za kvalitetu liječenja i osiguranja sigurne terapijske sredine.

Istraživanja agresivnosti na psihijatrijskim odjelima pokazala su da postoje tri varijable koje doprinose agresivnosti: pacijent, osoblje i okolina (Campo, Merckelbach, Nijman and Ravelli 1999) ili prema Duxbury and Whittington (2005). 1. Faktori povezani s pacijentom uključuju dob, spol, prisutnost boli, psihopatologiju, komorbidne bolesti i druge psihosocijalne varijable kao što je upotreba alkohola i droge. 2. Faktori povezani s pacijentovom okolinom kao što su fizičko uređenje odjela, dizajn, mogućnost za privatnost, osvjetljenje, buka, temperatura mogu potaknuti agresivnost ili smanjiti agresivnost. Okolina na odjelu također uključuje tip pacijenata koji se nalaze na odjelu (Jones i sur 1998; Noble, 1997). 3. Situacijski interpersonalni prediktori agresivnosti povezani su direktno s interakcijama pacijent – osoblje, nepovoljne interakcije između pacijenata i osoblja povezane su s velikim brojem incidenata (Duxbury, 2002; Jones, Owen, Tarantello & Tennant, 1998).

Način na koji pacijent ulazi u sistem liječenja kao što je nedobrovoljni prijem, organizacija liječenja, odjelna pravila, sve može biti povezano s agresivnim incidentom (Irwin, 2008, Noble, 1997).

Nemogućnost pacijenta da kontrolira svoje agresivno ponašanje je kompleksni fenomen i zahtijeva poznavanje i prepoznavanje različitih faktora koji tome pridonose.

Agresivno ponašanje je multidimenzionalni koncept i treba ga procjenjivati u kontekstu interakcije između bolesti (težine simptoma, ranije anamneze o agresivnosti), osobina ličnosti, interpersonalnih faktora - komunikacija s osobljem i drugim ljudima, i faktora okoline: obilježjima fizičke bolničke/vanbolničke sredine, utjecaja faktora sredine (npr prisilni smještaj, ograničenje slobode kretanja, financijske poteškoće, odnosi u obitelji i drugo)

Poznavanje pacijentovih poteškoća da se nosi sa stresnim situacijama i razvoja agresivnosti je bitna za razumijevanje agresivnosti.

Prva strategija u pristupu agresivnom bolesniku je razumijevanje agresivnog ponašanja u konkretnoj situaciji specifičnog pacijenta za što je potrebna analiza utjecaja svih faktora koji mogu pridonijeti agresivnosti; psihičkog stanja, faktora ličnosti-načina reagiranja osobe na stres, utjecaja faktora okoline uključujući i načine komunikacije osoblja s pacijentom.

Identificiranje uzroka agresivnog ponašanja u konkretnoj kliničkoj situaciji važno je za prevenciju i izbor adekvatnog postupka prevencije i kontrole agresivnog ponašanja.

Više od 50% osoba s agresivnim ponašanjem poput verbalne agresivnosti, pretjerane aktivnosti i invazije personalnog prostora neće ići prema ozljedi osoblja. Stoga je važno razviti svijest o okidačima koji imaju veliku vjerojatnost da će dovesti do agresivnog ponašanja i ranog postupanja s agresivnim ponašanjem kako bi prevenirali daljnje pogoršanje i primjenu mjera prisile.

KOMUNIKACIJA S AGRESIVNIM BOLESNIKOM/ DEESKALACIJSKI POSTUPAK (prema NICE 2005, 2015)

Deeskalacijski postupak je prva linija pristupa agresivnom pacijentu, a kada ne uspijeva tada je potrebno primijeniti najmanje restriktivne mjere prisile kroz što kraći vremenski period primjene.

Deeskalacija se odnosi na verbalnu i neverbalnu interakciju s uznemirenim pacijentom koja ako se koristi prikladno reducira opasnost od agresivnog ponašanja, uključujući pacijentovu ljutnju i povratak na smireno stanje.

Deeskalacijski postupak ili komunikacija u krizi s agresivnim pacijentom je efikasno korištenje verbalnih i neverbalnih komunikacijskih vještina kako bi se pomoglo smanjiti uznemirenost agresivne osobe ili osobe s rizikom agresivnog ponašanja kako bi se smanjila mogućnost za agresivno ponašanje ili daljnje napredovanje agresivnog ponašanja, odnosno prevencije agresivnog ponašanja

Deeskalacijski postupak s agresivnim pacijentom ima za cilj smanjiti nivo uznemirenosti, smanjiti mogućnost ozljede pacijenta i drugih osoba kao i fizičke okoline, te omogućiti adekvatne terapijske postupke koje će dovesti do otklanjanja agresivnog ponašanja.

Deeskalacija- smjernice u komunikaciji s agresivnim pacijentom

Deeskalacijska tehnika se odnosi na postupno rješavanje potencijalno nasilnih, agresivnih situacija kroz izražavanje empatije, terapijskog dogovora i postavljanja granica ponašanja na način koji se temelji na poštovanju.

Cilj tehnike je prevenirati pogoršanje stanja i omogućiti pacijentu dovoljno vremena da ponovno zadobije kontrolu nad svojim ponašanjem. Deeskalacijska tehnika također pomaže u stvaranju terapijskog odnosa.

Terapijska komunikacija najčešće je najefikasniji postupak smirivanja pacijenta i prevencije agresivnosti. Cilj ovog postupka je umirivanje pacijenata u interaktivnom komunikacijskom procesu koji mu pomaže da se psihološki smiri. Tijekom razgovora potrebno je opservirati i verbalne i neverbalne znake agresivnosti i odgovor na komunikaciju i prema tome prilagoditi svoju komunikaciju.

Za provođenje deeskalacije potrebne su interpersonalne vještine koje se uče teorijski i praktično, a uključuje interpersonalno ponašanje koje je učinkovito za smirivanje uznemirenih osoba.

Pacijentu treba pristupiti na smireni način s kontrolom svog ponašanja, paziti na dostojanstvo pacijenta, te mu ponuditi mogućnosti izbora koje mu mogu pomoći da se smiri. Važno je govoriti smirenim glasom i paziti na izbor riječi.

Poznavanje pacijenta je važno, pa prednost kod primjene deeskalacije treba dati osoblju kojeg pacijent pozna i s kojim ima dobar terapijski odnos od ranije.

Cilj psihološkog pristupa je pomoći pacijentu povećati kapacitete za kontrolu nad svojim agresivnim ponašanjem. Izglednije je da će pacijent povećati kapacitete za bolju kontrolu agresivnosti ako doživljava da je tretiran kao osoba s kojom se može razgovarati čak i u situaciji u kojoj pokazuje agresivnost (Meehan, McIntosh & Bergen 2006).

Slijedeći postupci se preporučaju kada komunicirate s uznemirenim i potencijalno agresivnim pacijentom:

Osigurajte sigurnu okolinu

Kada razgovarate s agresivnim bolesnikom tada se i vi morate osjećati sigurnim stoga primjerice treba razgovor voditi u prostoriji koja omogućava napuštanje razgovora vama i pacijentu u slučaju krizne situacije i/ili voditi razgovor uz prisustvovanje drugih članova tima.

Ako pacijent postaje uznemiren ili ljut jedan član osoblja mora uzeti glavnu ulogu u komunikaciji s njim. Osoba koja komunicira mora procijeniti sigurnost situacije u kojoj se nalazi, uspostaviti dijalog s pacijentom o razlozima ljutnje i nezadovoljstva te pronaći zajedničko rješenje za situaciju na nekonfrontirajući način.

Mislite o svojoj sigurnosti : Budite sigurni da imate put izlaska ako situacija izmakne kontroli. Ne dopustite da se osoba postavi između vas i vrata
Ne okrećite leđa uznemirenom pacijentu.

Budite svjesni svojih granica i pozovite pomoć putem alarma ili dogovorenog načina signalizacije.

Osigurajte sigurnu okoline da možete razgovarati s pacijentom bez straha za svoju sigurnost i sigurnost drugih osoba u blizini. Kada se na osjećate sigurno u razgovoru s pacijentom osigurajte prisutnost druge osobe. Jasno poručite pacijentu da želite pomoći.

Poštujte fizičku udaljenost od pacijenta

Približavajte se osobi mirno, oprezno i kontrolirano, zadržite sigurno odstojanje od osobe koja je uznemirena. Nemojte pokušavati napraviti fizički kontakt s agresivnim pacijentom, držite fizičku distancu na odstojanju dužine ruke. Trebate znati da agresivni bolesnik ima veću zaštitnu zonu tijela.

Kontrolirajte verbalno i neverbalno ponašanje – budite smireni

Osoba koja komunicira s pacijentom mora kontrolirati svoje emocije, verbalno i neverbalno ponašanje (npr. držanje tijela i kontakt s očima). U komunikaciji s agresivnim bolesnikom treba **postupati smireno** na način da ćete govoriti smireno, nešto sporije, kontrolirajući brzinu i jačinu govora, bez povišenog tona glasa. Koristite nekonfrontirajući kontakt očima. Smiren način šalje poruku pacijentu da ste vi u kontroli svog ponašanja, da ste profesionalni i da znate što treba činiti u ovoj situaciji da mu pomognete.

U kontroli vlastitog ponašanja pomaže razmišljanje da je cilj smiriti osobu i smanjiti mogućnosti ozljede bilo koga. Bitno je slušanje gledišta pacijenta i davanje izbora mogućnosti i isticanje posljedica na način bez prijetnji.

Kada govorite pacijentu morate biti sigurni da vas bolesnik čuje, stoga trebate procijeniti da li bolesnik može pratiti što mu govorite. Primjerice ako je akutno psihotičan ili intoksiciran njegova mogućnost da vas čuje može biti značajno reducirana. Koristeći meki glas, kratke rečenice možete procijeniti da li vas bolesnik sluša.

Suzdržite se od pokazivanja moći. Pokazivanje moći može dovesti do agresivnosti stoga ne treba prisiljavati osobu koja je uznemirena da se npr. presvuče, da joj se izvadi krv ako to nije neophodno.

Komunicirajte jasno i nedvosmisleno

Osoba koja pokazuje znakove agresivnog ponašanja ima suženu mogućnost pažnje, stoga u komunikaciji treba govoriti jednostavnim, jasnim i uvjerljivim načinom i blagim tonom.

Kada osoba eskalira prema kriznom stanju (stanju uznemirenosti sa ranim ili već razvijenim znakovima agresivnog ponašanja) njena sposobnost da čuje i procesira informacije je reducirana, percepcija okoline je sužena stoga s ovom osobom komunikacija mora biti vrlo jasna, uključujući verbalne i neverbalne poruke. Jasno se izražavajte kratkim rečenicama, pazite na način izražavanja, budite uljudni i pristojni bez obzira kako se osoba ponaša.

Izbjegavajte prijeteci stav, postavite granica i ponudite mogućnost izbora.

Imajte kontrolu nad svojim verbalnim i neverbalnim postupcima koji trebaju prenositi odlučnost u uspostavljanju granica na smireni način. Pazite na ton glasa koji treba biti

umirujući, i pazite na svoje držanje koje ne smije biti prijeteće. Izbjegavajte prijeteće, agresivno držanje i produljeni kontakt očima.

Prijeteće ponašanje podržava krug nasilnosti jer povećava osjećaj poniženja koji je rizičan za nasilje. Postavljanje granica ponašanja ima terapijsku ulogu ali to treba napraviti na ne provocirajući način. Efikasno postavljanje granica uključuje jasnu identifikaciju ponašanja koje se mora promijeniti i posljedice koje će slijediti ako se ponašanje ne promijeni, primjerice: lijekovi, sputavanje, gubitak privilegija i slično. Najbolje je postavljanje granica kada se bolesniku kaže koje je ponašanje neprihvatljivo, zašto je ono neprihvatljivo i nudi se nekoliko mogućnosti izbora. Npr. možete bolesnika zamoliti da ne viče u dnevnoj sobi jer uznemirujete druge bolesnike, oni se boje i misle da će ih udariti stoga predlažete da ode u svoju sobu i sluša radio dok se ne umiri ili da popije lijek. Svaki put kada bolesnik ima izbor on će početi misliti, predah kada mora misliti će smanjiti ljutnju, ako se nudi samo jedan izbor tada se može početi pregovarati i svađati. Informiranje o posljedicama mora biti na neagresivan način, način koji pacijentu nudi pomoć, a ne prijetnju.

Fokusirajte se na rješenje situacije, a ne na vlastite osjećaje, izbjegavajte verbalnu konfrontaciju, uvjerite osobu da vi želite pomoći. Jasno poručite pacijentu da vas zanima što on kaže i kako se osjeća.

Postavite granice mirno, čvrsto, ali ne prijeteće i nadmoćno.

Pazite da ne plašite pacijenta. Budite čvrsti u zahtjevima za promjenom ponašanja (mora biti jasno da se agresivno ponašanje ne može tolerirati) ali suosjećajni za stanje pacijenta.

Uspostavite dijalog i aktivno slušajte

Zamolite osobu da sjedne i da vam ispriča što je razlog uznemirenosti - što izaziva ljutnju ili nezadovoljstvo. Međutim ako bolesnik stoji tada i vi trebate stajati, ako hoda uznemireno gore dolje, možete hodati za njim ali sporije. Ako je prikladno ponuditi će te ga s vodom. Izbjegavajte konflikt na način da uključite osobu u rješenje dajući joj mogućnost izbora.

Ako osoba viče ne govorite, kada dobijete priliku da kažete, govorite normalnim tonom.

Kontrolirajte svoje neverbalno ponašanje (npr. držanje tijela, pogled) da budete sigurni da nije u kontradikciji sa sadržajem vašeg govora.

Napravite pauzu kako bi dali vremena osobi da promisli.

Nemojte raspravljati, konfrontirati ili kritizirati, koristite reflektirajuća pitanja.

Ponovite ono što je rečeno svojim riječima i provjerite s pacijentom da li ste ga dobro razumjeli.

Koristite otvorena pitanja koja omogućavaju da uznemirena osoba odgovori te iznese osjećaje. Slušajte pacijenta ali izbjegavajte odgovore na pitanja koja su izvan vaše nadležnosti.

Dozvolite osobi da izrazi nezadovoljstvo, ali odgovorite selektivno.

Pojasnite ono što mislite, razjasnite zablude, prihvatite opravdane pritužbe, nemojte reagirati na uvredljive izjave.

Komunicirajte jednostavnim rečenicama kada iznosite zabrinutost i nudite rješenja.

Terapijska komunikacija omogućuje pacijentu da izrazi svoje probleme, osjećaje i uzroke svog ponašanje te se u tom dijalogu mogu pronaći rješenja i/ili doživjeti emocionalna katarza što može dovesti do psihološkog rasterećenja i zajednički dogovorenog plana liječenja

Kvaliteta terapijskog odnosa i dogovora između osoblja i pacijenta je povezana s efikasnosti kontrole agresivnog ponašanja.

Unutar sigurnog terapijskog ozračja, liječnici i medicinske sestre potiču pacijente da razgovaraju o svojoj percepciji situacije i ponašanju koje je povezano s agresivnim ponašanjem. Tek tada, kada su iskustva pacijenta da postoji mogućnost konstruktivne interakcije i komunikacije s osobljem pozitivna, vjerojatnost da će pacijent aktivno sudjelovati i biti motiviran za kontrolu agresivnosti se povećava.

Pokazivanje empatije i aktivno slušanje

Koristite empatiju, ostanite profesionalni i objektivni.

Kontrolirajte svoje emocije, ostanite smireni i pokažite autentičnu želju da čujete što osoba ima reći.

Emocionalno uznemireni bolesnik treba aktivni odgovor od osoblja. Pogled očima i držanje mora odavati brigu i zainteresiranost za stanje bolesnika, to će smanjiti potencijal za agresivno ponašanje. Korištenje tehnike aktivnog slušanja tako da parafrazirate izdvojene dijelove onoga što bolesnik govori će pomoći da bolesnik shvati da osoblje razumije kako se bolesnik osjeća i da je zainteresirano da mu pomogne.

Način razgovora u kojem se iskazuje empatija za stanje bolesnika bez velikih rasprava uz ponudu rješenja može biti od koristi.

Ohrabrite pacijenta da izrazi svoje osjećaje i pokažite empatiju

Prihvatite da pacijent ima **pravo da izrazi ljutnju** i da izražavanje ljutnje prema vama ne znači da vi ne radite dobro, izbjegavajte obrambeni stav, pretjerano emocionalno reagiranje, ne uzimanje stvari osobno.

Promatrajte znakove i simptome ljutnje i uznemirenja i tome prilagodite svoje ponašanje.

Ohrabrite osobu da iznese svoje osjećaje, aktivno slušajte pacijenta, postavljajte pitanja, reflektirajte ono što kaže i iznesite vaše razumijevanje situacije, ono što ste razumijeli da vam osoba želi poručiti.

Npr. psihotičan pacijent navodi da se boji da će susjedi pogubiti oca i želi pobjeći kući kako bi to spriječio i pri tom nasrće na vrata, odgurne tehničara. Ako primjerice pacijentu kažete da razumijete da je zabrinut za svog oca, međutim vi ćete provjeriti situaciju i o tome ćete ga izvijestiti tako da on može biti miran, možete mu ponuditi lijek da se umiri. Ovo primjerice može odmah zaustaviti agresivno ponašanje.

Ključni put smirivanja agresivnog bolesnika je **kontrola afekta**, a uključuje otvoreni razgovor o afektu bolesnika primjerice da se jasno kaže da vam je jasno da je ljut i da ga ohrabrite da o tome govori. Osnovi cilj je poruka bolesniku da postoji drugi način da rastereti svoj osjećaj ljutnje i napetosti kroz verbalizaciju osjećaja i da nije neophodno da agresivno reagira.

Pokazivanje empatije i reflektiranje pacijentovih osjećaja može biti vrlo učinkovito kada je napravljeno na autentičan i prikladan način.

Npr. možete reći izgleda da vas je uzimanje vaših stvari od drugih pacijenata jako uznemirilo, možemo naći rješenje da spremite stvari u zaključani ormar.

Prepoznajte također da u situacijama kada se ljudi osjećaju frustrirano ili u strahu, osoblje može puno učiniti samo ako dozvoli da osoba iznese ljutnju i slušaju s empatijom.

Sve što predlažete pacijentu, objasnite mu i tražite njegov pristanak, npr. potaknite osobu da prihvati lijek dobrovoljno. Npr. možete reći da izgleda da su stvari izmakle kontroli, pa bi lijekovi mogli pomoći da se umiri i osjeća bolje.

Tek kada je osoba mirna možete razgovarati o postupcima kako kontrolirati ljutnju, prepoznati rane znake i drugo, važno za individualni plan prevencije agresivnosti.

Ponašanje osoblja je značajno u prevenciji agresivnosti

Vještine interpersonalne komunikacije su osnove za uspostavljanje terapijskog odnosa, čak i s agresivnim pacijentom, tako da vještine aktivnog slušanja, reflektiranja rečenog,

postavljanja pitanja, kontrole verbalnog ponašanja su važne za povoljan ishod postupka s agresivnim pacijentom (Farrell et al, 2010; Irwin, 2006).

Razumijevanje uzroka agresivnog ponašanja, reakcije na agresivno ponašanje i kontrole emocija osoblja su važan dio prevencije agresivnog ponašanja.

Terapijski pristup u psihijatriji osniva se na dijalogu s pacijentom koji omogućava bolesniku razgovor o njegovim poteškoćama, pa tako i o agresivnom ponašanju. Kada je terapijska okolina uređena na način da primjenjuje kulturu razgovora, oslobođena od stavova predrasuda i kada osoblje može tolerirati vlastite osjećaje straha, ljutnje i bespomoćnosti tada su stvoreni dobri preduvjeti za prevenciju i smanjenu potrebu mjera prisile.

U kontroli agresivnog ponašanja važna je poruka pacijentu da agresivnost poput prijetnji vrijeđanja, fizičkog napada nije dozvoljena, međutim da se o ljutnji i razlozima agresivnog ponašanja može uvijek razgovarati. Kada god je moguće pacijentu je potrebno pružiti priliku da uspostavi kontrolu svoga ponašanja i pomoći mu u uspostavi kontrole ponašanja putem primjene psiholoških i farmakoloških postupaka.

Pacijent će lakše prihvatiti suradnju ako doživi da ga se tretira s poštovanjem i u situaciji kada je agresivan i kada mu se nude mogućnosti da poveća svoje kapacitete za rješavanje agresivnosti.

Rana intervencija je ključna za prevenciju agresivnog ponašanja. Uključuje psihološke deeskalacijske tehnike, farmakološke i fizičke intervencije poput time out-a i stalnu procijenu rizika te opservaciju. Opservacija uključuje ne napadno promatranje pacijenta da bi se bolje procijenila situacija rizika.

Agresivno ponašanje je izraz nemogućnosti pacijenta da uspostavi kontrolu nad svojim ponašanjem stoga se od pacijent traži da surađuje a ne da bude dobar .

Treba imati na umu da je osoba koja pokazuje agresivno ponašanje najčešće preplašena i osjeća se ugroženom, tako da komunikacija koja smanjuje strah i ugroženost može prevenirati agresivno ponašanje.

Pokazivanje empatije i stvaranja odnosa povjerenja je povezano sa smanjenjem rizika od agresivnog ponašanja kao i pomaganje pacijentu da razviju učinkovite strategije odgovora na frustraciju i strah koji mogu postati okidač za agresivno ponašanje.

Prepoznavanje ranih znakova agresivnog ponašanja ili znakova upozorenja (prema NICE 2015)

Rani znaci upozorenja odnose se na promjene u osjećajima, mislima, percepciji i ponašanju koje precipitiraju agresivno ponašanje (Fluttert et al. 2002, 2008,2010, van Meijel i sur 2003). Rani znaci upozorenja agresivnog ponašanja predstavljaju kontinuum od rane faze

pogoršanja ponašanja, npr. povećanja sumnjičavosti do faze bliže agresivnosti npr. povećanje ljutnje.

Rani znaci pokazivanja ljutnje odnose se na opservirano ponašanje prije nego nastupi agresivni incident. Otvoreno agresivno ponašanje je lako prepoznati npr. ako netko više on jasno pokazuje da je ljut, međutim zašto on više i zašto je on ljut, odnosno uzrok nečije ljutnje može se teško prepoznati ako se ne uspostavi dijalog s pacijentom. Za rano prepoznavanje ljutnje, odnosno prevenciju pogoršanja stanja treba se posvetiti pažnja prepoznavanju svih faktora koje dovode do ljutnje koji predstavljaju prekursore agresivnosti i zbog toga ih je potrebno otkriti.

Kada se rani znaci prepoznaju potrebno je odmah primijeniti intervencije koje će prevenirati agresivno ponašanje i obnoviti pacijentov kapacitet kontrole agresivnog ponašanja.

Daljnji postupak u edukaciji pacijenata s poteškoćama kontrole ljutnje / agresivnosti je rad na povećanju kapaciteta pacijenta da prepozna rane znake ljutnje i primijeni strategije koje će spriječiti gubitak kontrole nad ponašanjem i dovesti do agresivnog incidenta.

Prepoznavanje ranih znakova agresivnosti i pomaganje pacijentu da se smiri putem deeskalacijske tehnike može prevenirati razvoj agresivnog ponašanja, stoga osoblje mora imati edukaciju kako bi prepoznalo razne znake agresivnosti, procijenilo rizik agresivnog ponašanja i primijenilo deeskalacijsku tehniku te izradilo personalno specifičan plan prevencije.

Slijedeći znakovi mogu ukazivati da bi pacijent mogao postati agresivan:

- Ljutit i napeti izraz lica,
- Povećanje ili produženi period nemira, tjelesne napetosti, uznemireno kretanje,
- Opće uznemirenje - povećanje disanja i pulsa, muskularna napetost, širenje zjenica
- Povećanje volumena govora, uznemireni pokreti,
- Produženi kontakt s očima,
- Nezadovoljstvo, odbijanje komunikacije, povlačenje, strah, iritacija,
- Nejasan način razmišljanja, slaba koncentracija,
- Deluzije ili halucinacije sa nasilnim sadržajem,
- Verbalne prijetnje ili gestikulacije,
- Ponavljanje ponašanja ili ponašanje slično koje je prethodilo ranijoj epizodi agresivnosti,
- Iznošenje ljutnje ili nasilnih osjećaja,
- Blokiranje puta izlaza.

Za opservaciju ranih znakova agresivnosti potrebno je opservirati neverbalno ponašanje pacijenta- **govor tijela**. Znaci upozorenja koji se odnose na govor tijela uključuju slijedeće:

stisnute šake, stisnutu čeljust, kruto držanje tijela -napetost koja ukazuje na intenzivan napor da osoba kontrolira emocije, povećanje motorne aktivnosti - uznemireno šetanje i drugo. **Potrebno je paralelno pratiti verbalno ponašanje:** verbalne prijetnje, provokativno ponašanje, sklonost raspravljanju, izražavanje nezadovoljstva, pretjerano reagiranje - preosjetljivost i drugo.

U cilju prepoznavanja okidača ranih znakova agresivnosti posebnu pažnju treba posvetiti utjecaju socijalnih i interpersonalnih faktora na pojavu ljutnje i uznemirenosti kako bi se osobi pomoglo da uvidi tu povezanost i da se pronade rješenje za situaciju na neagresivni način. Ovo može pacijentu pomoći da bolje kontrolira svoje osjećaje ljutnje, stoga osoblje mora biti educirano kako pomoći pacijentu uspostaviti kontrolu nad svojom ljutnjom. Da bi se pacijenta educiralo o postupanju s ljutnjom pacijent mora biti smiren.

Rizik agresivnog ponašanja je povećan kada se pacijent nalazi u situaciji povećanog stresa, tada uobičajeni načini nošenja sa stresom zakazuju i osobi je potrebna podrška drugih, profesionalaca i/ili članova njihove socijalne mreže, stoga su intervencije profesionalaca u ovoj fazi važne za smanjenje rizika za agresivno ponašanje.

Ako se ne koriste psihosocijalne intervencije za smanjivanje negativnih učinka stresa tada postoji vrlo velika vjerojatnost da će stanje napredovati prema agresivnosti, kada je potrebno puno više profesionalnog angažmana da se agresivnost zaustavi.

Kada pacijent pokazuje rane znakove agresivnosti on još uvijek može sudjelovati u procesu prevencije agresivnosti i trebat će mu manje napora i vremena da se vrati u početnu poziciju kontrole svog ponašanja. Stoga rana primjena strategija prevencije može dovesti do otklanjanja agresivnog ponašanja.

Koncept ranog prepoznavanja znakova agresivnosti i primjena rane intervencije pomaže pacijentu da kontrolira svoje ponašanje i da se izradi plan za prevenciju slijedećih epizoda agresivnosti. Kvaliteta radnog saveza između pacijenta i osoblja je vrlo važna za uspješan plan prevencije. U terapijski sigurnoj okolini pacijent se ohrabruje da prepozna okidače i rane znake agresivnosti i da primijeni postupke koji će mu pomoći da prevenira agresivno ponašanje. Osoblje mora imati edukaciju o primjeni preventivnih strategija.

Plan prevencije ponovne epizode gubitka kontrole agresivnog ponašanja treba uključiti prepoznavanje ranih znakova ljutnje i postupanje u cilju povećanja kontrole ljutnje i agresivnosti i treba biti napravljen u suradnji s pacijentima koji imaju ove poteškoće.

PROCJENA RIZIKA

Agresija je ponašanje koje ima namjeru ozlijediti osobu koja je motivirana da to izbjegne. Agresija s velikim rizikom uključuje spremnost da se nanese ozljeda, bez obzira da li se to pokazuje ponašanjem ili verbalno i bez obzira da li je fizička ozljeda nanesena.

Procjena rizika uključuje procjenu vjerojatnosti agresivnog ponašanja

Agresivnost bolesnika ne može se predvidjeti sa 100% točnosti. Rizik je nešto dinamično i može se promijeniti vezano za okolnosti. Istraživanja pokazuju da kada se uvede redovita procjena rizika i kada se primjenjuju skale za procjenu rizika dolazi do značajnog smanjenja primjena mjere prisile (Abderhalden i sur. 2008.).

Mjere da se reducira agresivno ponašanje moraju biti bazirane na procjeni rizika i postupka s rizikom koji uključuje cjelovitu strategiju postupanja s rizikom ugrađenu u plan liječenja.

Procjena rizika agresivnog ponašanja je kompleksan zadatak za što su nam potrebne kliničke vještine procjene i pouzdani instrumenti procjene. Procjena rizika je odgovornost osoblja koje mora imati edukaciju za procjenu rizika, stoga psihijatrijske institucije moraju imati jasno deklarirane postupke za procjenu rizika.

Procjena rizika mora biti dio standarda liječenja oboljelih od mentalnih poremećaja. Kod prijema na psihijatrijske odjele treba napraviti procjenu rizika za sve bez obzira na dijagnozu, te kada postoji rizik potrebno je izraditi plan smanjenja rizika u suradnji s pacijentom i članom obitelji kada god je to prikladno.

Procjena agresivnog rizika mora biti sastavni dio svih psihijatrijskih procjena kako bi se adekvatno procijenilo stanje, odredio rizik, planirali postupci za otklanjanje agresivnosti kada postoji rizik i primijenilo liječenje u adekvatnoj sredini primjerice akutnom zatvorenom odjelu.

Procjena rizika i plan smanjenja rizika moraju biti regularno evaluirani dok god traje rizik. Individualni plan za smanjivanje rizika treba uključiti poznate okidače agresivnog ponašanja bazirana na poznavanju ranije povijesti bolesti i razgovora s pacijentom i članom obitelji.

Procjena rizika bazira se na strukturiranom intervjuu s bolesnikom i kada je prikladno s osobom koja živi s njim. Kod bolesnika koji imaju poteškoća s agresivnošću treba se potruditi da se dobiju podaci koji su njegovi okidači za pojavu ljutnje i rani znaci agresivnog ponašanja (Tardiff 1999, Christofer i sur 2003).

Nalaz procjene rizika treba komunicirati sa svim relevantnim osobama koji sudjeluju u liječenju. Za procjenu rizika važna je procjena osobnih, kliničkih i situacijskih podataka (vidi tablicu).

Tablica : Procjena agresivnog rizika (Christofer i sur)

1.Osobna povijest

- Povijest nasilnog ponašanja
- Povijest zloporabe alkohola i droga
- Podatci dobiveni od obitelji o osjećajima ljutnje ili nasilja
- Ranije izjave o namjerama da se nekoga ozlijedi
- Podatci o mijenjanju boravišta i socijalnom nemiru
- Ranija upotreba oružja

- Negiranje ranijeg nasilja koje je počinjeno
- Poznati osobni faktori okidači
- Nedavni stresni događaji, posebno značajni gubitci ili prijetnja gubitkom

2. Klinički podatci

- Zloraba psihoaktivnih tvari ili alkohola
- Utjecaj lijekova dezinhibicija, akatizija
- Aktivni simptomi shizofrenije, manije, osobito deluzije ili halucinacije fokusirana na određenu osobu
- Komandne halucinacije
- Preokupacija s nasilnim fantazijama
- Deluzije kontrole posebno s nasilnim temama
- Uzbuđenje, agitacija, otvoreno neprijateljstvo ili sumnjičavost
- Loša suradnja s predloženim liječenjem
- Antisocijalni, eksplozivni ili impulzivne crte ličnosti ili poremećaj ličnosti

3. Situacijski faktori

- Stupanj socijalne podrške
- Laka dostupnost oružja
- Odnos s potencijalnom žrtvom (npr. teškoće u odnosu)
- Dostupnost potencijalne žrtve
- Ograničenje sredine u kojoj se liječi (moguće aktivnosti, izbor aktivnosti)
- Odnos osoblja

Plan smanjenja agresivnog rizika (Tardiff 1999, NICA 2015)

Plan smanjivanja agresivnog rizika uključuje prepoznavanje ranih znakova upozorenja i komunikaciju u krizi kao i prevenciju agresivnog ponašanja. Bolesnik koji je identificiran da ima faktore rizika za agresivno ponašanje treba imati mogućnost i prije nego nastupi agresivno ponašanje da kaže svoje preferencije u slučaju ako se primijeni kontrola agresivnosti. To treba napisati u plan liječenja, također bi trebalo zabilježiti okidače i rane znake upozorenja i druge postupke kako smanjiti rizik.

Znakovi upozorenja –vidi rane znakove upozorenja

Znaci agresije mogu uključiti bilo što od navedenog ili kombinaciju navedenog:

Gubitak kontrole od strane pacijenta koji može uključivati bilo što od sljedećeg:

- Fizički napad na druge
- Velika oštećenje imovine
- Ozljede drugih ljudi
- Ozljeda sebe

- Govor tijela
- Stisnute šake
- Stisnuo čeljust
- Kruti stav tijela
- Intenzivan napor da kontrolira emocije
- Agitacija
- Povećanje motorička aktivnost
- Elektrostimulacija
- Izražava prijetnje
- Posjedovanje potencijalnog oružja
- Provokativno ponašanje
- Raspravlja se
- Nezadovoljan
- Pretjerano reagira
- Preosjetljiv
- Slaba kontrola impulsa

Skale za procjenu agresivnog rizika

U zadnje vrijeme se posebna pozornost pridaje primjeni skala za procjenu agresivnog rizika. Sve je više istraživanja koja upućuju da primjena skala pomaže u boljoj procjeni rizika, povećava osjećaj kompetencije i sigurnosti osoblja i smanjuje potrebu za primjenom mjera prisile. Brøset Violence Checklist (BVC) (Woods, Almvik 2002, Clarke i sur 2010) i OAS (Palmstierna, Wistedt 1987) su se pokazale učinkovitima u procjeni kratkotrajnog rizika agresivnog ponašanja, a Staff Observation Aggression Scale SOAS R (Nijman i sur 1999) za monitoriranje učestalosti, prirode i ozbiljnosti agresivnih incidenata, stoga ih preporučamo za primjenu u kliničkoj praksi.

Procjena suicidalnog rizika

Mjere prisile nekada se mogu koristiti za smanjenje suicidalnog rizika, stoga je važno poznavati karakteristike pacijenta sa suicidalnim rizikom i postupke smanjenja rizika kako bi se primjena mjera prisile svela na najmanju moguću mjeru.

Karakteristike pacijenta povezane s pojačanim suicidalnim rizikom su beznade, bespomoćnost, ograničena mogućnost sagledavanja alternativnih rješenja i rješavanje problema, dominiranje disfunkcionalnog načina razmišljanja koje sagledava samo najlošije ishode, nisko samopoštovanje, orijentiranost na sadašnjost i teškoće projekcije u budućnost.

Ponašanje osoba koje pružaju pomoć može utjecati na rizik, tako da postupci koji smanjuju bespomoćnost otvaraju nadu i perspektivu drugih rješenja uz iskazivanje empatije za stanje pacijenta mogu imati značajan terapijski učinak u smislu smanjenja rizika. Postojanje zaštitnih faktora razloga za život također može smanjiti rizik.

U procjeni suicidalnog rizika mogu se koristiti Beckova skala bespomoćnosti (BPS) (Beck i sur 1974) i postavljanje standardnih pitanja o suicidalnom ponašanju

Pomoć pacijentu da vidi i druge mogućnosti rješenja i obnova nade može biti značajni preventivni postupak.

OPSERVACIJA (prema NICE 2015, Nelson i Brennan 2001)

Opservacija se koristi kada nije uspjelo smanjenje rizika putem komunikacije pa je potrebno pratiti rizik agresivnog ponašanja. Treba koristiti najmanje uznemiravajući nivo opservacije Treba biti svjestan činjenice da pacijent može doživljavati opservaciju provokativnom i da to može doprinijeti osjećaju izolacije i poniženja.

Opservacija pacijenata s povećanim rizikom za agresivnost razlikuje se od opservacije drugih pacijenata koji se nalaze na liječenju a nisu procijenjeni da imaju agresivni rizik. Osoblje treba znati gdje se nalaze svi pacijenti za koje su odgovorni, međutim svi pacijenti ne trebaju biti intenzivno nadzirani.

Najmanje jedanput za vrijeme smjene medicinska sestra bi trebala procijeniti mentalno stanje pacijenta uključujući procjenu rizika, te zabilježiti postojanje rizika ako postoji.

Psihijatrijska ustanova treba imati politiku opservacije za osobe s povećanim rizikom za agresivno ponašanje koja uključuje definiciju nivoa opservacije s preporukama tko nadzire i tko je odgovoran za određivanje intenziteta opservacije odnosno smanjenja ili povećanja nivoa opservacije, odluku da li će osoba koja opservira biti žena ili muškarac i koliko često treba evaluirati stanje i koliko dugo će trajati opservacija.

Pacijenta koji je opserviran potrebno je informirati zbog čega je opserviran, što je cilj opservacije, koliko će to dugo trajati i kada će prestati.

Preporučaju se slijedeći stupnjevi opservacije :

Niski nivo povremene opservacije- učestalost svakih 30 do 60 min.

Visoki nivo povremene opservacije – koristi se kada postoji rizik agresivnosti, ali nije prisutan trenutačan rizik. Učestalost opservacije je svakih 15 do 30 min.

Kontinuirana opservacija: koristi se kada postoji akutna prijetnja i potreba za opservaciju 1:1 na razdaljini pogleda.

Multiprofesionalna kontinuirana opservacija- za pacijente s visokim rizikom za ozljeđivanje sebe ili drugoga kojeg treba nadzirati 2 do 3 člana osoblja.

Kada je određena opservacija kao mjera praćenja rizika potrebno je to dokumentirati u medicinskoj dokumentaciji i navesti razloge opservacije.

Također treba navesti osoblje odgovorno za praćenje opservacije i vrijeme ponovne evaluacije potrebe opservacije.

Osoblje koje provodi opservaciju: treba imati aktivnu ulogu u pozitivnoj terapijskoj komunikaciji s pacijentom, mora biti upućeno u anamnezu pacijenta, rizične faktore i protokole postupanja u hitnim situacijama .

Ne preporuča se da isti član osoblja provodi opservaciju duže od 2 sata, pa ako je potrebna duža opservacija, mora se napraviti pauza.

Kada opservaciju određuje sestra tada o tome treba biti informiran psihijatar koji liječi pacijenta.

PRIMJENA MJERA PRISILE

Mjere prisile treba koristiti samo kada deeskalacija nije bila uspješna odnosno kada je to jedini način da se spriječi agresivno ponašanja jer ako se ne poduzmu mjere prisile postoji ozbiljni rizik ozljede pacijenta ili drugih osoba. Paralelno s mjerama prisile treba i dalje koristiti deeskalacijski pristup. Mjere prisile odnose se na primjenu izdvajanja i primjenu fizičkog sputavanja. Više o primjeni mjera prisile vidi u pravilniku Ministarstva zdravlja.

<p><i>Za odluku o primjeni mjere prisile važno je odgovoriti na pitanje što će se dogoditi ako se ovaj pacijent koji pokazuje agresivni rizik ne sputa ili izdvoji.?</i></p>
--

Ciljevi primjene mjera prisile su prevenirati mogućnost ozlijede pacijenta i drugih osoba te omogućiti prikladno liječenje.

Mjere prisile primjenjuju se prema osobi s težim duševnim smetnjama u osobito hitnim slučajevima ozbiljnog i izravnog ugrožavanja vlastitog ili tuđeg života, zdravlja ili sigurnosti, kada je to jedini način sprječavanja pacijenta da svojim postupcima ugrozi svoj ili tuđi život, zdravlje i sigurnost. Mjere prisile mogu se primijeniti samo iznimno i to ako se samo njihovom primjenom može otkloniti neposredna opasnost koja proizlazi iz ponašanja pacijenta, kojom ozbiljno i izravno ugrožava svoj ili tuđi život, zdravlje i sigurnost. Mjere prisile smiju trajati samo dok je to nužno da se otkloni neposredna opasnost koja proizlazi iz ponašanja zbog kojeg su se primijenile mjere prisile. Osoba na koju će se primijeniti sila kada god je to moguće treba na to biti upozorena.

Prema Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama teža duševna smetnja nije ograničena na neku specifičnu dijagnozu nego na otežane psihičke funkcije kod bilo kojeg psihičkog poremećaja, psihičko stanje zbog kojeg je neophodna psihijatrijska pomoć.

Tko donosi odluku o primjeni mjere prisile?

Odluku o primjeni mjera prisile donosi psihijatar, sukladno Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, kao krajnju mjeru kada sve poduzeto u preventivnom postupku nije postiglo učinak. U slučaju iznimne žurnosti, odluku o primjeni mjera prisile mogu donijeti doktor medicine druge specijalnosti ili medicinska sestra/medicinski tehničar i o tome su obvezni odmah obavijestiti psihijatra. U slučaju žurnosti primjene mjere sputavanja koju su odredili doktor medicine druge specijalnosti ili medicinske sestre/medicinski tehničari, psihijatar je obvezan bez odgode u najkraćem mogućem roku, koji ne smije biti duži od 1 h od primitka obavijesti o izvršenoj mjeri sputavanja doći i osobno procijeniti pacijentovo psihofizičko stanje te donijeti odluku o daljnjoj potrebi za primjenom mjere i dati smjernice za daljnje postupanje s pacijentom. Datum i sat pregleda psihijatra i opis stanja pacijenta upisuje se u medicinsku dokumentaciju za praćenje stanja pacijenta nad kojim su primijenjene mjere prisile, što se isto čini kod svakog slijedećeg pregleda na temelju kojeg se donosi odluka o prekidu sputavanja ili nastavku primjene mjera prisile.

Nalaz psihijatra mora sadržavati opis kliničke slike i opasnosti. U nalazu psihijatara se razlog sputavanja dovodi u vezu s psihičkim stanjem bolesnika koje odgovara definiciji težeg duševnog poremećaja s neposrednom opasnosti ugrožavanja vlastitog i tuđeg života, zdravlja i sigurnosti opisuje se psihičko stanje i opasnost koja iz tog stanja proizlazi u medicinsku dokumentaciju.

Kada je medicinsko osoblje zbog žurnosti primijenilo mjere prisile i pozvalo psihijatra potrebno je vrijeme obavijesti psihijatra o primjeni mjere prisile dokumentirati

U cilju prevencije primjene mjera prisile kod promjene stanja pacijenta koje ukazuje na rizik (opservirani su rani znaci agresivnosti, povećani rizik za agresivno ponašanje) medicinsko osoblje treba izvijestiti psihijatra da u najkraćem mogućem roku procijeni stanje pacijenta i preporuči preventivne mjere ili mjere prisile, to se također odnosi i na promjenu stanja pacijenta kod kojeg su već primijenjene mjere prisile. Primjerice ako bolesnik zaspe potrebno je odmah izvijestiti psihijatra da odredi prekid mjere sputavanja i odredi druge preventivne mjere, poput praćenja rizika nakon što se pacijent probudi.

Za određivanje najmanjeg mogućeg trajanja vremena fizičkog sputavanja (samo onoliko dugo koliko je potrebno za otklanjanje opasnosti koja je razlogom sputavanja) potrebna je uska suradnja između medicinskih sestara/tehničara i psihijatra.

Fizičko sputavanje nosi sa sobom veliki zdravstveni rizik i svako nepotrebno produženje vremena sputavanje je ne razmjerna primjena mjere i povećanje općeg zdravstvenog rizika kao i negativnog utjecaja na suradnju u terapijskom procesu.

Ponašanje zdravstvenih radnika prilikom primjene mjera prisile

Članak 4. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama NN76/2014

(1) Sputavanje i odvajanje su postupci kojima se kontrolira agresivnost i trebaju biti obavljani prema pravilima dobrog postupanja prema pacijentu.

(2) Prema svakom pacijentu treba se odnositi s poštovanjem i dostojanstvom.

(3) U cilju zaštite dostojanstva i sigurnosti pacijenta, kod primjena mjera prisile nisu dopušteni postupci koji diskriminiraju ili vrijeđaju ljudsko dostojanstvo u verbalnom ili fizičkom obliku.

(4) Ustanova je obvezna donijeti detaljne pisane upute o pravilima postupanja radnika ustanove u situacijama agresivnog ponašanja pacijenta prije, u tijeku i nakon primjena mjera prisile.

(5) Pisane upute iz stavka 4. ovoga članka moraju biti istaknute u ordinaciji odnosno odjelu ustanove i svi zdravstveni radnici moraju biti upoznati s istima. (pravilnik MZ NN 76/14)

Ponašanje pacijenta u agresivnom stanju koji je u psihijatrijskoj skrbi se tretira kao dio težine bolesti a ne kao problem pristojnosti ili karaktera. Prema svakom pacijentu tijekom agresivnoga ponašanja i primjena mjere prisile treba se odnositi s poštovanjem i dostojanstvom, bez obzira na njegovo konkretno ponašanje. Nisu dopušteni postupci koji diskriminiraju ili vrijeđaju ljudsko dostojanstvo u verbalnom ili fizičkom obliku. Zabranjeno je korištenje mjera prisile za kažnjavanje pacijenta, ponižavanje i pokazivanje moći. Zabranjeno je prijetiti pacijentu fizičkim sputavanjem.

Vremenski rok za drugu procjenu pacijenta nakon primjene mjera prisile

Ukoliko osoblje ne izvjesti psihijatra o smirivanju pacijenta prije od roka od 2 h ili psihijatar ne pregleda pacijenta ranije, tada najdulji rok ponovne procijene psihijatra nakon prve ili prethodne procijene ne smije biti duži od 2h. Ovaj rok je u europskim smjernicama obično nešto kraći i iznosi oko 1 h. Psihijatar će prilikom svake procijene dokumentirati psihičko i fizičko stanje pacijenta, te ukoliko postoje razlozi za produžavanje primjene mjere te razloge će obrazložiti u dokumentaciji za praćenje pacijenata prema kojemu je primijenjena mjera prisile, također će dokumentirati primijenjene postupke (psihofarmake i psihosocijalne postupke).

Maksimalno ukupno vrijeme koliko može trajati sputavanje prema našem pravilniku Ministarstva zdravlja je 4 sata, međutim ako postoji opravdana potreba može trajati i više do 24 sata. Praćenje potrebe za primjenom mjera prisile mora se provoditi u redovitim vremenskim razmacima koji ne smiju biti duži od dva sata s obrazloženjem produženja mjera prisile u nalazu psihijatra

Napomena : Mjere prisile se mogu primijeniti samo za osobe primljene bez svog pristanka na liječenje, u slučaju kada se radi o dobrovoljnom pristanku tog časa dobrovoljni pristanak nije valjan i potrebno je razmotriti prijavu prisilnog smještaja.

Postupak primjene mjere sputavanja i izdvajanja propisan je pravilnikom Ministarstva zdravlja (NN 16/2015) pa ovdje donosimo članke koje se odnose na sputavanje i izdvajanje kao i na praćenje stanja pacijenta.

Članak 10.

(1) Postupak primjene mjere sputavanja provodi najmanje pet medicinskih sestara/medicinskih tehničara u timu, a sam postupak traje 15-20 minuta.

(2) Postupak mora biti proveden brzo i bez oklijevanja, kao rutinska i regularna procedura, uz prethodnu procjenu u kojim točkama je potrebno sputavanje (u 4 točke – obje ruke i noge, u 3 točke – obje ruke ili noge i jedna ruka ili noga, u 2 točke – ruka i noga na suprotnoj strani, u 1 točki – najčešće ruka, prsa).

(3) Na početni znak voditelja tima svaki član tima preuzima kontrolu pokretanja jednog ekstremiteta, a agresivni pacijent se obuhvaća odostraga kako bi mu se blokirale ruke i istovremeno zglobovi koljena i oba lakta, radi sprječavanja ozljede.

(4) Pacijent se spusti na pod, a voditelj tima kontrolira pacijentovu glavu da spriječi ozljeđivanje pacijenta ili zdravstvenih radnika ustanove. Nikakav pritisak se ne smije primjenjivati na vrat, prsa ili trbuh.

(5) Pacijent se s poda podiže na krevet i postavlja u ležeći položaj na leđima, a najprije se veže zdjelični pojas, zatim ručni zglobovi i nakon toga skočni zglobovi.

(6) Vezivanje se provodi uvijek na velikim zglobovima kako bi se mogla primijeniti farmakoterapija i kako bi uvijek bio dostupan intravenski put. Pritom se mora paziti na čvrstoću zategnutosti fizičkih pomagala (ne stegnuti prejako niti prelabavo).

(7) Vezivanje se može provesti oblačenjem pacijenta u zaštitnu košulju.

(8) Sve vrijednosti i dragocjenosti koje pacijent ima na sebi treba s njega skinuti i pohraniti na sigurno mjesto na odjelu u odjelni sef.

Članak 11.

(1) Kako se pacijent smiruje tako se smanjuje i broj točaka sputavanja, ako je procjena takva da se može osloboditi samo jedna točka sputavanja.

(2) U slučaju da nema mogućnosti smanjenja broja točaka sputavanja, povremeno se oslobađaju jedna po jedna točka sputavanja i to naizmjenično svakih sat vremena, kada se obvezno masiraju ili razgibavaju radi održavanja cirkulacije i sprečavanja oštećenja ekstremiteta.

(3) Pacijentu koji je sputan u pravilu se omogućava razgibavanje svaka dva sata po 15 minuta i obavljanje ostalih potreba pod nadzorom zdravstvenih radnika.

(4) Uvijek kada je to moguće, pacijenta koji je sputan treba smjestiti samog u sobu te osigurati stalni video nadzor i promatranje zdravstvenih radnika.

(5) Pacijentu koji je sputan mora se osigurati dovoljan unos tekućine te pratiti njegov puls, tlak i temperatura, stanje kože, mokrenje, stolica, bol i druge vitalne funkcije, u pravilu svakih 15 minuta prva 2 sata, a nadalje ovisno o okolnostima i uputi doktora medicine.

(6) Prilikom hranjenja potrebno je osloboditi pacijentu jednu ruku ili olabaviti fizičko pomagalo ako za to postoji mogućnost, a ako to nije moguće, pacijenta je potrebno hraniti.

(7) Ako je stanje pacijenta takvo da se ne mogu svakih 15 minuta u prva 2 sata izmjeriti vitalne funkcije, obavezno ih treba izmjeriti nakon 30 do najviše 60 minuta od početka sputavanja.

Prema međunarodnim standardima stavljanje pelena osobama koje nisu inkontinentne smatra se ponižavajućim ponašanjem, te to nije dopušteno. Ako se usprkos ove preporuke koriste pelene to treba dodatno obrazložiti. u medicinskoj dokumentaciji praćenja stanja pacijenta.

Članak 12.

(1) Odvajanje ili izolacija je privremena terapijska mjera prisile koja se primjenjuje u stanjima ekstremne eskalacije pacijentove agresivnosti.

(2) Odvajanje se primjenjuje samo ako su manje restriktivne mjere neefikasne u očuvanju ili preusmjeravanju pacijentova ponašanja.

(3) Soba za odvajanje je posebna prostorija na odjelu namijenjena samo za mjeru odvajanja pacijenta i ima video nadzor.

(4) Na pacijenta smještenog u sobu za odvajanje ne smije se istovremeno primjenjivati mjera sputavanja.

Članak 13.

Pacijenti koji su suicidalni, intoksicirani, sa srčanim ili respiratornim smetnjama, koji imaju konvulzije ili drugu organsku bolest, ne smiju se odvajati.

Članak 14.

(1) Prije odvajanja pacijenta treba pregledati i obavezno evidentirati sve njegove povrede, ako postoje.

(2) Prije odvajanja pacijenta se presvlači u pidžamu i čarape, a sve njegove osobne stvari čuvaju se na određenom mjestu. Potrebno je odmah popisati sve vrijednosti i dragocjenosti uzete od pacijenta- *ovaj dio pravilnika nije u skladu s međunarodnim preporukama da se pacijentu dozvoli ako želi njegova odjeća kada to nije prijetnja sigurnosti.*

(3) Nakon smještaja u sobu za odvajanje, vrata sobe moraju biti zaključana.

(4) Medicinska sestra/medicinski tehničar obvezno promatra pacijenta svakih 15 minuta kroz prozor zaključanih vrata ili pomoću videonadzora, a položaj monitora mora biti takav da samo zdravstveni radnik vidi pacijenta.

(5) Ako je pacijent vidno uznemiren ili agresivan potreban je stalni nadzor jedne medicinske sestre/medicinskog tehničara.

(6) Pacijentu koji je u sobi za odvajanje daje se pauza u trajanju od 15 minuta svakih 1 do 2 sata da se razgiba pod nadzorom zdravstvenih radnika, a prije i poslije pauze radi se procjena stanja pacijenta da bi se moglo utvrditi da li postupak odvajanja treba nastaviti.

(7) U sobi za odvajanje obroci se serviraju u plastičnom posuđu, a pacijentu se mora osigurati dovoljna količina tekućine.

(8) Ako to zdravstveno stanje pacijenta dopušta, doktor medicine može dogovoriti s pacijentom i medicinskim sestrama/medicinskim tehničarima da se pacijentu omogući uzimanje obroka s drugim pacijentima.

(9) Uvijek je potrebna prisutnost barem dvije medicinske sestre/dva medicinska tehničara kada se pacijenta odvodi u sobu za odvajanje ili ga se pušta na pauzu ili obroke iz sobe za odvajanje.

(10) Pacijent treba biti pušten iz sobe za odvajanje što prije, a odluku o prestanku mjere odvajanja donosi psihijatar.

Službe koje koriste sobu za izdvajanje moraju imati sobu koja dozvoljava da osoblje može opservirati stanje pacijenta i komunicirati s njim. Europski standardi za sobu za izdvajanje traže da soba mora biti dobro izolirana i ventilirana s mogućnošću kontrole temperature izvan sobe, pristupom toaletu i prostoru za mogućnost održavanje higijene te s namještajem, prozorima i vratima koji se ne mogu uništiti, niti koristiti kao oruđe za ozljeđivanje (NICE 2005).

Prema članku 64 Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama -a o primjeni mjera prisile potrebno je obavijestiti osobu od povjerenja, zakonskog zastupnika i etičko povjerenstvo.

Praćenje stanja pacijenta tijekom primjene mjere prisile

Tijekom trajanja mjera prisile kontinuirano se vodi dokumentacija u kojoj se praćenje psihičkog i tjelesnog stanja posebno upisuje u formular za praćenje stanja tijekom primjene mjere prisile od strane medicinske sestre/tehničara i psihijatra. Prijedlog psihijatrijskog i sestrijskog formulara za praćenje je u dodatku.

U roku od 24 sata od prestanka mjere prisile psihijatar je prema pravilniku Ministarstva zdravlja obavezan upisati podatke o psihičkom statusu, stupnju samokontrole, učinku farmakoterapije i realizaciji plana liječenja u medicinsku dokumentaciju.

Tijekom trajanja sputavanja i izdvajanja potrebno je primjenjivati deeskalacijski i psihoterapijski pristup u kojem je pacijentu pružena prilika da razgovara o svome ponašanju te da se pronalaze rješenja za alternative agresivnom ponašanju.

Primopredaja službe za liječnike i medicinske sestre(Pravilnik NN 16/2015)

Članak 7.

(1) Prilikom primopredaje službe doktori medicine obavezni su obavijestiti drugu smjenu/dežurnu službu o pacijentima nad kojima su primijenjene mjere prisile unutar njihovih ustrojstvenih jedinica.

(2) Doktori medicine obavezni su nakon preuzimanja smjene/dežurstva obični pacijente nad kojima su primijenjene mjere prisile i dati daljnje upute medicinskim sestrama/medicinskim tehničarima.

(3) Prilikom primopredaje službe medicinske sestre/medicinski tehničari primopredaju obavljaju uz krevet pacijenta nad kojim je primijenjena mjera prisile. (Pravilnik MZ NN 76/14)

Članak 15.

(1) Primjena mjera prisile za svakog pacijenta obvezno se evidentira u medicinskoj i sestrijskoj dokumentaciji.

(2) Dokumentacija iz stavka 1. ovoga članka mora se voditi precizno, uredno i stručno, za što su odgovorni doktori medicine i medicinske sestre/medicinski tehničari koji sudjeluju u primjeni mjera prisile.

(3) U dokumentaciji iz stavka 1. ovoga članka moraju biti navedeni sljedeći podaci: razlozi primjene mjere prisile, zdravstveni radnik koji je odredio primjenu mjere prisile, zdravstveni radnici koji su sudjelovali u primjeni mjere prisile i odgovorna osoba za njezino određivanje.

DOKUMENTIRANJE MJERA PRISILE (pravilnik NN 16/2015)

Članak 16.

(1) Medicinska sestra/medicinski tehničar koji kontinuirano nadzire pacijenta svakih 15 minuta obavezan je unositi zabilješke u sestrinsku dokumentaciju.

(2) U sestrinsku dokumentaciju upisuju se sljedeći podaci: ime i prezime pacijenta, datum i vrijeme primjene mjere prisile, razlog primjene mjere prisile, alternativne mjere koje su primijenjene u pripremnom postupku, trajanje mjere, sve promjene ponašanja i ponašanje pacijenta nakon primjene mjere prisile, cjelokupna njega pacijenta i mjere sigurnosti, unos i izlučivanje tekućine te pauze od primjene mjere prisile.

(3) Doktor medicine koji redovito obilazi pacijenta upisuje u medicinsku dokumentaciju postupke primjene mjere prisile, mentalno i fizičko stanje pacijenta, vrijeme obilaska, sve intervencije te datum i sat prekida primjene mjere prisile.

(4) U roku od 24 sata od prestanka mjere prisile doktor medicine obavezan je upisati podatke o psihičkom statusu, stupnju samokontrole, učinku farmakoterapije i realizaciji plana zdravstvene njege. (NN 76/14)

Postupci nakon primjena mjera prisile:

Nakon završetka primjene mjera prisile potrebno je razgovarati s pacijentom o iskustvu sputavanja/izdvajanje te izraditi preventivni plan za prevenciju ponovljenih agresivnih epizoda. Osoblje također treba imati priliku za razgovor i ventilaciju. Stoga je nakon primjene mjere prisile potrebno je u standardnom postupku uz prisutnost voditelja odjela analizirati uzroke i rekonstruirati početak konflikta, rane znakove eskalacije, poduzete mjere, potencijalne pogreške i sve druge okolnosti. Cilj analize je emocionalno rasterećenje i postizanje što bolje pripreme zdravstvenih radnika za buduće slične situacije.

Voditelj odjela obavezan je osigurati empatijsko razumijevanje i emocionalno rasterećenje traumatiziranih zdravstvenih radnika i ako je to potrebno, osigurati kontinuiranu stručnu potporu.

EDUKACIJA

Postoji obaveza psihijatrijskih institucija da educiraju osoblje iz psihosocijalnih postupka u cilju prevencije i redukcije primjene mjera prisile, kao i primjena mjere prisile. Cilj edukacije u postupku s agresivnim pacijentima je osposobljavanje osoblja da se bolje nosi s agresivnim pacijentima u službama za mentalno zdravlje. Edukacija treba omogućiti osoblju da postigne znanja i vještine koje će dovesti do uspješne komunikacije i postupanja s agresivnim pacijentom.

Edukacija iz postupanja s agresivnim pacijentom je neophodan dio u prevenciji agresivnog ponašanja, te mora biti kontinuirana i provedena u redovitim vremenskim razmacima.

Evaluacija edukacije pokazuje učinak na promjenu stavova osoblja, poboljšanje atmosfere na odjelu i smanjenje učestalosti agresivnih incidenata (Collins 1994, Mortimer 1995, Leather i Zaola 2006, Hills 2008)

Edukacija treba uključiti različita područja: multidimenzionalni pristup razumijevanju agresivnosti, prepoznavanje ranih znakova agresivnosti i postupanja s njima, procjena rizika, tehnike komunikacije s agresivnim pacijentom/deeskalizacijske tehnike, tehnike primjene mjera prisile, pokazivanje empatije, reakcije na agresivno ponašanje/ kontratransfer i kontrola emocionalnog reagiranja, osjećaji i stavovi prema agresivnom bolesniku i postupak s njima, poznavanje legislative i rizika fizičke okoline. Dokumentiranje postupaka i evaluacija.

Edukacija također treba uključiti osiguranje vlastite sigurnosti i sigurnosti okoline, dokumentiranje incidenta. Odnos terapeut pacijent pokazao se kao faktor rizika i protektivni faktor u povećanju i smanjenju rizika, pa je u edukaciji posebno važno obratiti pažnju na odnos terapeut osoblje (Gergolas i sur 2002) i na kontratransfer osoblja (Brown 1980, Kelly 1998, Pearson 2001), te podučavati osoblje o uspostavljanju terapijskog odnosa koji je povezan s manjim rizikom agresivnog ponašanja.

Rezultati istraživanja o utjecaju edukacije u prevenciji agresivnosti

Istraživanja pokazuju da edukacija iz područja postupaka s agresivnim pacijentom kada je dobro planirana i kada se redovito provodi, dovodi do smanjenja agresivnih incidenata u psihijatrijskim bolnicama (Fernandes *et al* 2002, 1999), smanjenja ozljeda (Carmel & Hunter 1993), smanjenja primjene izolacijskih soba (Morales and Duphorne, 1995), povećava znanje i vještine o postupcima s agresijom te mijenja stavove osoblja prema agresiji (Calabro *et al.*, 2002;). Neka istraživanja su potvrdila da stavovi prema pacijentovoj agresiji poput "treba pokazati oštar stav" (Morrison, 1990) i stavovi vezano za uzrok agresivnosti (Duxbury, 2002) utječu na način na koji se osoblje odnosi prema pacijentima. Većina istraživanja navodi pozitivne učinke edukacije kao što su redukcija mjera prisile i konflikata s pacijentima, bolji odnosi osoblje- pacijenti i poboljšana atmosfera na odjelima, povećano samopouzdanje osoblja i drugo (Abderhalden i sur 2004.2006, Allan i sur 2006, Fernandes 2002,1999, Flach 2010, Goreta 2009)

Tko treba biti educiran ?

Osoblje koje radi u psihijatrijskim službama treba imati edukaciju o postupcima prevencije agresivnog ponašanja i primjeni mjera prisile. Svi koji rade u psihijatrijskim službama osobito oni koji primjenjuju mjere prisile moraju biti upoznati sa zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama i pravilnikom o primjeni mjera prisile Ministarstva zdravlja.

Svi članovi multidisciplinarnog tima moraju imati edukaciju za procjenu agresivnog rizika i postupak deeskalacije s pacijentom s agresivnim rizikom kao dio edukacijskog programa.

Najpopularniji tip edukacije je trening trenera, gdje obučeni edukatori dalje u svojoj sredinama educiraju osoblje. Edukacija također treba omogućiti vježbanje efikasnog ponašanja kroz igranje uloga i demonstraciju sigurne primjene mjera prisile.

Nadzor provođenja edukacije

Ravnatelj, pomoćnici ravnatelja za kvalitetu i sestринство, šefovi odjela i glavne sestre odjela, kao i od njih delegirane osobe su odgovorni za nadzor provođenja strategije, regularne evaluacije strategije, implementacije svih postupaka koji doprinose sigurnosti terapijske sredine i provođenje protokola postupka s agresivnim pacijentom, nadzor nad kontinuiranom edukacijom osoblja, a svi zaposlenici su odgovorni za provođenje strategije.

Što napraviti kada komunikacija/deeskalacija nije efikasna?

Uvijek kada je to moguće prije primjene mjera prisile koriste se verbalne tehnike smirivanja. Tek kada nema uspjeha treba mobilizirati tim za kontrolu agresivnosti prema standardnom postupku koji je unaprijed dogovoren. Kada komunikacija nije efikasna, a postoji agresivno ponašanje koje se mora smiriti na raspolaganju su medikamentozno smirivanje, fizička intervencija i izolacija. Intervencije koje se odaberu moraju biti u skladu s rizikom agresivnosti kod bolesnika i primjenjuju se na način koji najmanje ugrožava bolesnika i osoblje. *Kemijsko smirivanje- brza trankvilizacija* je metoda primjene psihofarmaka sa svrhom brzog smirivanja pacijenta. Cilj primjene psihofarmaka nije uspavati nego smiriti pacijenta.

Postupci nakon agresivnog incidenta

Nakon agresivnog incidenta potreban je razgovor o incidentu s osobljem koje je sudjelovalo u incidentu, razgovor treba biti povjerljiv, podržavajući, bez okrivljavanja. Agresivno ponašanje i incidenti bez prorade nose rizik sagorijevanja.

Također je potrebno razgovarati o incidentu s pacijentom i drugim pacijentima koji su svjedočili incidentu.

Sa svim osobama (osoblje i pacijenti) koji su bili sudionici agresivnog incidenta treba razgovarati nakon incidenta što ranije, a nikako ne duže od 72 sati. Cilj je sprječavanje

negativnih posljedica incidenta posebno redukcije psihološke traume. Intervencije mogu uključiti suportivni pristup, savjetovanje, postupak "debrifinga" i po potrebi psihoterapijski postupak. Kreiranje suportivne sredine na radnom mjestu može reducirati agresivnost i psihološku traumu, reducirati bolovanja i omogućiti radniku da se na poslu osjeća sigurno. Bitno je sudionicima incidenta i žrtvi kada se radilo o zljedi bilo osoblja i/ili pacijenta pružiti brzu intervenciju nakon incidenta.

Intervencija nakon incidenta također uključuje izvještaj o incidentu, analizu incidenta, razgovor o mogućem programu prevencije i cijelom programu prevencije vezano za učinkovitost.

U razgovoru nakon incidenta potrebno je utvrditi postojanje fizičke ozljede pacijenta, osoblja ili drugih pacijenata, procijeniti daljnji rizik i emocionalne posljedice incidenta na samog pacijenta, osoblje i druge pacijente koji su bili prisutni kod incidenta. Važno je analizirati faktore koje su dovele do incidenta. Važno je dati priliku pacijentu da iznese svoje viđenje incidenta, ako želi treba dobiti priliku i da pismeno opiše incident. Također je potrebno o incidentu razgovarati i sa drugim pacijentima koji su bili prisutni. Također treba dati priliku osoblju koje je sudjelovalo u incidentu da mogu iznijeti svoja iskustva, da mogu dobiti emocionalnu potporu i obnoviti osjećaj sigurnosti kako bi se mogli ponovno vratiti svojim obavezama na poslu.

Važno je razgovarati o tome što osoblje/pacijent misli da je dovelo do incidenta i što bi se moglo napraviti drugačije, da li su postojale neke druge alternative. Ovo je posebno važno za evaluaciju strategije, edukacije osoblja i postupaka liječenja.

LITERATURA

Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Haug HJ, Fischer JE (2008) Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial *The British Journal of Psychiatry* 193 (1) : 44-50; DOI: 10.1192/bjp.bp.107.045534

American Psychiatric Association Patient safety and Psychiatry Recommendation to the Board of Trustees of the American Psychiatric Association Task force report 2003 from www.psych.org

Accreditation Canada Patient safety-Required organizational practices from <http://www.cchsa.ca> 2008

Abderhalden, C., Dassen, T., Fischer, J.E., Halfens, R.J.G., Haug, H.J., Meer, R. & Needham, I. (2004). The effectiveness of two interventions in the management of patient violence in acute mental inpatient settings: Report on a pilot study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 595-601.

Abderhalden, C., Duxbury, J.A.D., Hahn, S., Halfens, R.J.G., & Needham, I. (2006). The effect of a training course on the mental health nurses' attitudes on the reasons of patient aggression and its management. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 197-204.

Allan, T., Bowers, L., Nijman, H., Simpson, A., Turner, L. & Warren, J. (2006). Prevention and management of aggression training and violent incidents on U.K. acute psychiatric wards. *Psychiatric Services*, 57 (7), 1022-1026

Bagarić Š (2012) Fizičko sputavanje –Multidimenzionalni pristup. Diplomski rad
Zdravstveno veleučilište

Bebbington, P., Bindman, J., Johnson, S., Kuipers, E., Marshall, J., Menezes, P., Scott, H. & Thornicroft, G. (1998). Substance misuse and risk of aggression and offending among the severely mentally ill. *British Journal of Psychiatry*, 172 (4), 345-350.

Beck A, Steer R, Brown G. Manual for Beck Depression Inventory-II. San Antonio, Tex: Psychological Corporation; 1996.

Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *J Consult Clin Psychol* 1974 Dec;42(6):861-5.

Bektić-Hodžić J, Štrkalj- Ivezic S, Radić K 2016) O provođenju primjene mjera prisile prema pravilnika Ministarstva zdravlja RH-i usporedba sa europskim standardima (in press)

Bektić Hodžić J Etički standardi u liječenju oboljelih od psihičkih poremećaja, Medicinski fakultet Diplomski rada 2015. godina

Bebbington, P., Bindman, J., Johnson, S., Kuipers, E., Marshall, J., Menezes, P., Sscott, H. & Thornicroft, G. (1998). Substance misuse and risk of aggression and offending among the severely mentally ill. *British Journal of Psychiatry*, 172 (4), 345-350.

Benvenista, Hibbert & Runciman (2005) Violence in health care: the contribution of the Australian Patient Safety Foundation to incident monitoring and analysis. *MJA*. 183(7): 348-351.

Biro, P., Brin, F.S., Coleman, M., Comminos, A., Ilkiw-Lavalle, O. & Middleby-Clements, J. (2004). Safer at Work: Development and evaluation of an aggression and violence minimization program. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 804-810.

Brickell, T. A., Nicholls, T. L., Procyshyn, R. M., McLean, C., Dempster, R. J., Lavoie, J. A. A., Sahlstrom, K. J., Tomita, T. M., & Wang, E. (2009). Patient safety in mental health. Edmonton, Alberta: Canadian Patient Safety Institute and Ontario Hospital Association.

Browne, C., Burgess, P., Mullen, P., Palmer, S., Ruschena, D. & Wallace, C. (1998). Serious criminal offending and mental disorder: case linkage study. *British Journal of Psychiatry*, 172 (6), 477-484.

Brown J, Staff Countertransference Reactions in the Hospital Treatment of Borderline Patients. *Psychiatry* 1980;43:333-345.

Carmel H. & Hunter M. (1993) Staff injuries from patient attack: five years' data. *Bulletin of American Academy of Psychiatry Law* 21(4), 485–493.

Christofer D. Webster, Kevin S. Douglas, Derek Eaves, Stephen D. Hart Procjena rizika nasilnog ponašanja, HCR-20 Hrvatsko izdanje uredile Koić E, Mužinić L, Krka farma, Grafoprojekt: Virovitica, 2003

Campo A, J.M.L., Merckelbach, H.L.G.J., Nijman, H.L. & Ravelli, D.P. (1999). A tentative model of aggression on inpatient psychiatric ward. *Psychiatric Services*, 50 (6), 832-834.

Calabro, K., Mackey, T.A. & Williams, S. (2002). Evaluation of training designed to prevent and manage patient violence. *Issues in Mental Health Nursing*, 23, 3-15.

Collins, J. (1994). Nurses' attitudes towards aggressive behaviour, following attendance at a "The prevention and management of aggressive behaviour programme". *Journal of Advanced Nursing*, 20, 117-131.

Duxbury, J. (2002). An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: A pluralistic design. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 325-337.

Duxbury, J. & Whittington, R. (2005). Causes and management of patient aggression and violence: Staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 50 (5), 469-478.

Farrell, G.A., Salmon, P. & Shafiei, T. (2010). Facing up to 'challenging behaviour': A model for training in staff-client interaction. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (7), 1644-1655.

Fanning, JR, Berman, ME, Mohn RS, McCloskey MS (2011) Perceived threat mediates the relationship between psychosis proneness and aggressive behavior *Psychiatry Res.* 2011 Apr 30; 186(2-3): 210–218.

Fernandes CMB, Raboud JM, Christenson JM, Bourhilette F, Bullock L, Ouellet L, & Moore CCF. The effect of an education program on violence in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine* 2002;39(1):47-55.

Fernandes CMB, Bouthillette F, Raboud JM, Bullock L, Moore CF, Christenson JM, Grafstein E, Rae S, Ouellet L, Gillrie C, & Way M. Violence in the emergency department: A survey of health care workers. *CMAJ* 1999;161(10):1245-1248.

Flutters, F. A. J., Van Meijel, B., Webster, C., Nijman, H., Bartels, A., & Grypdonck, M. (2008). Risk management by early recognition of warning signs in forensic psychiatric patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(4), 208–216.

Flutters, F.A.J., Meijel, B. van, & Winter, C.P. de. (2002). *Preventive approach of violence due to psychoses. De forensic application of the protocol for relapse prevention of psychosis in patients with schizophrenia.* (Psychotisch geweld preventief benaderd. De forensische toepassing van het protocol voor het werken met signaleringsplannen ter preventie van psychosen bij patiënten met schizofrenie). Masterstudy, Nursing Science Department, University Utrecht.

Flutters FAJ (2010) Management of Inpatient Aggression in Forensic Mental Health Nursing The application of the Early Recognition Method Thesis University of Utrecht

Flach, C., Gray, R. & Laker, C. (2010). Case study evaluating the impact of de-escalation and physical intervention training. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(3), 222-228.

Gergolas, E., McConnell, H., Scott, C., Tait, A. & Virani, T. (2002). *Establishing Therapeutic Relationships.* Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario. Retrieved April 21, 2010 from [http:// www.rnao.org/Page.asp?PageID=828&ContentID=801](http://www.rnao.org/Page.asp?PageID=828&ContentID=801)

Grenyer, B.F.S., & Ilkiw-Lavalle, O. (2003). Differences between patient and staff perceptions of aggression in mental health units. *Psychiatric Services*, 54 (3), 389-393.

Goreta M : Primjena fizičke sile u psihijatrijskom tretmanu, Psihijatrijska bolnica Vrapče, Naklada Zadro, Zagreb, 2009.

Hills, D. (2008). Relationship between aggression management training, perceived self-efficacy and rural general hospital nurses' experiences of patient aggression. *Contemporary Nurse*, 31, 20-31.

Irwin, A. (2006). The nurse's role in the management of aggression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 309-318.

Jones, J. & Lyneham, J. (2000). Violence: Part of the job for Australian nurses? *Australian Journal of Advanced Nursing*, 18 (2), 27-38.

Jones, M., Owen, C., Tarantello, C. & Tennant, C. (1998). Violence and aggression in psychiatric units. *Psychiatric Services*, 49 (11), 1452-1457.

Jonker, E., Goossens, P., Steenhuis, I. & Oud N. (2008). Patient aggression in clinical psychiatry: perception of mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 15, 492-499.

Kettles A M (2004) A concept analysis of forensic risk *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11:484-493.

Iennaco, J., Dixon, J., Whittemore, R., Bowers, L., (January 31, 2013) "Measurement and Monitoring of Health Care Worker Aggression Exposure" *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* Vol. 18, No. 1, Manuscript 3. DOI: 10.3912/OJIN.Vol18No01Man03

Irwin, A. (2006). The nurse's role in the management of aggression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 309-318.

Lanza, M.L. (1992). Nurses as patient assault victims: An update, synthesis, and recommendations. *Archives of Psychiatric Nursing*, 6 (3), 163-171.

Leather, P. & Zarola, A. (2006). Violence and aggression management training for trainers and managers: A national evaluation of the training provisions in healthcare settings. Health and Safety Executive: University of Nottingham, England. Retrieved May 10, 2010 from <http://www.hse.gov.uk/research/rrpdf/rr440.pdf>

Meehan T, McIntosh V, Bergen H (2006) Aggressive behaviour in the high-secure forensic setting: the perceptions of patients *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13:19-25.

van Meijel, B., van der Gaag, M., Kahn, R. S., & Grypdonck, M. (2003). Relapse prevention in patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17 (3), 117-125.

Morrison, E.F. (1993). A comparison of perceptions of aggression and violence by psychiatric nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 30 (3), 261-268.

Morrison, E.F. (1990). Violent psychiatric inpatients in a public hospital. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 4(1), 65-82.

Morales, E. and Duphorne, P.L. (1995). Least Restrictive Measures: Alternatives to Four-point Restraints and Seclusion. *Journal of Psychosocial Nursing*. 33(10), 13-16.

Mortimer, A. (1995). Reducing violence on a secure ward. *Psychiatric Bulletin*, 19, 605-608.

Mullen, P.E. (2006). Schizophrenia and violence: From correlations to preventive strategies. *Advances in Psychiatric Treatment*, 12, 239- 248.

Mullen, P.E. (2006). Schizophrenia and violence: From correlations to preventive strategies. *Advances in Psychiatric Treatment*, 12, 239- 248.

NICE guidelines Violence: The Short-Term Management of Disturbed/Violent Behaviour in Psychiatric In-patient and Emergency Departments National Institute for Clinical Excellence, 2005 www.nice.org.uk.

NICE guideline Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings nice.org.uk/guidance/ng10 2015

Noffsinger, S.G. & Resnick, P.J. (1999). Violence and mental illness. *Current Opinion in Psychiatry*, 12 (6), 683-687.

Neilson O & Brennan W. (2001) The use of Special Observations: An Audit within a Psychiatric Unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*; 8:147-155

Nijman, H. L. I. and Rector, G. (1999). Crowding and Aggression on Inpatient Wards. *Psychiatric Services* 50, 830-831.

Nijman HLJ , Muris P, Merckelbach, H, Palmstierna T, Wistedt B, Vos, Ans VM . van Rixtel, Allertj W (1999) The Staff Observation Aggression Scale– Revised (SOAS-R) Aggressive Behavior, 25 : 197–209 (1999)

Noble, P. (1997). Violence in psychiatric in-patients: Review and clinical implications. *International Review of Psychiatry*, 9, 207-216.

O’Kelly, G. (1998). Countertransference in the nurse-patient relationship: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (2), 391-397.

Palmstierna, T., Huitfeldt, B., and Wistedt, B. (1991). The relationship of crowding and aggressive behavior on a psychiatric intensive care unit. *H&CP* 42, 1237-1240.

Palmstierna T, Wistedt B. Staff observation aggression scale, SOAS. Presentation and evaluation. *Acta Psychiatr Scand* 1987;76:657–663.

Pearson, L. (2001). The clinician-patient experience: Understanding transference and countertransference. *Nurse Practitioner*, 26 (6), 8- 11.

Pravilnik o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama Narodne novine 16/2015

PMVA Unit. (2005), *Prevention and Management of Violence and Aggression (PMVA): Facilitators Manual*. NSW: Hunter New England Area Health Service.

Royal College of Psychiatrists (2000) *National Audit of the Management of Violence in Mental Health settings: Final Report Year 1*. Royal College of Psychiatrists: College Research Unit, London.

Royal College of Psychiatrists College Research Unit (1998) *Management of imminent violence: clinical practice guidelines to support mental health services*. (Occasional Paper OP41). London: Royal College of Psychiatrists.

Sailas E and Fenton M (2000) *Seclusion and restraint in those with serious mental illness (Cochrane Review)*. In the Cochrane Library Issue No 1. Update Software: Oxford

Royal Collegue of Psychiatrist *Assesment and clinical management of risk of harm to other people Special working party on clinical assesment and managment risk 1996*

Royal collegue of psychiatry. *Do the right thing: how to judge a good ward. Ten standards for adult in-patient mental healthcare*. 2011.

Štrkalj Ivezic i sur *Medicinski i pravni okvir za hospitalizaciju osoba s duševnim poremećajima HLZ*, Udruga Svitanje Zagreb 2011.

Štrkalj Ivezic S, Mužinić L, Gruber E *Sigurnost liječenja u sustavu mentalnog zdravlja Medix* Vol.16 No.86 2010.

Tardiff K *Medical Management of the Violent Patient* Marcel Dekker Inc: New York-Basel 1999

United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting (2002) *The Recognition, Prevention and Therapeutic Management of Violence in Mental Health Care*. London.

Wright, S. (1999). Physical restraint in the management of violence and aggression in in-patient settings: A review of issues. *Journal of Mental Health*, 8 (5), 459-472.

Woods P, Almvik R. The Brřset violence checklist (BVC) *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106 (Suppl. 412): 103–105.

Whittington, R., Shuttleworth, S., & Hill, L. (1996). Violence to staff in a general hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 326-333

Winstanley, S., & Whittington, R. (2004). Aggression towards health care staff in a UK general hospital: Variation among professions and departments. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 3-10.

Zakon o zařtiti osoba s duřevnim smetanja «Narodne novine» 76/2014