

# *Sprejem brez privolitve in uporaba posebnih varovalnih ukrepov v psihiatriji*

## *Involuntary Admissions and Use of Coercive Measures in Psychiatry*

---

**Anja Kokalj**

**Polona Rus Prelog**

**Blanka Kores Plesničar**

Korespondenca:

Anja Kokalj, dr. med., spec. psihiatrije

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Center za klinično psihiatrijo, Studenec 48, 1260 Ljubljana  
[anja.kokalj@psih-klinika.si](mailto:anja.kokalj@psih-klinika.si)

### **Izvleček**

Sprejem v psihiatrično bolnišnico in zdravljenje brez pacientove privolitve ter uporaba posebnih varovalnih ukrepov so v določenih situacijah nujna ter v večini držav zakonsko opredeljena. Kljub temu pa v praksi obstajajo razlike med državami in bolnišnicami, ki so povezane z različnimi dejavniki. V članku smo poleg dejavnikov tveganja opisale tudi predlagane intervence za zmanjšanje prevalece sprejemov brez privolitve in uporabe posebnih varovalnih ukrepov.

**Ključne besede:** sprejemi brez privolitve, posebni varovalni ukrepi, zakonodaja

### **Abstract**

In psychiatric hospitals, involuntary admission and treatment without prior patient's consent and the use of coercive measures are in certain circumstances necessary; in most countries, these conditions are regulated by law. Nevertheless, various factors still lead to differences between countries and hospitals in terms of involuntary admission rates and procedures. In this article, we discuss the risk factors and the proposed measures for limiting the rate of involuntary admissions and coercive measures.

**Keywords:** involuntary admission, coercive measures, legislation

---

## Uvod

Sprejem v psihiatrično bolnišnico in zdravljenje brez pacientove privolitve sta v določenih situacijah nujna ter v večini držav zakonsko opredeljena. V Sloveniji je zakonsko urejena tudi uporaba posebnih varovalnih ukrepov (dalje PVU) v psihiatriji, kar pa ne velja za njihovo uporabo v somatski medicini. Sprejem brez privolitve je potreben, kadar pacient ogroža sebe ali druge zaradi hude duševne motnje, medtem ko je uporaba PVU potrebna za preprečevanje nasilnega vedenja, fizičnih in psiholoških poškodb pri pacientu in drugih osebah ter za omogočanje nujne medicinske obravnave (na primer intravenske infuzije). Kljub zakonskim določitvam in zdravstvenim standardom pa v praksi vseeno obstajajo razlike med državami in bolnišnicami. Te razlike naj bi bile povezane z lokacijo, organizacijo zdravstvene nege, odnosom osebja do pacientov, njihovimi izkušnjami z nevarnim vedenjem, terapevtskimi zmožnostmi in vplivom družbe (2, 3).

## Etične dileme

Svoboda in pravica posameznika do samoodločanja sta ključni človeški vrednoti. Pravica do samoodločanja pa je v življenju posameznika lahko povezana tudi z medicinskimi vprašanji. Zdravljenje brez pacientove privolitve predstavlja področje izjemnih in pogosto težko rešljivih etičnih dilem, povezanih z vprašanji o avtonomiji posameznika, njegovem samoodločanju in samoopredelitvi.

Večkrat osebe s hudimi duševnimi motnjami niso zmožne razumeti pomena resnih, življenje ogrožajočih situacij, saj duševne motnje pogosto vključujejo spremenjeno kognicijo, čustva, percepcijo in vedenje. Skrb za te paciente zajema nenavadna etična in pravna vprašanja o razumevanju človeške biti in tudi o principih uporabe moči v zdravljenju posameznikov. Pri zdravljenju pacientov moramo upoštevati osnovna etična načela: spoštovati človeka z vidika njegovih vrednot, življenjskih izkušenj in njegove avtonomnosti; zaupanje zdravnikom; načelo neškodljivosti in spoštovanje zakonov (4).

## Sprejem v bolnišnico brez privolitve pacienta

Sprejem brez privolitve pacienta je v medicini najbolj kontroverzna dejanje. Težko je doseči ravnovesje med spoštovanjem človekove avtonomije in odgovornostjo zdravnika, da deluje v pacientovo korist (2, 5). Pri doseganju ravnovesja so v pomoč evropske direktive, ki so pri nas opredeljene v Zakonu o duševnem zdravju (ZDZdr), ki je začel veljati leta 2008 (1).

ZDZdr in predvsem njegov 39. člen opredelujeta sprejeme na oddelek pod posebnim nadzorom v psihiatrični bolnišnici brez pacientove privolitve. Tak sprejem je lahko izveden le v primeru, da pacient ogroža svoje (ali drugo) zdravje ali življenje ali pa si povzroča hudo premoženjsko škodo. To ogrožanje je posledica duševne motnje in ob tem motene presoje realnosti oziroma nezmožnosti obvladovanja svojega vedenja (5).

Število sprejemov brez pacientove privolitve se po evropskih državah razlikuje za kar 20-krat, od 12,4/100.000 prebivalcev v Italiji, do 232,5/100.000 prebivalcev na Finskem (2, 5–7). Odstotek sprejemov brez privolitve glede na vse sprejeme je bil v Evropi med letoma 1990 in 2000 bolj ali manj stabilen, in to 3,2% na Portugalskem in celo 21,6% na Finskem (8). Tako velike razlike so verjetno posledica različnih definicij sprejemov brez privolitve, zakonskih ureditev in postopkov (2, 5–9).

Dejavniki tveganja za večjo verjetnost sprejema brez privolitve so nižja izobrazba, slabši socialni status, nacionalnost, hujši potek bolezni in psihiatrična diagnoza (2). Ogroženi so predvsem moški z nižjo izobrazbo, nezaposleni, samski, s slabšim socialnim statusom. V demografskih raziskavah niso ugotovili statistično pomembnih razlik v starosti in sprejemih brez privolitve, potrdili pa so, da so pacienti, ki prihajajo iz etničnih manjšin, bolj ogroženi (2). Večje tveganje predstavlja tudi hujši potek duševne bolezni, kjer prevladujejo pacienti s shizofrenijo (2–3-krat večje tveganje) in drugimi psihotičnimi motnjami, organskimi duševnimi motnjami (demence), osebnotnimi motnjami, duševno manjrazviti in odvisni od psihoaktivnih substanc (2, 5–7).

## Priporočila za zmanjšanje sprejemov brez privolitve

Med letoma 2002 in 2006 je Evropska komisija izvedla raziskavo EUNOMIA (angl. European valuation of coercion in psychiatry and harmonisation of best clinical practice), ki je potekala v 11 evropskih državah, koordinirana pa je bila s strani Univerze v Dresdnu (6). Iz te raziskave so izšla evropska priporočila za boljše klinično prakso pri sprejemih brez privolitve:

- pacientu se ob sprejemu natančno posreduje vse informacije o razlogih za hospitalizacijo in predviden čas trajanja – naredi se terapevtski načrt,
- med hospitalizacijo se spoštuje pacientove pravice,
- spodbuja se vključevanje svojcev v zdravljenje,
- poskuša se izboljšati stik med pacienti in bolnišnico,

- organizacija srečanj, seminarjev s pacienti in uporabniki,
- izobraževanje zaposlenih: o kliničnih aspektih duševnih motenj, o pravnih in administrativnih postopkih sprejemov brez privolitve, o pravilni komunikaciji s pacienti in spopadanjem z nasilnim vedenjem (6).

Kot ugotavljajo nekatere raziskave, lahko sprejem brez privolitve predstavlja večje tveganje za uporabo PVU, saj je bil pri skoraj eni tretjini pacientov, ki so bili sprejeti brez privolitve, uveden PVU (3, 6).

### **Posebni varovalni ukrepi (PVU)**

PVU so v 29. členu ZDZdr opredeljeni kot nujni ukrepi za omogočanje zdravljenja in odpravo nevarnega vedenja osebe, če je pri tem ogroženo zdravje in življenje osebe ali drugih in tega ni moč omejiti z drugimi, blažjimi ukrepi. Uporaba PVU je dovoljena le na oddelkih pod posebnim nadzorom in na varovanih oddelkih (1).

ZDZdr opredeljuje dva ukrepa: telesno oviranje s pasovi in omejitve gibanja znotraj enega prostora (1). Prav tako opredeli, da lahko ukrep traja le toliko časa, kolikor je nujno potrebno glede na razlog njegove uvedbe: največ do 4 ure pri oviranju s pasovi in do 12 ur pri omejitvi gibanja znotraj enega prostora. PVU lahko odredi le zdravnik, izjemoma ga lahko odredi drug zdravstveni delavec, ki pa mora o ukrepu takoj obvestiti zdravnika. Zdravnik mora nato brez odlašanja odločiti o utemeljenosti PVU. Če zdravnik ukrepa ne odredi, se PVU takoj opusti. O PVU morajo biti v roku 12 ur pisno obveščeni direktor psihiatrične bolnice, najbližja oseba, odvetnik in zastopnik. Pri PVU mladoletnika ali polnoletne osebe, ki ji je odvzeta poslovna sposobnost, je potrebno obvestiti tudi zakonitega zastopnika (1).

PVU se pogosto uporabljajo v psihiatričnih bolnišnicah za nadzor in preprečevanje nevarnega vedenja. Najpogostejša indikacija za uvedbo PVU je heteroagresivno vedenje ali verbalne grožnje o nasilnem vedenju, prav tako pa se uporablja tudi pri stanjih agitacije ali dezorientiranosti (na primer alkoholni delirij) (10). Agresivno vedenje je povezano z velikim številom psihiatričnih bolezni, zato je lahko uporaba PVU pogost dogodek na oddelkih, predstavljati pa mora zadnji ukrep, ko vse institucionalne, psihološke in farmakološke intervence ne zmorejo učinkovito zagotoviti varnosti tako pacientu kot okolju (11).

Pacienti, pri katerih je bil uporabljen PVU, so najpogosteje mlajši moški (v 30. letih), iz drugih etičnih

skupin, z diagnozo shizofrenije, bipolarni motnje ali druge psihotične motnje in so pogosteje sprejeti brez privolitve (12).

Tripartitni model o opredelitvi vzrokov povečanega tveganja za agresivno vedenje sestoji iz notranjih, zunanjih ter situacijskih/interakcijskih dejavnikov (13, 14). Agresivno vedenje ni povezano le s pacientovo boleznijo (notranji dejavniki), temveč tudi z okoljskimi dejavniki na oddelku, na primer s številom pacientov na oddelku, oddelčnim režimom (zunanji dejavniki), ter z negativnim odnosom osebja do pacienta zaradi slabe komunikacije, nizke tolerance in podobno (situacijski/interakcijski dejavniki) (13, 14).

Podatki o deležu PVU v posameznih državah kažejo na močan vpliv lokalne kulture, organizacije psihiatričnih bolnišnic in vrste uporabljenega PVU, katerega opredelitev se med državami razlikuje (na primer držanje pacienta s strani osebja, oviranje s pasovi, aplikacija zdravil brez privolitve pacienta). Najvišji delež pacientov, pri katerih je bil uporabljen PVU, ima Italija, in to 19%, sledita ji Danska s 15%, Izrael s 14,2% in Finska z 10% (11). Zelo nizek odstotek ima Francija 1,4% (11). V Evropi je izjema le Islandija, kjer PVU ne uporabljajo že več kot 50 let (11).

Posebna populacija so starostniki, kjer je uporaba PVU pogosta. Med letoma 1999 do 2004 so na Nizozemskem pregledali registre uporabe PVU pri starostnikih in ugotovili, da je prevalenca PVU v bolnišnicah med 33 in 68% (14), v Nemčiji pa so s presečno raziskavo ugotovili 9,3-odstotno prevalenco PVU pri starostnikih (15). Najpogosteje je PVU uporabljen pri starejših ženskah, za zagotavljanje varnosti ob visokem tveganju za padce in poškodbe, ob spremembah v kognitivnem statusu, zmanjšani zmožnosti samooskrbe, polifarmaciji, urinski inkontinenci, dezorientaciji, nepokretnosti, avto- in heteroagresivnem vedenju, za omogočanje izvajanja medicinskih posegov (na primer intravenska aplikacija zdravil, hidratijskih tekočin) in tudi zaradi pomanjkanja zdravstvenega osebja (14, 15).

### **Predlogi in posegi za zmanjšanje uporabe PVU**

V literaturi najdemo številne predloge za zmanjšanje PVU (13, 16, 17). V preglednem članku Gaskina in sodelavcev najdemo kar nekaj pomembnih intervenc za zmanjšanje PVU:

- podpora s strani države in državnih institucij ter zakonska ureditev PVU;
- pregled delovne prakse, upoštevanje mnenj in potreb zdravstvenih delavcev;
- integracija poklicev – svetovalci, psihologi, socialni

- delavci, zdravstveno osebje, ki stremi k uvajanju reform za zmanjšanje PVU;
- izboljšanje terapevtskega načrta z ustanovitvijo bolnišničnega tima za oceno vedenja pacientov, ki bo v terapevtske načrte vnesla tudi načrte o učenju/spreminjanju vedenjskih vzorcev;
  - povečanje števila zdravstvenih delavcev na pacienta;
  - strog nadzor nad posameznim PVU: redne meritve vitalnih funkcij med PVU; po končanem izvajanju PVU pod vodstvom supervizorja oddelčno osebje izvede analizo PVU in izdela načrt za preprečevanje podobnih dogodkov;
  - ekipa nujne psihiatrične pomoči: skupina zdravstvenih delavcev v pripravljenosti, ki je dodatno izobražena na področju deeskalacijskih tehnik, terapevtske komunikacije, mediacije in razreševanja konfliktov;
  - redno izobraževanje zdravstvenih delavcev o prepoznavanju vedenjskih indikatorjev za agresivno vedenje; uporaba ocene SBAR (angl. *situation, background, assessment, recommendation*; slov. trenutna situacija, pretekla dejanja, ocena, predlogi – metodo uporabljajo v visoko tveganih okoljih, kot je na primer vojaška operacija (18)), deeskalacijskih tehnik, tehnik preusmerjanja, terapevtskih intervenc pri pacientih z osebnostno motnjo in uporabo farmakoloških intervenc;
  - nadzor nad pacienti: namestitev videonadzora, če je zaradi pomanjkanja zdravstvenih delavcev ta slabši;
  - farmakološke intervence z uporabo atipičnih antipsihotikov in klopapina za kontrolo agresivnega vedenja;
  - obravnava pacientov kot aktivnih udeležencev v njihovem zdravljenju – v sodelovanju z zdravstvenim delavcem izpolnijo obrazce za ocenjevanje agresivnega vedenja in ob tem spoznajo sebe ter predlagajo možne intervence;
  - spremembe terapevtskega okolja – več pogovorov med pacienti in osebjem ter vsakodnevno ocenjevanje tveganja za agresivno vedenje;
  - spremembe notranjega okolja oddelka – tako notranje arhitekturne ureditve in spremembe oddelčnega reda, redni timski sestanki ter sestanki z zunanjimi svetovalci o praktičnih težavah na oddelku in o reševanju le-teh;
  - izboljšanje varnosti in zdravja zdravstvenih delavcev s preprečevanjem izgorelosti z rotacijo med akutnimi in neakutnimi oddelki; vsak posameznik ima pri sebi alarm in v primeru napada na osebje

je vedno obveščena policija, s čimer se še dodatno opozori paciente, da je napad na osebje hud prekršek (13, 16, 17).

V eni izmed raziskav na Finskem so ugotavljali vpliv PVU na paciente in potrdili, da želijo biti pacienti aktivno vključeni v analizo izvedenega PVU, to je pregled poteka dogodkov in določitev drugih možnosti, če bi se podobna situacija ponovila (10). Prav tako si želijo več komunikacije z zdravstvenimi delavci, tako pred kot tudi med izvajanjem PVU (10). V več raziskavah, kjer so uporabili intervence za zmanjšanje PVU, je prišlo do upada uporabe in učinkovitega zmanjšanja PVU le, če je bilo uporabljenih več različnih intervenc skupaj (13, 16–18).

### Zaključki

Visoka prevalenca PVU v psihiatriji predstavlja pomemben zdravstveni problem. Poleg poteka bolezni na večjo prevalenco tako sprejema brez privolitve kot tudi uporabe PVU vplivajo zunanji in situacijski/interakcijski dejavniki. Za zmanjšanje obojega pa je potrebna kombinacija intervencijskih ukrepov, ki temelji na obravnavi pacienta kot aktivnega udeleženca pri zdravljenju ter zagotovitvi ustreznega nadzora in varnega okolja za paciente in zdravstvene delavce. Glede na to, da sta sprejem brez privolitve in PVU lahko zelo negativni izkušnji za pacienta, je smiselno v klinično prakso vpeljati čim več različnih intervenc, s katerimi bi te ukrepe lahko zmanjšali.

## Literatura

1. Zakon o duševnem zdravju. Uradni list RS št. 77/08.
2. Lay B, Nordt C, Rössler W. Variation in use of coercive measures in psychiatric hospitals. *Eur Psychiatry* 2011; 26: 244–251.
3. Raboch J, Kališova L, Nawka A, Kitzlerova E, Onchev G, Karastergiou A, et al. Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries. *Psychiatr Serv* 2010; 61: 1012–1017.
4. Kores Plesničar B, Nerat B. Hospitalizacija proti volji / neprostovoljna V: Grmec Š, Kupnik D. Akutna stanja: znamenja, simptomi, sindromi, diferencialna diagnoza in ukrepanje: 2. strokovni seminar z mednarodno udeležbo: zbornik predavanj in algoritmov ukrepanja, Maribor, 6.–8. oktober 2005 (Zbirka Acuta). Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, 2005, str. 150–153.
5. O'Donoghue B, Lyne J, Hill M, Larkin C, Feeney L, O'Callaghan E. Physical coercion, perceived pressures and procedural justice in the involuntary admission and future engagement with mental health services. *E Psych* 2011; 26: 208–214.
6. Fiorillo A, De Rosa C, Del Vecchio V, Jurjanz L, Schnall K, Onchev G, et al. How to improve clinical practice on involuntary hospital admissions of psychiatric patients: Suggestions from the EUNOMIA study. *E Psych* 2001; 26: 201–207.
7. Bauer A, Rosca P, Grinshpoon A, Khawaled R, Mester R, Yoffe R, et al. Trends in involuntary psychiatric hospitalization in Israel 1991-2000. *Int J Law Psychiatry* 2007; 30: 60–70.
8. Hustoft K, Larsen TK, Auestad B, Joa I, Johannessen JO, et al. Predictors of involuntary hospitalizations to acute psychiatry. *Int J Law Psychiatry* 2013; 36: 136–143.
9. Huizing RA, Hamers PHJ, Gulpers JMM, Berger PFM. Preventing the use of physical restraints on residents newly admitted to psycho-geriatric nursing home wards: A cluster-randomized trial. *Int J Nurs Stud* 2009; 46: 459–469.
10. Kontio R, Joffe G, Putkonen H, Kuosmanen L, Hane K, Holli M, et al. Seclusion and restraint in psychiatry: patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives. *Perspect Psychiatr Care* 2012; 48: 16–24.
11. Di Lorenzo R, Baraldi S, Ferrara M, Mimmi S, Rigatelli M. Physical restraints in an Italian psychiatric ward: clinical reasons and staff organization problems. *Perspect Psychiatr Care* 2012; 48: 95–107.
12. Beghi M, Peroni F, Gabola P, Rossetti A, Cornaggia CM. Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: a systematic review. *Riv Psichiatr.* 2013; 48: 10–22.
13. Bak J, Brandt-Christensen M, Sestoft MD, Zoffmann V. Mechanical restraint - Which interventions prevent episodes of mechanical restraint? - A systematic review. *Perspect Psychiatr Care* 2012; 48: 83–94.
14. Hamers JP, Huizing AR. Why do we use physical restraints in the elderly? *Z Gerontol Geriatr* 2005; 38: 19–25.
15. Heinze C, Dassen T, Grittner U. Use of physical restraints in nursing homes and hospitals and related factors: a cross-sectional study. *J Clin Nurs.* 2012; 21:1033–1040.
16. Gaskin CJ, Elsom SJ, Happel B. Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities: Review of the literature. *Br J Psychiatry* 2007; 191: 298–303.
17. Recupero PR, Price M, Garvey KA, Daly B, Xavier SL. Restraint and seclusion in psychiatric treatment settings: regulation, case law and risk management. *J Am Acad Psychiatry Law* 2011; 39: 465–476.
18. Borckardt JJ, Madan A, Grubaugh LA, Danielson CK, Pelic CG, Hardesty SJ, et al. Systematic investigation of initiatives to reduce seclusion and restraint in a state psychiatric hospital. *Psychiatric services* 2011; 62: 477–483.

