

**Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve  
veszélyeztető és közvetlen veszélyeztető magatartást mutató 0–18 év közötti fiatakorúak  
esetében alkalmazott megelőző és korlátozó intézkedések személyi és tárgyi feltételeiről, valamint  
a betegellátás folyamatáról az egészségügyi intézményekben – különös tekintettel az emelt  
biztonságú ágyakra**

2018. EüK. 20. szám EMMI szakmai irányelv 2

hatályos 2018.12.19 -

**Típusa:** Klinikai egészségügyi szakmai irányelv

**Azonosító:** 002071

**Érvényesség:** 2021. 12. 01.

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZT VEVŐK

**Társszerző Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):**

**1. Gyermek Pszichiátriai és Addiktológiai Tagozat**

**Dr. Pászthy Bea PhD,** gyermekpszichiáter, tagozatvezető, társszerző

**Külső szakértő**

**Dr. habil. Kapornai Krisztina, Phd,** gyermekpszichiáter, társszerző

**2. Csecsemő- és Gyermekgyógyászat Tagozat**

**Prof. Dr. Balla György,** csecsemő- és gyermekgyógyász, tagozatvezető, társszerző

**Külső szakértő**

**Dr. habil. Bereczki Csaba, Phd.,** csecsemő- és gyermekgyógyász, társszerző

**Bárkányi Annamária,** pszichiátriai szakápoló és gyógyfoglalkoztató, társszerző

**Véleményező Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):**

**1. Aneszteziológia és Intenzív terápia Tagozat**

**Prof. Dr. Fülesdi Béla,** aneszteziológus, tagozatvezető, véleményező

**2. Ápolás és Szülésznői (szakdolgozói) Tagozat**

**Mészáros Magdolna,** szülésznő, tagozatvezető, véleményező,

**3. Gyermek Alapellátás (házi gyermekorvostan, ifjúsági és iskolaorvoslás) Tagozat**

**Dr. Póta György,** csecsemő- és gyermekgyógyász, tagozatvezető, véleményező

**4. Háziorvostan Tagozat**

**Dr. Szabó János**, háziorvos, tagozatvezető, véleményező

**5. Klinikai Szakpszichológia és Pszichoterapeuta Klinikai Szakpszichológus Tagozat**

**Dr. Császár-Nagy Noémi**, klinikai és mentálhigiénés szakpszichológus, tagozatvezető, véleményező

**6. Oxyológia – Sürgősségi Orvostan, Toxikológia, Honvéd és Katasztrófa Orvostan Tagozat**

**Dr. Varga Csaba**, sürgősségi orvostan szakorvos, tagozatvezető, véleményező

**7. Pszichiátria és Pszichoterápia Tagozat**

**Dr. Németh Attila**, pszichiáter, tagozatvezető, véleményező

**8. Védőnői Tagozat**

**Bábiné Szottfried Gabriella**, védőnő, tagozatvezető, véleményező

**„Az egészségügyi szakmai irányelv készítése során a szerzői függetlenség nem sérült.”**

**„Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal a fent felsorolt egészségügyi szakmai kollégiumi tagozatok vezetői dokumentáltan egyetértenek.”**

**Az irányelvfejlesztés egyéb szereplői**

**Betegszervezet(ek) tanácskozási joggal:**

Nem került bevonásra.

**Egyéb szervezet(ek) tanácskozási joggal:**

Alapvető Jogok Biztosának Hivatala, dr. Székely László Alapvető Jogok Biztosa

**Szakmai társaság(ok) tanácskozási joggal:**

- 1. Magyar Gyermekek- és Ifjúságpszichiátriai és Társult Szakmák Társasága**

**(MAGYIPETT)**

Dr. Páli Eszter, gyermekpszichiáter, elnök

- 2. Magyar Pszichiátriai Társaság (MPT)**

Dr. Molnár Károly, pszichiáter, elnök

- 3. Magyar Gyermekorvosok Társasága**

Dr. Velkey György, gyermekgyógyász, elnök

**Független szakértő(k):**

Nem került bevonásra.

II. ELŐSZÓ

A bizonyítékokon alapuló egészségügyi szakmai irányelvek az egészségügyi szakemberek és egyéb felhasználók döntéseit segítik meghatározott egészségügyi környezetben. A szisztematikus módszertannal kifejlesztett és alkalmazott egészségügyi szakmai irányelvek, tudományos vizsgálatok által igazoltan, javítják az ellátás minőségét. Az egészségügyi szakmai irányelvben megfogalmazott ajánlások sorozata az elérhető legmagasabb szintű tudományos eredmények, a klinikai tapasztalatok, az ellátottak szempontjai, valamint a magyar egészségügyi ellátórendszer sajátosságainak együttes figyelembevételével kerülnek kialakításra. Az irányelv szektor semleges módon fogalmazza meg az ajánlásokat. Bár az egészségügyi szakmai irányelvek ajánlásai a legjobb gyakorlatot képviselik, amelyek az egészségügyi szakmai irányelv megjelenésekor a legfrissebb bizonyítékokon alapulnak, nem pótolhatják minden esetben az egészségügyi szakember döntését, ezért attól indokolt esetben dokumentáltan el lehet térni.

### III. HATÓKÖR

**Egészségügyi kérdéskör:** Gyermek- vagy serdülőkorú agitált, auto- és heteroagresszív, veszélyeztető,

súlyosan közvetlen veszélyeztető magatartást mutató betegeknél az egészségügyben alkalmazható megelőző és korlátozó intézkedések.

Nem terjed ki jelen irányelv az agresszív viselkedés egyéb típusú menedzselésére, sürgősségi ellátására, azzal más irányelvek foglalkoznak.

Jelen irányelv nem vonatkozik az oktatásban, igazságszolgáltatásban alkalmazott kényszerítésre, elkülönítésre. Nem tárgyalja továbbá a diagnosztika és a terápia részeként a mindennapi gyermekgyógyászati diagnosztikában és terápiás gyakorlatban megelőző céllal alkalmazott fizikai, mechanikai és kémiai, úgynevezett procedurális kényszerítést.

**Ellátási folyamat szakaszai:** kockázat felmérés, megelőzés, elkülönítés, korlátozás, debriefing

**Érintett ellátottak köre:** veszélyeztető és közvetlen veszélyeztető magatartást mutató 0–18 év közötti

fiatalkorúak az egészségügyi ellátórendszer különböző területein

**Érintett ellátók köre:**

**Szakterület:** 1805 pszichoterápia,

2300 gyermek- és ifjúságpszichiátria,

2301 gyermek- és ifjúságpszichiátriai rehabilitáció,

4600 sürgősségi betegellátás,

4602 sürgősségi betegellátó egységben szervezett szakellátás,

0500 csecsemő- és gyermekgyógyászat,

0500 gyermek alapellátás,

0511 gyermek neurológia,  
0515 csecsemő- és gyermekgyógyászati intenzív terápia,  
1502 intenzív ellátás,  
6301 háziiorvosi ellátás,  
6302 házi gyermekorvosi ellátás,  
6303 felnőtt és gyermek (vegyes) háziiorvosi ellátás,  
6306 iskola- és ifjúságorvoslás,  
7202 gyógypedagógia (és annak szakágai),  
7901 területi védőnői ellátás,  
7902 iskolai védőnői ellátás.

**Egyéb specifikáció:** köznevelésben (korai fejlesztés, általános iskola, középiskola; pedagógiai szakszolgálatok) dolgozó szakemberek szociális alap és szakosított ellátásban (családsegítés, közösségi ellátások, támogató szolgáltatás, utcai szociális munka, nappali ellátás, ápolást, gondozást nyújtó intézmények, rehabilitációs intézmények, átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények, lakóotthonok, támogatott lakhatás, szociális szolgáltató központok, rehabilitációs, ápoló, gondozó- és lakóotthonok) dolgozó szakemberek, mentősök, rendőrség.

#### IV. MEGHATÁROZÁSOK

##### 1. Fogalmak

A fogalmak meghatározása a National Institute for Health and Clinical Excellence irányelv alapján történt [1].

**De-eszkaláció:** az agresszió szintjének csökkentését célzó olyan módszerek (beleértve verbális és nonverbális kommunikációs stratégiákat is), melyek célja, hogy megszüntesse a haragot és elhárítsa az agressziót. A szükség szerinti medikáció a de-eszkalációs stratégia része lehet, azonban önmagában alkalmazva nem de-eszkaláció.

**Elkülönítés:** Egy személy akarata ellenére történő környezetétől és betegtársaktól való elkülönítése egyedül egy szobában, ahonnan fizikálisan meg van akadályozva a távozása. Az egyedüli célja, hogy visszatartsa a súlyosan zavart/agresszív viselkedésű személyt, aki feltehetően kárt okozna önmagában, vagy környezetében.

**Figyelmeztetések, vagy promptok:** a személyzet által adott instrukciók, melyek a biztonságos viselkedést erősítik, illetőleg jelzik, hogy mit kell tennie a páciensnek ahhoz, hogy elkerülje a magasabb szintű korlátozó beavatkozásokat a személyzet részéről.

**Korlátozás:** Egy személy akarata ellenére történő immobilizálása pszichés, kémiai, fizikális, vagy mechanikai úton.

**Fizikai korlátozás:** a veszélyeztető beteg szabad mozgásának megakadályozása, illetve mozgási szabadságának testi kényszerrel, fizikai és mechanikai eszközökkel, berendezésekkel való korlátozása, így különösen az osztály, a részleg és az intézet elhagyásának megtagadása és megakadályozása, az intézet területén történő mozgás korlátozása, az elkülönítés, a testi kényszer, a rögzítés, valamint a lekötés.

**Kémiai vagy biológiai korlátozás:** a veszélyeztető, illetve a közvetlenül veszélyeztető magatartás elhárításához szükséges mennyiségű gyógyszer beleegyezés nélkül történő alkalmazása; olyan gyógyszerelés, amelynek célja a viselkedés kontrollja, vagy a beteg mozgási szabadságának korlátozása, és amely nem standard terápiája a beteg orvosi, vagy pszichiátriai állapotának. A kémiai korlátozás különbözik a háttérben lévő pszichiátriai betegség tüneteit célzó folyamatban lévő gyógyszeres kezeléstől.

**Pszichikai korlátozás:** a beteg felszólítása a veszélyeztető, illetve a közvetlen veszélyeztető magatartástól való tartózkodásra, illetve az ilyen magatartások abbahagyására, valamint a veszélyeztető, illetve a közvetlen veszélyeztető magatartás elhárítását célzó beavatkozásokkal, kezelésekkal történő együttműködésre való felszólítás, eredménytelensége esetén az arra való figyelmeztetés, hogy egyéb korlátozó intézkedés alkalmazása következik.

**Rapid tranquillizáció:** parenterális szedatívum alkalmazása általában im. (ritkán iv.), ha p. o. gyógyszerbeadás nem lehetséges, vagy a beteg sürgős gyógyszeres lenyugtatása szükséges.

**Time-out:** Olyan folyamat, amikor a gyermek vagy serdülő lenyugodhat, általában azért, hogy csendben van és elkülönül az aktuális stresszoroktól. A time-out kivitelezhető anélkül, hogy el lenne különítve a társaitól (inklúziós) vagy elkülönítve (exklúziós). Történhet a személyzet által irányítottan, vagy a gyermek saját kérésére (önirányított).

## 2. Rövidítések

**AACAP** – American Academy Child & Adolescent Psychiatry (Amerikai Gyermek és Ifjúságpszichiátriai Akadémia)

**AAP** – American Academy of Pediatrics (Amerikai Gyermekgyógyászati Akadémia)

**ADHD** – Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Hiperkinetikus figyelemzavar betegség)

**CPT** – European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment  
(Európai Bizottság a kínzás, és az embertelen vagy megalázó kezelések vagy a Büntetés Megelőzésének Tanácsa)

**ENSZ** – Egyesült Nemzetek Szervezete

**ESZCSM** – Egészségügyi Szociális és Családügyi Minisztérium

**Eütv** – Egészségügyi Törvény

**im.** – intramuscularis

**iv.** – intravénás

**KIR** – központi idegrendszer

**NEFMI** – Nemzeti Erőforrás Minisztérium

**NICE** – National Institute for Health and Care Excellence

**mtsai** – munkatársai

**p. o.** – szájon át (per os)

**RCT** – Randomized Controlled Trial

**TÁMOP** – Társadalmi Megújulás Operatív Program

**WHO** – World Health Organization (Egészségügyi Világszervezet)

### **3. Bizonyítékok szintje**

Jelen ajánlás alapjául szolgáló nemzetközi ajánlások mellett nem található meg szisztematikusan sem ezen ajánlások „erősségi” szintjei, sem a hozzájuk tartozó evidencia kategóriák. Ennek az az oka, hogy a sürgősségi állapotok kutatásában etikai okokból nem végezhető randomizált placebo-kontrollált terápiás vizsgálatok. Mivel a jelen irányelvben hivatkozott mérvadó klinikai vizsgálatok és azokat áttekintő tanulmányok, illetve szakértői konszenzusok szolgáltatják az elérhető legrelevánsabb információkat. A gyermek- és serdülőkorú akut mentális tünetek és/vagy viselkedési problémák sürgősségi ellátását illetően, irányelvünkben szereplő legtöbb terápiás ajánlás klinikai relevanciája a legerősebb, **A és B (vagyis 1. és 2.) szintű** evidenciákkal egyenértékű. Az irányelv szakmai útmutatásokat tartalmaz az akut, sok esetben veszélyeztető vagy közvetlen veszélyeztető mentális tüneteket és viselkedési problémákat mutató gyermek-, serdülőkorúak sürgősségi ellátására, de nem tárgyalja részletesen az ajánlott eljárások és módszerek (laboratóriumi diagnosztika, radiológiai vizsgálatok, korlátozás stb.) részletes ismertetését, valamint a gyermek- és serdülőkorú akut mentális tünetek és/vagy viselkedési problémák hátterében lehetségesen fennálló egyes belgyógyászati vagy pszichiátriai betegségek részletes kezelését. Az előbbieket illetően utalunk a megfelelő betegségekkel kapcsolatos szakmai irányelvekre, valamint a jelen irányelv irodalomjegyzékében szereplő tankönyvekre és összefoglaló közleményekre.

### **4. Ajánlások rangsorolása**

A meghatározó ajánlásokat erős vagy feltételes kategóriákba szokták sorolni.

**Erős ajánlás:** a fejlesztőcsoport a bizonyítékon alapuló orvoslás elveit követő meggyőződése szerint az ajánlás betartásával az elérhető előnyök egyértelműen meghaladják a hátrányokat. **Feltételes**

**ajánlás:** a fejlesztőcsoport a bizonyítékon alapuló orvoslás elveit követő meggyőződése szerint az ajánlás betartásával az elérhető előnyök feltehetően meghaladják a hátrányokat.

## **V. BEVEZETÉS**

### **1. A témakör hazai helyzete**

Egyes mentális betegségek, neurológiai kórképek, intoxikációk természetéből adódóan a gyermekeket és serdülőket ellátó személyzet, az egészségügyi ellátás során találkozhat olyan súlyosan agitált, hetero- vagy autoagresszív állapottal, amikor a zavart – nem ritkán ittas vagy droghatás alatt álló – beteg önmagára vagy környezetére is jelentős veszélyt jelent.

Magyarországon epidemiológiai felmérés ebben a témában nem készült, és az idevágó közlemények döntően az Amerikai Egyesült Államokból és Nyugat-Európából származnak. Ezen adatok alapján a beavatkozást (korlátozást, elkülönítést) igénylő betegek száma igen széles skálán mozog. A gyermek- és ifjúságpszichiátriai osztályokon gyakoriságuk 0.6 és 28% közötti [2,3]. Az elmúlt évtizedben az új kríziskezelő módszerek (dühkezelési tréning, de-eszkalációs technikák) alkalmazásának köszönhetően ezekben az országokban a korlátozó technikák alkalmazása jelentősen csökkent [1,4]. Ezek az adatok a mentális sürgősségi állapot miatt elrendelt korlátozásokat mutatják, és nem tartalmazzák az egyéb indikáció alapján, orvosi beavatkozásokhoz kapcsolódó fizikai vagy gyógyszeres korlátozások számát. Nincs megbízható adat arra vonatkozólag sem, hogy az általános gyermekgyógyászati osztályokon, ambulanciákon ez a probléma milyen gyakori. Saját tapasztalatok alapján ez a szám sem elhanyagolható és a kábító hatású anyagok terjedő használatával (ún. designer drogok megjelenése) tovább növekszik. Itt kell megemlíteni, hogy nem hagyhatók figyelmen kívül a neurológiai eredetű agresszív viselkedéssel járó állapotok (KIR gyulladás, trauma, stb.) sem, ideértve a toxikus (alkohol-, drog- vagy gyógyszer mellékhatás miatti) állapotokat. Ilyen gyanú felmerülése esetén az elsődleges ellátás és a sürgősségi vagy intenzív ellátást igénylő organikus zavar kizárása a gyermekgyógyászat (sürgősségi, intenzív osztályok) feladata [5]. Ilyen esetekben ezeknél a szolgáltatóknál is szükségessé válhat személyi szabadságot korlátozó beavatkozás foganatosítása, hiszen a háttérben álló zavar belgyógyászati/gyermekgyógyászati/neurológiai, adott esetben intenzív kezelésének elmaradása vagy halogatása súlyos/maradandó egészségkárosodást okozhat.

### **A témaválasztás indokolása**

A gyermekgyógyászati és gyermekpszichiátriai osztályokon a mentális sürgősségi állapotok száma az elmúlt 10 évben folyamatosan emelkedett, és ez a folyamat az előrejelzések alapján tovább folytatódik [3,6]. Az erőszak és agresszió tehát relatíve gyakori és komoly esemény az egészségügyi ellátó rendszerben. Specifikusan, az erőszakos, agresszív viselkedés talán a fekvőbeteg pszichiátriai osztályokon gyakoribb, de a legakutabban jelentkező rohamokkal/támadásokkal a sürgősségi részlegeken találkozhatunk. A sürgősségi veszélyeztető helyzet kezelése, a biztonság megteremtése az, ami gyakran nagy szakmai kihívást és terhelést jelent az ellátók számára. Ezért a korlátozó intézkedések szabályozása ezekben az esetekben mind a beteg, mind a személyzet számára alapvető fontosságú. Az egészségügyi ellátórendszerben alkalmazott megelőző és korlátozó intézkedések gyakorlati útmutatója évtizedes hiányt pótol hazánkban.

Az irányelv alapvető célja, hogy meghatározza, hogy az általános gyermekgyógyászati és a gyermekpszichiátriai osztályok és ambulanciák, továbbá a mentőszolgálat, a házi orvosi rendelők és a gyermeksürgősségi ambulanciák, milyen módon és milyen háttérrel, dokumentációval alkalmazhatnak a személyes szabadság törvény által meghatározott korlátozását célzó intézkedéseket. A személyes szabadság korlátozása a veszélyeztető magatartást mutató felnőtt betegeknek is világszerte rendkívül szigorúan szabályozott [7], és mind a szakmai ajánlások, mind a törvényi szabályozás sok átfedést mutat a 18 év alattiak kezelésére vonatkozó útmutatókkal. Ugyanakkor, tekintettel a hatókörre, jelen irányelv, a megírása idején elérhető, 18 éven aluli

populációra megfogalmazott, legátfogóbb nemzetközi útmutatók [1,4,6] ajánlásainak – köztük az Amerikai Gyermekek- és Ifjúságpszichiátriai Akadémia [4] – adaptációja alapján készült.

## **2. Felhasználói célcsoport**

Az elsődleges cél, egy általánosan alkalmazható, azonos elméleti és gyakorlati alapokon nyugvó gyakorlat létrehozása. A hatókör meghatározásakor vizsgálni kell az ellátottakat és az ellátókat is. Az agresszióval járó mentális sürgősségi állapotok ellátását sokszor a mentőszolgálat, vagy a házi orvos, házi gyermekorvos kezdi. A jelen útmutató olyan általános elemeket is tartalmaz, amely mind a prehospitalis, mind a kórházi szakaszban (gyermekgyógyászati, gyermek-pszichiátriai osztályon) is jól használhatók.

Az irányelv a 0–18 év közötti gyermek- és serdülőpopulációt célozza meg. Gyakorlati szempontból életkor szerint két alcsoport különíthető el, mert a mentális sürgősségi állapot kialakulásának gyakorisága, a háttérben meghúzódó ok is más és más lehet. Az első csoportba a 10-12 év alatti gyermekek tartoznak. Itt a leggyakoribb kiváltó okok a mentális retardáció, a figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD) az oppozíciós és viselkedészavar valamint az autizmus. A második csoportot a 10-12 év feletti serdülők alkotják. Itt az akut beavatkozást igénylő mentális sürgősségi állapot előfordulása szignifikánsan magasabb, háttérben a különböző kábító hatású anyagok, drogok használata, öngyilkossági kísérlet utáni állapot, magatartászavar, klasszikus pszichiátriai kórképek (pszichózisok), valamint poszttraumás stressz zavar állhat. Az ellátás szempontjából igen lényeges, hogy a beteg anamnézisében van már ismert elmebetegségek kórképe, vagy első alkalommal kialakuló állapotról van szó. Ez utóbbi esetben a szervi ok kizárása alapvető, itt gyermekgyógyász, gyermekneurológus bevonása javasolt. (Mindemellett nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy ismert pszichiátriai betegség mellett is lehet a fiatal intoxikált, vagy neurológiai beteg). Súlyos gyógyszer (öngyilkosság) túladagolás, vagy tudatmódosító szer használata esetén az ellátás megkezdése gyermekosztályon, szükség szerint gyermek intenzív osztályon kell, hogy történjen gyermekpszichiáter szakmai segítsége mellett.

Az ellátást végzők köre, tárgyi feltételek attól függően, hogy korlátozásról vagy elkülönítésről beszélünk, különbözőek. A korlátozások különböző formáit (pszichikai, fizikai, kémiai-gyógyszeres) az ellátók szélesebb köre (alapellátás, mentés, gyermekosztály is) alkalmazhatja megfelelő oktatást követően, míg az elkülönítés szűkebb körben – elsősorban a gyermek- és gyermek- és ifjúságpszichiátriai osztályokon – alkalmazható. Az irányelv, ezért a közös alapelveken túl külön tárgyalja a korlátozásra és az elkülönítésre vonatkozó hatókört.

## **3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel**

**Egészségügyi szakmai irányelv előzménye:** Hazai egészségügyi szakmai irányelv ebben a témakörben még nem jelent meg.

### **Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelv(ek)kel:**

Jelen irányelv nem áll kapcsolatban más hazai egészségügyi szakmai irányelvvél.

### **Kapcsolat külföldi szakmai irányelv(ek)kel:** [1, 4, 6]

Szerző(k): National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE



Cím: Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings

Megjelenés 2015. május 28.

adatai: nice.org.uk/guidance/ng10

Elérhetőség:

Szerző(k): American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

Cím: Practice Parameter for the Prevention and Management of Aggressive Behavior in Child and Adolescent Psychiatric Institutions, With Special Reference to Seclusion and restraint.

Megjelenés 2002

adatai: Journal of the American Academy of Child and Adolescent

Elérhetőség: Psychiatry 2002, 41(2) Supplement

Szerző(k): Chun TH, Mace SE, Katz ER, American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine, and American College of Emergency Physicians, Pediatric Emergency Medicine Committee

Cím: Evaluation and Management of Children and Adolescents With Acute Mental Health or Behavioral Problems. Part I: Common Clinical Challenges of Patients With Mental Health and/or Behavioral Emergencies, Clinical Report Guidance for the Clinician in

Megjelenés Rendering Pediatric Care (consensus statement)

adatai: 2016

Elérhetőség: Pediatrics 2016; 138 (3) e 20161570

## VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE

### **A korlátozó intézkedések alkalmazásának jogi szabályozása**

Az egészségügyben alkalmazott korlátozó intézkedések gyökerei az 1700-as évek végéig nyúlnak vissza, amikor Philip Pinel és asszisztense Jean Baptiste Pussin egy Párizs melletti férfi közkórház betegeinél alkalmazta a betegek önsértő és heteroagresszív magatartásának megakadályozása érdekében, a személyes szabadság maximális tiszteletben tartásának hangsúlyozását nem mellőzve [8, 9]. A XIX. századi Anglia és Amerika ellentétes nézeteket vallott a betegek személyes szabadságát korlátozó intézkedések hasznosságát, emberiségét és így szabályozását illetően. Míg Angliában társadalmi nyomásra egy korlátozás ellenes nézet és szabályozás indult mind az állami, mind a magán elmeógyógyintézetekben, addig Amerikában a mechanikai korlátozást alkalmazó intézkedések terápiás hasznát hangsúlyozták és ennek megfelelően elfogadott – és az angliai gyakorlathoz képest 10-15-ször gyakrabban – alkalmazott módszer volt [4, 10]. A XIX. század végére többek között a súlyosan agresszív mentális betegek egyéb terápiákkal végzett kezelésének hosszú távú hatékonyságára tekintettel az elkülönítés és a korlátozás körüli viták csitultak, a XX. századtól ezek a módszerek elfogadott beavatkozások a veszélyeztető betegek esetén. Mára, különösen a gyermek- és serdülőkorban az agresszió kezelés szerves részét képezi a megelőzés, beleértve az agresszív

magatartás kockázatának multimodális felmérését és az agresszió fokozatos csökkentését célzó ún. de-eszklációs stratégiákat (düh-kezelési tréning, rövid idejű time-out stb.).

Az idevágó nemzetközi irodalom továbbra is tartalmaz ellentmondásokat a korlátozó intézkedések tekintetében. Egyes szerzők álláspontja alapján a korlátozás és elkülönítés alkalmazása etikai, jogi, szakmai szempontok alapján igen kérdéses, ezért alkalmazásuk jelentős csökkentése és későbbiekben a klinikai gyakorlatból történő teljes kivezetése javasolt. Véleményüket azzal is alátámasztják, hogy a korlátozás nem veszélytelen, egyes esetekben akár súlyos sérülésekhez, ritkán a beteg halálához vezető beavatkozás [6].

Más szerzők szerint – ettől eltérően – a gyermekgyógyászati, gyermekpszichiátriai ellátásban elfogadható, vagy legalábbis tolerálható, de mindenképpen használható és eredményes módszerek tartják a korlátozást és elkülönítést. Véleményüket azzal is alátámasztják, hogy a gyermekgyógyászat a mindennapi gyakorlatában a rövid fizikai vagy kémiai korlátozást széleskörűen alkalmazza például az invazív, vagy nyugalmat megkövetelő beavatkozásoknál (procedurális korlátozás, bódítás). Abban viszont minden idevágó közlemény, irányelv egyetért, hogy a korlátozást, elkülönítést csak megfelelően képzett, gyakorlott, lehetőség szerint multidiszciplináris személyzet végezze a szakmai és jogi protokollok szigorú betartása mellett [1, 4, 6].

Ezen túlmenően, messzemenően figyelembe kell venni a nemzetközi szervezetek (ENSZ, WHO, Európai Unió) erre vonatkozó emberi jogi megállapodásait, javaslatait is [11, 12]. Szükséges felhívni a figyelmet arra, hogy még ezeknek a szervezeteknek a véleménye sem egyezik mindenben, sőt akár az ENSZ egyes bizottságainak a véleménye is ellentmondó lehet. Így irányelvünket a NICE ajánlásainak figyelembevételével dolgoztuk ki [1].

A korlátozás elrendelésének ezen felül oka lehet az, ha a sürgősségi, illetve kötelező gyógykezelés alatt álló beteg engedély nélküli eltávozása másként nem akadályozható meg. A beteg korlátozásának kritériumait jogszabályok szabályozzák.

A törvényi szabályozáson túl, messzemenően figyelembe kell venni az etikai és a személyiségi jogi szempontokat is [11, 12, 13, 14].

## **Ajánlás1**

**Agresszív viselkedés veszélyének felmérésekor, annak megelőzése érdekében, továbbá, amennyiben szükséges a korlátozó intézkedések alkalmazásánál mindig figyelembe kell venni a beteg életkorát, szellemi és testi fejlettségét, szomatikus állapotát. Ugyancsak a kulturális, vallási tényezőket és az anamnézis és mentális státus alapján felmerülő rizikó és hajlamosító tényezőket [4].**

**Ajánlás szintje: A, erős ajánlás.**

A (közvetlen) veszélyeztető magatartást jelentő agresszív viselkedés megelőzése (AACAP alapján) [4].

Az agresszív viselkedés kialakulásának veszélye esetén, annak megelőzésére kell törekedjünk. A megelőzéshez elengedhetetlen az agresszív viselkedés valószínűségének felmérése, a rizikótényezők, figyelmeztető jelek felismerése [4].

Számos mentális probléma, szindróma vagy pszichiátriai diagnózis tünetei között szerepel az agresszív viselkedés és a dühkitörések. Ráadásul a komorbiditás (több mentális betegség együttes előfordulása) gyakorisága igen magas ezen egyéneknél, sokuknál így sokszoros az önkontroll elvesztésének a rizikója és ennek következtében az elkülönítés vagy korlátozás indikálásának lehetősége. Az agresszió számos különböző formában nyilvánulhat meg, így lehet állapot vagy vonás jellemző, proaktív, csoporthatásra aktiválódó, pszichotikus vagy drog-indukált. Ez azt jelenti, hogy az agressziót kiválthatják bizonyos érzelmi állapotok, de lehet az egyén megszokott interakciós jellemzője, lehet tervezett, vagy meghatározható triggerekre adott reakció, lehet csoportos cselekmény része, lehet alterált mentális állapotok által befolyásolt, vagy gyógyszer/drogok, alkohol, ezek kombinációi vagy egyes neurológiai betegségek által kiváltott. A megnyugtató, az agresszió megelőzése vagy a (közvetlen) veszélyeztető magatartás kialakulása esetén annak kezelése hatékonyabb, ha tisztában vagyunk eredetével, formájával. Az agresszió kontrolljának képessége és vágya, szintén betegenként változó és egy beteg esetében is számos tényezőtől függ. Ha egy viselkedészavarral küzdő serdülő, akit börtönbüntetés vár, dühöng a kórházi ellátás idején, lehet, hogy az önkontroll-spektrum egyik végén van, és valójában képes lenne valamilyen szintű agressziókezelési stratégia használatára, míg egy másik serdülő, aki fenciklidin-kiváltotta pszichotikus állapotában van, lehet a spektrum másik végén, és ha birtokában is van, nem képes ezen képességének segítségével megnyugodni. Hangsúlyozzuk azonban, hogy mindazonáltal, mindkét esetben az aktuális kitörés átmeneti, állapotfüggő jelenség, nem pedig egy diagnózis vagy állandóan jelenlévő viselkedés.

Az agresszió kockázatának felmérése tehát magába kell, hogy foglalja az agresszív viselkedésre vonatkozó anamnesztikus adatokat és a jelen mentális állapot felmérését beleértve a kiváltó tényezőket (triggereket)

- a figyelmeztető jeleket,
- a visszatérő viselkedésmintákat,
- a kezelésre adott választ,
- valamint a korábbi agresszív cselekedetekkel összefüggő elkülönítő vagy korlátozó intézkedéseket.

Specifikusan, a pszichiátriai és ápolási anamnesis magába kell foglalja:

- az önmaga és mások elleni agresszív viselkedések előzményeit,
- az azokat kiváltó tényezőket,
- a restriktív intervenciókra adott válaszokat,
- a korábbi pszichoaktív gyógyszerelést,
- a viselkedésproblémák áttekintése (lopás, gyújtogatás, állatokkal való kegyetlenkedés, szexuális bántalmazás, alacsony frusztrációs tolerancia, szökés, dührohamok, önkárosító magatartás, szerhasználat) további információt biztosít a páciens veszélyességére vonatkozóan.

Speciális populációt jelentenek a bántalmazott fiatalok (abúzus, bántalmazás az anamnesisben, vagy erre utaló gyanú) akinél a poszttraumatikus düh triggereinek áttekintése különösen hasznos lehet.

A kezelés során a kulturális tényezők figyelembevétele is szükséges, mert ezek befolyásolhatják egyrészt a kiváltó tényezőket és az agresszió kifejeződését a betegeknél, másrészt az ellátó személyzet agresszióra adott válaszát is. A páciens felmérése során kerülendő a sztereotipizálás vagy besorolás. Különösen kerülendő a betegekről a rasszuk vagy kultúrájuk alapján azt feltételezni, hogy veszélyesek vagy agresszívek.

A felmérés fontos részét képezi a páciens fizikális jellemzőinek felmérése. Például egy fekvő osztályon egy 180 cm-es, 150 kg-os mániás epizódban lévő páciens potenciálisan expozív és veszélyes helyzetet teremthet. Azon gyermekek és serdülők, akik nagyobbak, magasabbak vagy fejlődésileg eltérőek a korosztályuktól, hasonló nehézséget jelentenek. A felmérést végző felvevő személyzetnek előre kell látnia ezeket a helyzeteket, és felkészülni rá speciális személyzeti jelenlét kialakításával és kezelési tervvel.

A gyermekek és serdülők szomatikus állapota szintén befolyásolhatja, hogy hogyan viselik az elkülönítést vagy rögzítést, azaz a pulmonáris és kardiális és egyéb szomatikus rizikótényezők (obesitas, asthma, allergia, mellkasi deformitás, gyógyszeresedés stb.) felmérése elengedhetetlen.

A felvételen részt vevő személyzetnek figyelembe kell vennie, hogy a gyermekek és serdülők, különösen a bántalmazott páciensek számára az egészségügyi intézménybe történő felvétel számos negatív érzelmet és maladaptív coping stratégiát előhívhat, melyek közül némely félelmet, ellenségességet és bizalmatlanságot szülhet, expozív kitörésekhez vezethet. Erre való tekintettel, fontos hogy a szülő és a felvételi személyzet a lehető legérthetőbben elmagyarázza a gyermeknek a kórházi felvétel célját, és a gyermek kezelésben való részvételével kapcsolatos elvárásokat. Fontos, hogy a magas kockázatú gyermekkel vagy serdülővel együtt a hozzátartozók/képviselők is megértsék és jóváhagyják a kezelés során alkalmazott agresszió kezelési stratégiák spektrumát.

Mindemellett az intézményeknek hangsúlyozniuk kell a páciens önkontrollra irányuló motivációjának és agresszió-kezelési tréningre való igényének fontosságát, csakúgy, mint a szülők támogatását, illetve ha a páciens kapcsolatban áll a szociális vagy igazságszolgáltatási rendszerrel, akkor a családgondozóval, pártfogóval történő együttműködést. Az intézmény, a páciens és a család közös erőfeszítése szükséges a sikeres kezeléshez.

Az agresszió megelőzésének lehetőségeit tárgyalva, az intézményi kockázatok elemzését sem hagyhatjuk figyelmen kívül. Ideértendők a nem megfelelő kubaturális (helyiségek nagysága, berendezése, biztonsági felszerelések) és személyzeti (ápoló személyzet-ápoltak aránya, személyzet képzettsége, biztonsági szolgálat, munkabeosztás) feltételek, továbbá az agresszív események kezelésére és feldolgozására vonatkozó eljárásrend és annak betartása.

## **Ajánlás2**

**Korlátozó intézkedések alkalmazásánál mindig figyelembe kell venni a fokozatosság elvét. Mindig a helyzetnek megfelelő legenyhébb módszert kell alkalmazni [1, 4, 6].**

**Ajánlás szintje: A, erős ajánlás.**

Az intervenciók szintjei a (közvetlen veszélyeztető magatartású gyermekek és serdülők esetében (lásd mellékletben, Korlátozó intézkedések 1. és 2. sz. algoritmus ábra)

### **Ajánlás3**

**A (közvetlen) veszélyeztető magatartást jelentő agresszív viselkedés menedzselésének első szintjén nem restriktív intervenciókat kell alkalmazni [1, 4, 6].**

**Ajánlás szintje: A, erős ajánlás.**

A nem restriktív intervenciók (verbális promptok, holding, de-eszkálálás, modellezés, tárgyalás, szerepjáték, szerződés-kötés, jutalmazásos rendszerek, zsetonrendszer és a kevesebb mint 30 perces time-out) célja a beteg saját viselkedése feletti önkontrolljának növelése. Ezek a technikák a beteg készségeire és képességeire építenek, facilitálják az adaptívabb viselkedéseket. Ezek részletes ismertetése az agresszív gyermekek ellátása irányelv hatókörébe tartozik.

### **Ajánlás4**

**Amennyiben a nem restriktív intervenciók alkalmazása hatástalan, áttérhetünk a restriktív intervenciókra [1, 4, 6].**

**Ajánlás szintje: A, erős ajánlás.**

Ezek a korábbi intervenciókhoz hasonlóan támogatják a beteg önkontrolljának saját maga általi visszanyerését, de a (közvetlen) veszélyeztető magatartás kockázata (saját és mások biztonságának veszélyeztetése) magasabb, az intervenciók megtervezése és optimális alkalmazása egy interdiszciplináris team feladata, ideális esetben már a kezdeti kezelési terv meghatározása esetén. A kevésbé restriktív intervenciók sikertelenségének dokumentálása szükséges a restriktív technikák használata előtt. Restriktív intervenciók például a figyelmen kívül hagyás („kioltás”), 30 perces vagy hosszabb time-out és az önként vállalt elkülönítés. Ezek részletes ismertetése az agresszív gyermekek ellátása irányelv hatókörébe tartozik.

A (közvetlen) veszélyeztető magatartás megszüntetésére restriktív technikát sürgős szükség esetén szakápoló is elrendelhet, de a beteg kezelő orvosát/ügyeletes orvost az eljárásról haladéktalanul értesítenie kell, akinek 2 órán belül azt – a dátum és időpont feltüntetésével jóvá kell hagynia. Ennek hiányában a korlátozást haladéktalanul meg kell szüntetni.

### **Ajánlás5**

**Amennyiben a nem restriktív és a restriktív intervenciók hatástalanok a (közvetlen) veszélyeztető magatartás megfékezésére a legrestriktívabb intervencióhoz kell folyamodnunk [1, 4, 6].**

**Ajánlás szintje: A, erős ajánlás.**

### **Ajánlás6**

**A (közvetlen) veszélyeztető magatartás megszüntetésére alkalmazott restriktív technikát az „ADATLAP pszichiátriai beteggel szemben alkalmazott, egyéb korlátozó intézkedés alkalmazásáról” című dokumentum kitöltésével és vezetésével kell adminisztrálni. (Lásd mellékletben 1. 2. 3. sz. Adatlap).**

**Ajánlás szintje: A, erős ajánlás.**

#### **Ajánlás7**

**A restriktív intézkedésről a szülőt/törvényes vagy meghatalmazott képviselőt dokumentáltan tájékoztatni kell, és az ADATLAP másolatát el kell küldeni az intézmény betegjogi képviselőjének.**

**Ajánlás szintje: A, erős ajánlás.**

Ezek az intervenciók a személyes szabadságot leginkább korlátozó intézkedések, a legnagyobb kontrollt gyakorolják az egyén viselkedése fölött, de szükségesek a kevésbé restriktív intervenciók dokumentált sikertelensége miatt. Mivel ezek az eljárások potenciálisan averzív (kellemetlen) tapasztalatokat jelenthetnek a beteg számára, legjobb óvatosan és intenzív monitorozás és szupervízió mellett kivitelezni őket. Ezen eljárások esetén a beteg és/vagy mások sérülésének veszélye felülírja a beteg autonómiájának biztosítására vonatkozó etikai megfontolásokat, de azok maximális megőrzése mellett alkalmazhatók.

Ilyen intervenciók az elkülönítés, a fizikális korlátozás (gyermekeknél), a mechanikai korlátozás (serdülőknél) és a kémiai korlátozás vagy ezek kombinációja.

#### **Az elkülönítés és korlátozás indikációi és kontraindikációi**

#### **Ajánlás8**

**A legeresztívőbb intervenciók csak megfelelő indikációk esetén és a beteg autonómiájának és lehetőség szerint méltóságának a maximális megőrzése mellett alkalmazhatók [1, 4].**

**Ajánlás szintje: A, erős ajánlás.**

#### **Ajánlás9**

**Korlátozó intézkedések alkalmazásánál mindig figyelembe kell venni, hogy a korlátozás, elkülönítés nem a terápia része, nem lehet büntetésként, vagy a személyzet kényelme miatt alkalmazni [1, 4].**

**Ajánlás szintje: A, erős ajánlás.**

#### **Az elkülönítés és korlátozás indikációi**

Korlátozó intézkedés a sürgősségi indikáción túl abban az esetben alkalmazható, ha a kezelésre szoruló beteg 1) veszélyeztető magatartást tanúsít, 2) közvetlen veszélyeztető magatartást tanúsít; és ha a gyermek önkontrollját támogató intézkedések, a korlátozó beavatkozások alacsonyabb szintjei sikertelenek voltak vagy nem megoldhatók [1, 4]. Veszélyeztető magatartásról akkor van szó, ha „a beteg – pszichés állapotának zavara következtében – saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére jelentős veszélyt jelenthet”. Szintén az egészségügyi törvény meghatározása szerint közvetlen veszélyeztető magatartásról akkor beszélhetünk, ha: „a beteg – pszichés állapotának akut zavara következtében – saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére közvetlen és súlyos veszélyt jelent”.

#### **Az elkülönítés és korlátozás kontraindikációi**

Elkülönítés vagy korlátozás nem alkalmazható ott, ahol jogi szabályozás alapján tiltott. Nem alkalmazható büntetesként, kényelmi intézkedésként, vagy az inadekvát személyzeti lehetőségek kompenzálására; nem lehet kínzó, kegyetlen, embertelen vagy megalázó. Nem alkalmazható szükség esetére előre elrendelve. Nem kivitelezhető képzetlen személyzet által. Lehetnek bizonyos technikák kontraindikáltak szomatikus állapot, krónikus betegség vagy gyógyszereszedés miatt, ezek minden esetben egyénileg mérlegelendők [1, 4, 6].

### **Az elkülönítés és korlátozás általános kivitelezése és monitorozása**

A National Institute of Clinical Excellence ajánlása szerint, mechanikai eszközök használata gyermekek esetében nem javasolt, azok használata a fizikális korlátozás során serdülőknél indokolt lehet [1]. Nem alkalmazhatók olyan fizikai és mechanikai korlátozások, amik légúti obstrukciót okoznak (pl. fojtófogas vagy a beteg arcának betakarása törülközővel, zsákkal stb.) Hanyatt fekvő történő korlátozásnál a beteg feje szabadon kell, hogy foroghasson. Hason fekvő történő korlátozásnál (gyermekek esetén nem javasolt) a beteg légúti folyamatosan átjárhatónak kell, hogy legyenek és a beteg tüdeje nem nyomható össze a hátra kifejtett túlzott nyomással. A korlátozott gyermek vagy serdülő pulzusát, vérnyomását és végtagjainak mozgási terjedelmét ellenőrizni kell minden 15 percben [1, 4, 6]. A beteg táplálási, hidrálási és ürítési szükséglete, fizikális és pszichológiai státusza és kényelme monitorozandó, és ezen szükségleteit biztosítani, az ellenőrzést dokumentálni kell.

Kémiai korlátozás a (közvetlen) veszélyeztető magatartás esetén történő, nem-önkéntes psichoaktív medikációt jelenti abból a célból, hogy segítsük a beteget uralni kontrollálatlan agresszív viselkedését. A kémiai korlátozás elkülönítendő a beteg alapbetegségének farmakológiai kezelésétől. A kémiai korlátozás elrendelésének megítélésakor figyelembe kell venni az elérhető orvosi és pszichiátriai előzményeket, beleértve a folyamatban lévő gyógyszerelést. Az aspiráció elkerülése érdekében az orális készítményt mindig a beteg ülő vagy álló helyzetében kell beadni.

Az elkülönítés vagy korlátozás alatt álló gyermek vagy serdülő betegek felülvizsgálatát legkésőbb 2 órán belül, 18 éves kor fölött 4 órán belül kell megtenni. A személyzet számára adott monitorozási és egyéb szóbeli és írásos utasítások a nemzetközi ajánlások szerint 9 évnél fiatalabb gyerekek esetében 1 óráig érvényesek és 2 óráig 9–17 éves személyek esetében. A korlátozás vagy az elkülönítés folytatására vonatkozó utasítást **csak orvos adhat**. Mindemellett az elrendelő orvosnak személyesen az utasítást újra kell értékelnie legalább négyóránként 18 éves vagy annál fiatalabb személyek esetében. Amint a gyermek vagy serdülő megnyugodott és visszanyerte önuralmát, az elkülönítést vagy korlátozást meg kell szüntetni.

### **Elkülönítés**

#### **Az elkülönítés előnyei és hátrányai [4].**

Korábbi tanulmányaikban néhány szakember az elkülönítés helyett más programok hatékonyságát hangsúlyozza [15, 16], miszerint az elkülönítés és vagy korlátozás csak további elutasításhoz és izolációhoz vezet, éppen akkor, amikor gyermeknek leginkább szüksége lenne a támogató kapcsolatokra. Számos tanulmány azonban igazolta, hogy az elkülönítés, mint terápiás eszköz, hatékony lehet abban, hogy a gyermek vagy serdülő kivonja magát vagy az ápolószemélyzet kivonja azokból a helyzetekből, amelyben a veszélyeztető, közvetlen veszélyeztető magatartás rizikója nagy,

s a beteg agressziója elérheti a saját magára, másokra vagy környezetük tárgyaira (ingatlanra, értéktárgyra stb.) veszélyt jelentő szintet. Továbbá, az elkülönítés alkalmazásának tiltása fokozta a magasabb szintű korlátozó intézkedések számát [17]. Hazai gyakorlatban gyakorta használt, hatékony technikának tekinthető, mind a gyermek, mind a serdülőkorú páciensek esetén. Vishnivetsky és munkatársai pedig arról számoltak be, hogy a betegek 70%-a az elkülönítő szoba, míg 22% a mechanikai korlátozás használatát részesítette előnyben az elkülönítéshez képest [18].

#### **Az elkülönítés alkalmazásának módja [4]**

Ha a gyermek ismeri az elkülönítést végző szakembert, vagy a team egyik tagját, az csökkentheti a gyermek félelmét, szorongását, növelheti együttműködését. Amennyiben az elkülönítési procedúra megkezdődött, a páciensnek annyi autonómiát kell biztosítani, amennyit csak lehetséges. A gyermeknek fel kell ajánlani, hogy önként az elkülönítő helyiségbe menjen, míg a többi páciens érdemes más elfoglaltságok felé irányítani, minél távolabb. Amennyiben a gyermek önként nem megy az elkülönítő helyiségbe, akkor az ápoló személyzet két tagja – egyik az egyik, másik pedig a másik oldalán fogva – vigye be a helyiségbe, mialatt az egyikük a fejét, a másik a törzsét támasztja meg. Ha valószínűnek tűnik, hogy a beteg kirohan az elkülönítő szobából, azelőtt, hogy az ajtót be lehetne csukni, akkor a szoba lehető legtávolabbi pontján kell őt elhelyezni, mielőtt a személyzet kilép a helyiségből és becsukja az ajtót. A pácienseknek mindig fel kell ajánlani, hogy használhassák a mosdóhelyiséget, amikor csak szükséges. Amennyiben a fürdőszoba felszereltsége nem biztonságos, akkor ágytál/mobil WC használata, vagy a mosdó felülyelet melletti használata ajánlott [4].

#### **Ajánlás10**

**Az agresszív betegek ellátására alkalmas elkülönítő szoba egy- vagy kétágyas lehet. Külön fürdőszoba tartozzon hozzá [4].**

**Ajánlás szintje: A, erős ajánlás.**

#### **Az elkülönítő szoba jellemzői:**

**A fürdőszoba** felszerelési tárgyai törés- és ütészálló anyagból készüljenek (törhetetlen tükör, a lámpa védőburkolattal ellátott), valamint mozgó, leszerelhető részekről, alkatrészekről mentes legyen (pl. WC-lehúzó lánc). A fürdőszobai berendezések porcelán helyett nemesacélból készüljenek. Javasolt a szenzoros mosdó és WC. Minden berendezés stabilan rögzítve, nem lehet megbontható, szétszerelhető része. A zuhany falba építve javasolt. A kapcsolók burkolata sem lehet megbontható, leszerelhető. (lásd 1. számú táblázat)

**1. számú táblázat:** Az elkülönítő szoba kialakításának paraméterei

Ajtó	– kifelé nyíló ajtó
	– párnázott ajtó
	– keményfa vagy acél
	– erős, nagy teherbírású, esetleg acélból készüljön
	– tűzriadó esetén automatikus (nyitás-zárás)
	– külső felületen elhelyezett kilincs
	– biztonsági üveggel ellátott



Ablak	<ul style="list-style-type: none"> <li>– nyithatatlan, természetes fényt biztosít, külvilágra néz</li> <li>– nagy nyílás (1,36 m<sup>2</sup>)</li> <li>–</li> <li>megfigyelő ablak az ajtón (a személyzet megfigyelése biztosított legyen zárt ajtó esetén is)</li> <li>– mérete 25,5x25,5 cm</li> <li>– függöny helyett egyirányú detektív tükör (betegszeparáltság érzete miatt)</li> </ul>
Fal	<ul style="list-style-type: none"> <li>– puha, tűzálló, tisztítható, fertőtleníthető burkolat a falon</li> <li>– élek biztonságosan, megbonthatatlanul záródnak</li> <li>– semleges egyszínűre festett (pl. világoszöld, világoskék)</li> <li>– ne legyen fehér vagy szürke, nem javasolt a minta</li> </ul>
Padló	<ul style="list-style-type: none"> <li>– könnyen tisztítható</li> <li>– megbonthatatlanul rögzített a sarkokban és az illesztéseknél is</li> <li>– puha felszínű</li> </ul>
Mennyezet	<ul style="list-style-type: none"> <li>– szilárd</li> <li>– betegek számára nem hozzáférhető</li> </ul>
Világítás	<ul style="list-style-type: none"> <li>– meleg fényű, közepesen megvilágított</li> <li>–</li> <li>kapcsolókat a szobán kívül kell elhelyezni és a nővérállomásról is kapcsolhatónak kell lenni</li> <li>– mennyezetre szerelt, vezeték nélküli, törhetetlen lámpatestek</li> </ul>
Fürdőszoba, higiénia, szaniterek	<ul style="list-style-type: none"> <li>– a fürdőszoba mérete minimum 5 m<sup>2</sup></li> <li>– WC és mosdó rozsdamentes acélból</li> <li>– könnyen hozzáférhető a betegek részére</li> <li>– padlón zárt középösszefolyó, fixen rögzített fedéllel</li> <li>– zuhany lefolyó maximum 2%-os lejtéssel</li> <li>– teljesen zárt csőrendszer</li> <li>– szenzoros vezérlés a csapok és a WC használatához</li> </ul>
Szellőztetés és hőmérséklet	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ápoló személyzet által távvezérelt légkondicionáló berendezéssel ellátott</li> <li>– szellőztetés, friss levegőellátás biztosítása</li> </ul>
Biztonsági intézkedések	<ul style="list-style-type: none"> <li>– a szoba a nővérpulthoz közel legyen kialakítva</li> <li>– füstérzékelőkkel ellátott</li> <li>– törhetetlen biztonsági tükör</li> <li>–</li> </ul>

	a szoba legyen biztonságot nyújtó, védje a többi beteget és a személyzetet a betegtől, ne tudjon kitörni onnan
	– a kezelő (gyógyszertároló) a szoba közelében legyen
Berendezés	– minimálisan berendezett – a matrac sűrű habszivacsból, nem lehet veszélyes, nem tartalmazhat fém részeket (pl. rugó) – beépített, vagy biztonságosan több ponton rögzített védőburkolattal ellátott óra
Kommunikáció és monitor rendszer	– megfigyelés biztosítása a nővérállomásról – hangszóró, CCTV kamera kiépítése (opció)
Szoba mérete	– 16-20 m <sup>2</sup>

#### **Az elkülönítő szoba elhelyezkedése, felszerelése**

- A nővér-állás közelében kell kialakítani.
- Az elkülönítést egy olyan szobában kell végezni, amelynek falai ütésállóak és nincsenek benne szabadon lévő vezetékek.
- A szobák sarokrészeinél biztosítani kell, hogy ne lehessen a külső borítást vagy a padlózatot megbontani, hiszen ezek azután fegyvernek vagy önsértésre alkalmasak lehetnek.
- Ideális esetben a szoba jól megvilágított, nyugtató színekkel kifestett.
- Nagyméretű, biztonsági ablakkal ellátott, mind az ajtón, mind pedig a falakon, melyek lehetővé teszik az ápoló személyzet által az ajtón keresztüli megfigyelést és a kilátást is, minél inkább a nyitottság érzését keltve.
- A szoba méretének a nemzetközi ajánlások alapján minimum 20-30 m<sup>2</sup> alapterületűnek és minimum 2,5 m magasnak kell lennie, plusz saját mellékhelység és fürdő.
- A padló és a falborítás anyagát tekintve, ideális esetben tűzálló és toxikus anyagoktól mentes, jól fertőtleníthető, lemosható.
- A falakon nem szabad semmilyen tárgyat elhelyezni.
- A mennyezeten egy minimum 75 wattos, törhetetlen lámpatestnek kell lennie.
- Az éjszakai biztonsági fényt az ajtó közelében, szintén törhetetlen védőburkolattal kell ellátni
- A szobahőmérsékletnek és a szellőztetésnek ugyanolyannak kell lennie, mint a létesítmény többi szobájában, ugyanakkor az elkülönítő szobának akkor is légkondicionálnak kell lennie, ha a többi helyiség nem az.

- Bármely zárható szoba esetén meg kell oldani egy biztosítóberendezés segítségével, hogy tűzriadó esetén automatikusan nyíljon az ajtó.
- Az ajtón ne legyen kilincs a leszerelhetősége miatt, elektromos nyitás-zárás szükséges.
- A kórterem berendezési tárgyai nem lehetnek mozgathatók, fegyverként használhatók (pl. szék, asztal), csak rögzített, fixált bútorzat lehet (pl. falra rögzített asztal).
- A mágneses betegrögzítő pántok az elkülönítő szobában, az ágyhoz stabilan rögzítve tarthatók
- Az ajtónak vagy a szobának a beteg kívülről történő megfigyelése érdekében törhetetlen üveggel vagy detektív tükörrel kell rendelkeznie.
- A kórteremben nem tartható ápolási eszköz (pl. vérnyomásmérő, lázmérő, ágytál stb.).

### **Ajánlás<sup>11</sup>**

**A betegeket az elkülönítő szobában rendszeresen monitorozni kell, a kapott értékeket a megfelelő adatlapon folyamatosan rögzíteni kell [1, 4, 6].**

**Ajánlás szintje: A, erős ajánlás.**

A betegeket az elkülönítő szobában az első egy órában személyesen és folyamatosan monitorozni kell, ezt követően vagy személyesen, vagy egy audio és video berendezésen keresztül/helyett, az ablakon keresztül. A kapott eredményeket az „UTASÍTÁS ápolók számára pszichiátriai beteggel szemben alkalmazott »egyéb korlátozó intézkedés« alkalmazásának időtartama alatti ellenőrzés módjáról és gyakoriságáról” című adatlapon folyamatosan rögzíteni kell. (lásd 3. számú adatlap)

**3. számú adatlap** utasítás ápolók számára, pszichiátriai beteggel szemben alkalmazott „egyéb korlátozó intézkedés” alkalmazásának időtartama alatti ellenőrzés módjáról és gyakoriságáról

**ellenőrzési szempont<sup>1</sup>**

**mód<sup>2</sup> gyakoriság<sup>3</sup>**

SZÜKSÉGLETEK

Légzés

Hőmérséklet

Táplálkozás, folyadékbevitel

Ürítés, higiéné

Biztonság, védelem

Alvás és pihenés

Mozgás, testtartás

Fájdalommentesség

Kommunikáció

Intimitás, megfelelő ruházat

Emberi méltósághoz való jog biztosítva van-e

A beteg testi épséghez való joga biztosítva van-e

Szükséges-e a korlátozó intézkedés további fenntartása,  
szükséges-e az alkalmazott módszer megváltoztatása

**MEGFIGYELENDŐ (MÉRENDŐ) PARAMÉTEREK:**

Vérnyomás

Pulzus

Légzésszám

Tudat

Magatartás – attitűd

Hangulat – érzelmek

Érzékelés (hallucinációk)

- 1 A szempont előtti négyzetben 'X'-el jelölje a szükségesnek tartott szempontot, illetve az üresen hagyott mezőkben határozzon meg újabbakat.
- 2 Csak akkor kell külön jelölni, ha a mód nem megfigyelés, vagy az értelemszerűen használandó mérőeszköz alkalmazása.
- 3 Csak akkor kell külön jelölni, ha nem 30 percenkénti ellenőrzés szükséges.

A szobát minden használat után alaposan át kell vizsgálni, a károkozás nyomait és a potenciálisan veszélyes tárgyakat (csavarhúzó, szögek, vezetékek, faszilánkok) el kell távolítani.

Az elkülönítés kontraindikált azoknál a gyermekeknél, akik klinikai állapota instabil, vagy akik számára az elkülönítés klinikai/orvosi kockázatot jelent.

### **Fizikai korlátozás**

#### **A fizikai korlátozás előnyei és hátrányai**

Bár egyes szakemberek ellenérveket („gyújtó hatású”/triggerelő lehet [19] szexuálisan bántalmazott gyermekeknél nem javasolt [20], illetve publikált erős evidenciák, empirikus adatok nem bizonyítják a szükségét és hasznát [21, 22]) is említenek a fizikális korlátozás alkalmazását illetően, annak hatékonyságát és indokolt esetben szükségességét számos klinikai tapasztalat alátámasztja [4].

#### **A fizikai korlátozás alkalmazásának módja (mechanikai eszközök nélkül)**

A beteggel szemben az ellenszegülés, az agresszió megszüntetésére alkalmazott lefogást, a konfliktus helyszínéről történő eltávolítást, cselekvésre, vagy cselekvés abbahagyására testi erővel történő kényszerítést jelenti. A fizikai korlátozás csendes, nyugodt környezetben történjen, távol a többi gyerektől és serdülőtől, mindaddig fenntartva, míg a páciens vissza nem nyeri az önkontrollját. Amikor a fizikai korlátozás túllépi a 30 percet, klinikailag indikált a folytatását újraértékelni az az illetékes orvosnak. Kesztyű, köpeny, arcmaszka használható, ha lehet számítani arra, hogy harap, köp, megpróbálhat szándékosan sérülést okozni önmagának, vagy a személyzetnek. A fizikális korlátozást ajánlott a személyzet minimum két tagjának kivitelezni gyermekek esetében. Van, aki úgy hiszi, hogy a hason fekvő pozíció korlátozza a diafragma mozgását a túlsúlyos betegeknél, és hozzájárulhatott a korlátozások következtében bekövetkezett halálesetekhez, így ilyen intézkedésnél ezek figyelembevételére (háton fektetés vagy ülő helyzet alkalmazása) szükséges [4]. Továbbá egyes ajánlások [10] javasolják a pulzoximéterrel történő monitorozást.

A kivitelezés szempontjai tehát:

- Minimum két személyzeti tag/gyermek.
- Elegendő személyzetnek kell lennie, aki a többi gyermeket vagy fiatalot ez idő alatt ápolja (szükség esetén behívható ápoló személyzet alkalmazása).
- Minden fizikai korlátozást, felül kell vizsgálnia az aktuálisan elérhető szakmai vezetőknek.

### **Mechanikai korlátozás**

#### **A mechanikai korlátozás előnyei és hátrányai**

A mechanikai korlátozás alkalmazása gyermekeknél nem támogatott, mert félelmet kelthet [1]. Mások viszont serdülők esetében javasolják az alkalmazását, hogy megelőzhető legyen a saját magának vagy másoknak okozott sérülés, különösen a funkcionális vagy organikus pszichózisok esetében látható agresszív viselkedésnél.

#### **A mechanikai korlátozás alkalmazásának módja [4]**

Mechanikai eszközökhöz sorolhatók egyrészt olyan, a nemzetközi gyakorlatban használatos eszközök, mint például a „rögzítő pólya”, hordozó takarók. Ezek alkalmasak arra, hogy a gyermeket a személyzet az agresszív kitörés helyszínéről az elkülönítő szobába vigye. Ezeket az eszközöket, vagy az általuk alkalmazható technikákat illetően nincs irodalmi adat arra vonatkozóan, hogy melyik a biztonságosabb, hatékonyabb vagy kedvezőbb a beteg szempontjából. A hordozó takaró használható pl. a „holding” során is, ahol viszont úgyszintén nincsenek a biztonságosságára – pl. mennyiben idézhet elő légúti elzáródást –, vagy a hatékonyságára nézve kellő adatok. Akadály az eszközöknek a páciens testnedveivel történő kontaminációja is (nyál, vér, vizelet), mely higiéniai szempontból jelent problémát.

A mechanikai eszközökkel történő korlátozás lehet a beteg rögzítése: meghatározott testhelyzetben (általában: ülve) olyan speciális eszközök (szíj, öv) alkalmazásával, amely gátolja a személy helyváltoztatását, mozgását, vagy lekötés, a beteg rögzítése fekvő testhelyzetben olyan speciális eszközök (szíj, öv) alkalmazásával, amely gátolja a személy helyzetváltoztatását, mozgását.

Mivel a korlátozás minden formája veszélyt jelenthet a betegekre nézve, ezért a nemzetközi ajánlások alapján az egyes ellátó helyeken alkalmazott/érvényben lévő szabályzatok éves felülvizsgálata és a személyzetet évenkénti szinten tartó képzése javasolt.

#### **A mechanikai korlátozás javasolt eszközei [4]**

Mágneses betegrögzítő eszköz – a beteg csukló, boka has és csípőjének rögzítésére szolgáló segédeszköz.

Jellemző a könnyű állíthatóság a tépőzárak és csatok segítségével. A pántokat puha párnázott anyag borítja, hogy ne okozzon fájdalmat, hámsérülést a páciensnek. Nem rögzítik teljesen a páciens, lehetővé teszik a testhelyzet megváltoztatását. A csukló és a boka-rögzítési eszközök párban, egy méretben, a has és csípő rögzítéséhez több méretben elérhetők Magyarországon. Eszközönként 1–1 mágneszár található.

#### **A mechanikai korlátozás körülményei [4]**

A szobára – melyben a mechanikai korlátozás idejére a páciens kerül – vonatkozó előírások megfelelnek a korábban, az elkülönítő szobánál részletezett leírásnak. Ezen túlmenően szükség van egy ágyra, amely vagy a padlóhoz csavarozott, vagy kellőképpen stabil ahhoz, hogy bírja a beteggel való küzdelmet/hadakozást a korlátozás során. A beteget vagy a hátára vagy a hasára fektetve kell elhelyezni és minden végtagját rögzíteni, melyek mindegyikén egy védő pánt van, és egy szíjjal vannak rögzítve az ágyhoz. Általában ezeket a szíjakat záró kapcsok tartják a helyükön. A korlátozó intézkedést végző team minden tagjának képzettnek kell lennie abban, hogy hogyan végezheti ezt el biztonságos módon.

Amennyiben valami miatt szükséges felengedni a rögzítést, akkor utána újra kell értékelni, hogy még mindig szüksége-e azt fenntartani. Csak azokban az esetekben szabad újra alkalmazni, amikor a páciens még mindig nem nyerte vissza az önkontrollját és fennállnak a rögzítés klinikai kritériumai.

A rögzítés megszüntetését – attól függően, hogy a csapat vezetője konzultálva egy engedéllyel rendelkező, független gyakorló szakemberrel, mit rendel el – lehet fokozatosan, végtagonként vagy egyszerre is végezni. A döntést a páciens klinikai szükségleteire kell alapozni.

#### **Kémiai korlátozás**

##### **A kémiai korlátozás előnyei és hátrányai [4]**

A kémiai korlátozás előnyeként említendő a sérülésveszély (bőr folytonosságának sérülése, esetleges haematoma kialakulása) alacsonyabb kockázata. A beavatkozás rövid idő alatt elvégezhető, s a betegnek nincs tehetetlenség és kiszolgáltatottság érzése. A személyzetet és a betegtársakat sem viseli meg annyira, mint a rögzítés. Figyelembe kell venni azonban az egyéni gyógyszerérzékenységet, a gyógyszerek mellékhatásának és kölcsönhatásának lehetőségét. A szedált állapot fennállásáig magasabb a félrenyelés kockázata, a táplálék- és folyadékbevitel nehezített lehet. A beteg szoros felügyeletet igényel a mosdó használatakor is a stabilitás elvesztésének lehetősége miatt.

##### **A kémiai korlátozás alkalmazásának módja [4, 6]**

Nem állnak rendelkezésre kontrollált vizsgálatok a gyermek- vagy serdülőkorban kémiai/biológiai korlátozás alkalmazásával kapcsolatosan [6]. A leggyakrabban alkalmazott szerek a típusos (haloperidol) és atípusos antipszichotikumok (risperidone, olanzapine), a benzodiazepine szerek (diazepam, midazolam) és az antihisztamin származékok (hydroxyzine). A dózisok megállapításánál a felnőtt vizsgálatok, valamint a gyermekpszichiátriai kórképek kezelése során alkalmazott dózisok a mérvadóak. A jelen útmutató célját és terjedelmét meghaladja a kémiai korlátozás során alkalmazandó szerek és adagolásuk részletes tárgyalása, utalunk a témában készült irányelvekre.

Általános megfontolások:

- A gyógyszerek megválasztása mindenkor a hatályos alkalmazási előiratnak megfelelően történjen.
- A rövid hatású anxiolitikumokat és az antihisztaminokat – mint a hydroxyzine, szintén alkalmazzák kémiai korlátozás céljából gyermekeknél és fiataloknál, önállóan vagy neuroleptikumokkal kombinálva. Nem kellően tisztázott, hogy kombinálva effektívebbek-e vagy inkább csak több mellékhatással számolhatunk, ahhoz képest, ha bármely szert csak önmagában alkalmazunk.
- Szélsőségesen súlyos esetben benzodiazepin és antipszichotikum kombináció lehetséges.
- Lázzal és kreatinin foszfokináz emelkedéssel járó állapotokban, katatóniában kerüljük az antipszichotikumokat vagy atípusosat válasszunk (risperidon, olanzapine, clozapin).
- Clozapin nem adható együtt benzodiazepinnel a légzésdeprimáló hatás miatt.
- Attól függően, hogy orális (preferálandó) úton vagy intramuszkulárisan történt az antipszichotikum, az antihisztamin vagy a benzodiazepin származék beadása, a megnyugvás kezdete lehet néhány perc, de nem több mint fél óra.
- Az álmoság még órákig, de akár napokig is fennállhat, jóval tovább, mint amennyi idő ahhoz szükséges, hogy a beteg visszanyerje az önkontrollját.
- Az anxiolitikumokat és antihisztaminokat nézve, ismert egy paradox, dühkitöréses reakció, melyet nagyon nehéz előre bejósolni, hacsak nincs erre vonatkozó anamnesztikus adat. Ezt az információt ki kell deríteni a kezdeti pszichiátriai felvétel során, azoknál, akiknél ezen ágensek használata tervezett.

A kémiai korlátozás alkalmazásának kritériumai:

- Azonnali, sürgősségi alapon lehet alkalmazni, folyamatos monitorozás mellett (amint az a mechanikai korlátozásnál leírásra került), egy képzett szakápoló részvételével.
- A kezelésről hozott döntés részét kell, hogy képezze az az orvosi felülvizsgálat, mely magában foglalja annak az eldöntését, hogy önállóan vagy együttesen alkalmazunk-e gyógyszereket (pl. antipszichotikumot kombináljuk az anxiolitikummal), valamint azok hatását a már meglévő, gyermek által használt gyógyszerekre. Ezt a kórrajzban dokumentálni kell.
- Amennyiben mód van rá, a gyógyszerek használatával kapcsolatban a szülő vagy a hivatalos gyám beleegyezését előre kell kérni, dokumentálni.

- Amikor csak lehetséges a betegnek fel kell ajánlani az intramuszkuláris injekció előtt a gyógyszer szájon át történő bevételét.
- A gyakorló szakembereknek ismerniük kell és fontos betartaniuk a helyi kémiai szerek használatára vonatkozó szabályozást.

Azoknak a gyerekeknek és fiataloknak, akik gyógyszeres kezelésben részesültek az agresszió akut ellátása kapcsán, gyakran előnyös, ha egy ingerszegény szobában tartózkodnak [4]. A betegeknél a korábban említett monitorozási és dokumentálási szabályok alkalmazandók. Folyamatosan figyelni kell az allergiás, vagy paradox reakciókra, a disztóniára, az extrapiramidális mellékhatásokra, és a neuroleptikus malignus szindróma kialakulására.

## **Feldolgozó stratégiák, debriefing**

### **Ajánlás<sup>12</sup>**

**Korlátozó intézkedések alkalmazásánál mindig figyelembe kell venni a beavatkozások hosszú távú testi és szellemi negatív hatásait és azok minimalizációjára kell törekedni [1, 4, 6]**

### **Ajánlás szintje: A, erős ajánlás**

Az elkülönítést és/vagy korlátozást követően szükség van egy olyan terápiás ülésre/megbeszélésre, ami lehetővé teszi a beteg számára, hogy feldolgozza és megértse, mi történt. Ennek célja, hogy a személyzet a beteggel együtt megbeszéli azokat az eseményeket, melyek az intézkedéshez vezettek. A beteggel át kell tekinteni az alternatív stratégiákat a hasonló incidensek elkerülése érdekében.

Az elkülönítésben vagy korlátozásban részt vevő személyzetnek át kell tekinteni az esetet egy külön team-megbeszélés alkalmával, és dokumentálnia kell a javaslatokat az intézmény bizottsága számára, amely áttekinti az elkülönítésről vagy korlátozásról szóló jelentéseket.

### **Feldolgozási lehetőségek krízis után**

- A gyermek vagy serdülő számára: a triggererek és azon viselkedési lehetőségek áttekintése, amelyek lehetővé tették volna az önkontroll megtartását, a de-eszkalációt, és kríziskezelést.
- A személyzet számára: az eset áttekintése az indokoltság, hatékonyság és a jövőbeni lehetőségek vonatkozásában, olyan stratégiák kidolgozása érdekében, mellyel segíthetik a gyermeket vagy serdülőt a krízisek elkerülésében.
- A törvényes vagy meghatalmazott képviselő, a betegjogi képviselő értesítése bármely elkülönítő vagy korlátozó intézkedésről, és beleegyezés kérése a kezelés tervezéséhez.
- Kockázatkezelési megbeszélés az orvosi személyzet számára: a hosszabb elkülönítés vagy korlátozás áttekintése, ehhez kötődő sérülések, ismétlődő elkülönítések vagy korlátozások egyazon gyermek vagy serdülő esetében, az elkülönítő vagy korlátozó intézkedések gyakoriságának növekedése esetén szükséges. Ahol szükséges, a kiváltó okok elemzése, az általános okok és specifikus (személyi tárgyi feltételeket is beleértve) okok felülvizsgálata, a klinikai megközelítésekre, programtervezésre és/vagy személyzeti oktatásra és tréningre vonatkozó javaslatok kialakítása.

### **A személyzeti ellátottság mennyiségi és minőségi mutatói**



### **Ajánlás13**

**Az agresszív viselkedés megfelelő megelőzésére és kezelésére a személyzetet képezni és folyamatosan tovább képezni szükséges [1, 4].**

**Ajánlás szintje: A, erős ajánlás**

### **Ajánlás14**

**Az agresszív viselkedés megfelelő megelőzésére és kezelésére az intézetben aktuálisan kezelt betegek agresszió potenciáljának megfelelő számú személyzet biztosítása szükséges, melyet műszakról műszakra értékelni kell [1,4].**

**Ajánlás szintje: A, erős ajánlás**

A jó képzés segíti a képzett személyzet megtartását. A képzésnek tartalmaznia kell a legfrissebb naprakész információkat az elkülönítés és korlátozás gyakorlatáról, szabályozásáról, és a korábbi esetek kapcsán végzett kockázatbecslés információiról.

A legtöbb személyzeti és páciens sérülés az elkülönítés és korlátozás során történik. A gyermek sürgősségi és pszichiátriai osztályok biztonságos működtetése az erőszakos és agresszív páciensek kezelésében való kiterjedt jártasságot és képzést igényel. Ehhez motivált és jól képzett, erőszakos pszichiátriai betegekkel történő munkában tapasztalt személyzetre van szükség.

Az olyan stresszorok, mint a személyzet elégtelen száma, gyakori személyzeti váltás és nem megfelelő képzés a korlátozó intézkedések nem megfelelő alkalmazásához vezethet.

Személyzeti faktorok, amelyek növelik a pszichiátriai osztályon történő erőszak rizikóját:

- túl magas vagy túl alacsony ápolószemélyzet-páciens arány,
- a nem ápoló személyzet szabadságolása,
- képzetlen személyzet,
- a szabályozás hiánya.

A megfelelő személyzeti ellátás gyakran személyzet-páciens arányban van megadva. Ezek a számok félrevezetőek lehetnek, hacsak nem kifejezetten az ápoló személyzet arányát adják meg (beleértve az ápolókat, mentálhigiénés és bentlakásos intézményi segítőket), mivel az egyéb személyzetnek (szociális munkások, foglalkoztatók, pedagógusok) nincs személyes ápolói szerepe a páciensekkel.

Kiemelten fontos, hogy minden program az egyes páciensek egyéni ápolási szükségletei, vagyis a súlyossági becslések alapján kidolgozott személyzeti előírásokkal rendelkezzen.

Azt, hogy mekkora az agressziómegjelenés kockázata az adott intézményben/ellátóhelyen, az ápoló személyzet műszakról műszakra kell, hogy értékelje, és az információt műszakátadás során kommunikálja. Tartalék/behívható ápoló személyzet magas kockázat esetén szükséges lehet, ideális esetben férfi személy is.

A magas biztonságú betegellátásra a veszélyeztető, vagy közvetlen veszélyeztető magatartást tanúsító betegekkel kapcsolatosan jól képzett, erőszakos pszichiátriai betegekkel történő munkában tapasztalt, megfelelő számú és összetételű személyzetre van szükség. Az agresszív betegek ellátásához elengedhetetlen a férfi dolgozók, ápolók/segédápolók jelenléte. Ideális esetben az agresszív betegeket fekvőbeteg-ellátó intézetekben az ápolói létszám 30%-a férfiápoló/segédápoló. A szakápolók mellett minden műszakban javasolt egy fő férfiápoló jelenléte. Amennyiben az előbbi ajánlások megvalósulásához a humán erőforrás adott ellátóhelyi kapacitása ezt nem teszi lehetővé, agresszív, veszélyeztető magatartású betegek ellátása kapcsán gondoskodni kell behívható személyzetről, aki minden esetben férfiápoló/segédápoló legyen. Behívható dolgozó az év minden napján, szabadságolás és ünnepnapok alkalmával is álljon rendelkezésre. A dolgozók munkaidő-beosztását arányosan, egyforma terheléssel, megfelelő pihenőidő biztosításával kell elkészíteni.

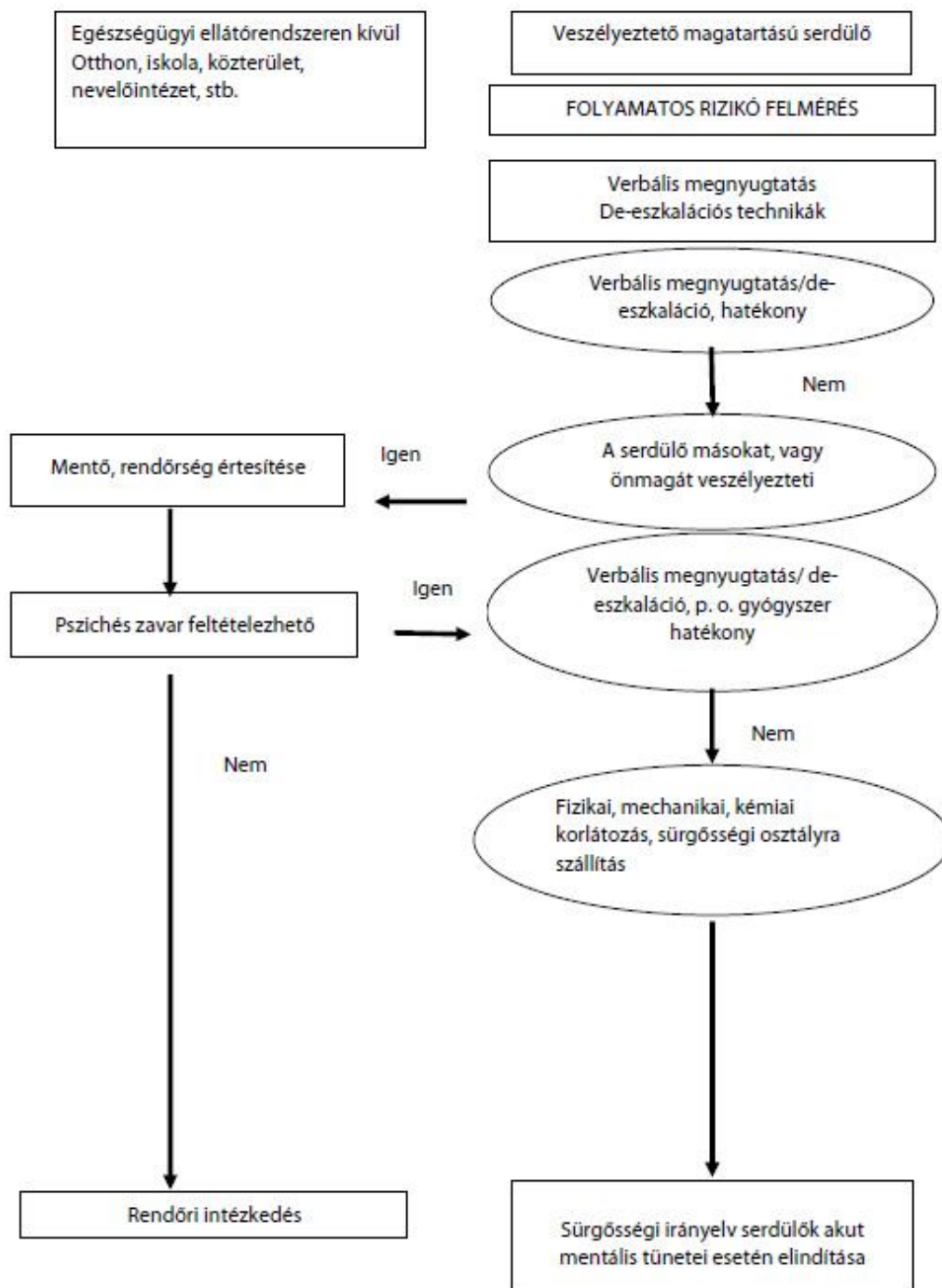
### **Ajánlás15**

**Amint a beteg visszanyerte önkontrollját, a korlátozó intézkedést haladéktalanul meg kell szüntetni [1, 4, 6].**

**Ajánlás szintje: A, erős ajánlás**

**A javasolt intervenciók időbeli sorrendje és hossza (lásd 2. számú algoritmus)**

2. Veszélyeztető magatartást mutató gyermek/serdülő akut ellátásának folyamata gyermekpszichiátriai osztályon kívül [23].



Azokon a helyszíneken, ahol veszélyeztető magatartásra gyakrabban számíthatunk (nevelőintézetek, gyermekszürgősségi és pszichiátriai osztályok, házi gyermekorvosi, iskolaorvosi, gyermekpszichiátriai rendelők, fiatalkorúak büntetés végrehajtási intézetei stb.) a de-eszkalációs technikát minél több személynek meg kell tanulni.

A veszélyeztető magatartás kialakulásának helyszínén (orvosi rendelő, iskola, nevelőotthon stb.) a nem restriktív intervenciókat azonnal alkalmazni kell. Az önkontrollját veszített beteggel nyugodt hangnemben, egyszerű verbális promptok segítségével tárgyalásos alapon kommunikáljunk.

Amennyiben ezek a nem restriktív módszerek hatástalanok, és a veszélyeztető magatartást mutató gyermekhez/serdülőhöz mentőt hívnak, a mentőápolónak tájékozódnia kell az agresszív viselkedés

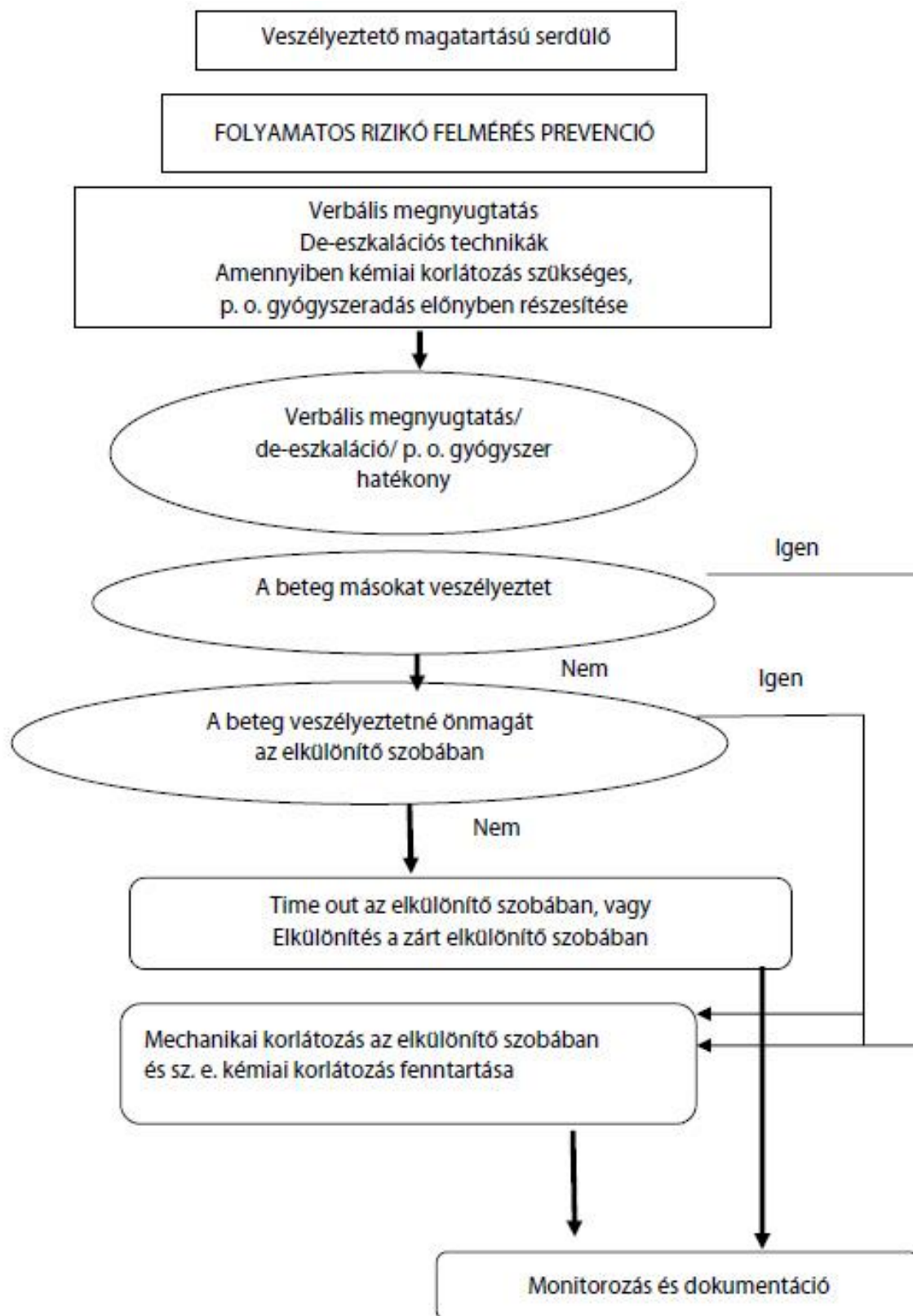
rizikó és kiváltó tényezőiről, majd elsősorban a korábban alkalmazott nem restriktív intervenciók alkalmazására kerül sor. Támogatni kell a beteget abban, hogy önkontrollját vissza tudja nyerni. Sokszor az idegen személy megjelenésének és a mentőápoló szakszerű intervenciójának hatására a veszélyeztető magatartás megszűnik, a gyermek/serdülő az önkontrollját visszanyerte, nincs szükség további akut beavatkozásra, a beteg elszállítására. A későbbi hasonló veszélyeztető helyzetek megelőzése érdekében a beteget ilyenkor az ambuláns gyermekpszichiátriai hálózatba kell irányítani.

Ha a **nem restriktív intézkedések dokumentáltan sikertelenek**, és a gyermek/serdülő továbbra is veszélyeztető, ill. közvetlen veszélyeztető magatartást mutat, a rendőrség bevonásával, segítségével, a legrestriktívebb beavatkozások alkalmazására kerülhet sor. Ez csak akkor alkalmazható, ha a beteg és mások biztonságának megőrzése érdekében feltétlen szükséges. Ilyenkor a beteg és/vagy mások sérülésének veszélye felülírja a beteg autonómiájának biztosítására vonatkozó etikai megfontolásokat. Ilyen beavatkozások a fizikális, mechanikai és a kémiai korlátozás, ill. azok kombinációi.

A beteget a mentőknek a sürgősségi/gyermeksürgősségi osztályra kell szállítani. Ott kerül eldöntésre, hogy a veszélyeztető magatartás hátterében van-e organikus (toxikológiai, neurológiai vagy egyéb belgyógyászati) ok, melynek megszüntetése gyermek-belgyógyászati diagnosztikát és terápiát igényel. A veszélyeztető magatartás megakadályozására a nem restriktív intézkedések dokumentált sikertelensége esetén korlátozó intézkedéseket kell fogantatosítani a beteg és környezete biztonsága érdekében. Amennyiben az organikus eredet kizárható, és a beteg önkontrollját visszanyerte, hazabocsátható, vagy gyermekpszichiátriai konzíliumot követően a gyermek/serdülőpszichiátriai szakellátás fekvő vagy ambuláns hálózatába kerül átadásra. (lásd még: Egészségügyi Szakmai Irányelv – A gyermek- és serdülőkori akut mentális tünetek és/vagy viselkedési problémák sürgősségi ellátásáról)

Ha a veszélyeztető magatartást mutató beteg a gyermek/serdülőpszichiátriai osztályra kerül felvételre, azonnal agresszió prevenciót tervet kell kidolgozni számára. Fel kell mérni a beteg adaptív készségeit és képességeit, és azokra építve, facilitálni kell azokat. Részletes pszichiátriai diagnosztika segítségével ki kell deríteni a veszélyeztető magatartás hátterében meghúzódó betegségeket, és adekvát terápiát indítani. Az osztályon jelentkező veszélyeztető magatartást elsősorban nem restriktív módszerekkel kell kezelni, azok **dokumentált** hatástalansága esetén a „fokozatosság elvét” szem előtt tartva lehet a restriktívebb intervenciók felé haladni. (lásd 1. számú algoritmus)

1. Veszélyeztető magatartást mutató gyermek/serdülő gyermekpszichiátriai osztályon történő ellátásának folyamata [23]



**Amint a beteg visszanyerte önkontrollját, a korlátozó intézkedést minden ellátó helyen haladéktalanul meg kell szüntetni!**

VII. JAVASLATOK AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ

## **1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban**

### **1.1. Ellátók kompetenciája (pl. licence, akkreditáció stb.), kapacitása**

A veszélyeztető magatartás rendszerint az egészségügyi ellátórendszeren kívül, családi otthonokban, nevelőintézetekben, iskolákban köztereken jelentkezik. Helyes lenne, ha azokban az esetekben, ha egy gyermek, serdülő, ismételten veszélyeztető magatartást tanúsít, a környezetében élő felnőttek a rizikó felmérését és a nem restriktív de-eszkalációs technikákat megtanulnák.

Az agresszív viselkedés veszélyeztetővé válása esetén a segítségül hívott külső hivatalos szervek (rendőrség, ügyeletes orvos, mentők) a helyszínen el kell döntsék, hogy kriminális vagy egészségügyi jellegű-e a magatartás gyökere. Amennyiben egészségügyi (intoxikáció, pszichózis, autizmus stb.) és a de-eszkalációs technikák dokumentáltan hatástalanok (vagy a sürgős szükség miatt nem vethetők be), sz. sz. rendőri segítséggel korlátozó intézkedések alkalmazását kell elrendelni, és a beteget a sürgősségi osztályra kell szállítani. Ehhez az ellátásban részt vevő orvosok (ügyeletes, iskola-, házi-orvosok) és mentésben dolgozó szakemberek ez irányú ismereteinek bővítésére van szükség.

Az egészségügyi ellátórendszeren kívüli veszélyeztető magatartás prevenciójában a nevelőintézetek nevelőtanárai, nevelőszülők, iskolai védőnők, házi- és iskolaorvosok, védőnők ez irányú ismereteinek bővítésében segíteni tudnak a gyermek-, ifjúságpszichiátriai és addiktológiai konzultánsok, melyek kiképzését a gyermek és ifjúsági mentálhigiénés ellátás területén bővíteni kellene.

Hasonlóképp fontos a veszélyeztető magatartás menedzselésével kapcsolatos ismeretek oktatása a gyermek sürgősségi és intenzív osztályokon, hiszen ilyen irányú oktatást jelenleg nem kapnak.

A gyermek- és ifjúságpszichiátriai osztályokon – ahol nemcsak akut felvételek során, hanem már bent fekvő betegeknél is jelentkezhet veszélyeztető magatartás – a személyzet oktatása és az ez irányú rendszeres továbbképzése elengedhetetlen.

### **1.2. Speciális tárgyi feltételek, szervezési kérdések (gátló és elősegítő tényezők, és azok megoldása)**

A veszélyeztető magatartást mutató gyermekek sürgősségi ellátása Magyarországon nem megoldott. Egyrészt a rendőrség a kriminális eseteket is gyakran egészségügyi intézménybe szállítja, jóllehet egészségügyi problémának a gyanúja sem áll fenn, s azonnal megállapítható, hogy egy régóta fennálló aszociális irányú viselkedésfejlődés dekompenzációjáról van szó. A mentők a veszélyeztető gyermekeket/serdülőket az ország nagyobbik részében felnőtt pszichiátriai osztályokra szállítják, ahol megfelelő organikus kivizsgálás, ill. gyermekgyógyászati/gyermekepszichiátriai konzílium lehetősége nem adott. A gyermek sürgősségi és intenzív osztályok személyzete nincs kiképezve a de-eszkalációs technikákból és a korlátozó intézkedések alkalmazásából, és az osztályok nincsenek felszerelve megfelelő korlátozó eszközökkel. Ezek mind a betegek, betegtársak, mind a személyzet biztonságát veszélyeztetik.

Az országban az aktív gyermek- és ifjúságpszichiátriai ágyak (és szakorvosok) száma nemzetközi összehasonlításban is rendkívül alacsony, s ezek eloszlása is nagy egyenetlenségeket mutat. Észak-Dunántúlon és Észak-Magyarországon egyáltalán nincs gyermek- és ifjúságpszichiátriai aktív ágy, ahol a sürgősségi ellátást követően az ilyen gyermekek/serdülők a diagnosztikus és terápiás irányelveknek

megfelelő kivizsgálása és ellátása megtörténhetne. Ennek megfelelően a veszélyeztető magatartást mutató gyermekek/serdülők ellátása véletlenszerű és többnyire szakszerűtlen az ország jelentős részében.

Jelenleg az országban 7 megyében zajlik a gyermekpszichiátriai ágyak infrastrukturális fejlesztése, ahol 2–2 ágy a veszélyeztető magatartást mutató gyermekek/serdülők biztonságos korlátozását és elkülönítését szolgálja, emellett felkészíti a személyzetet az agresszió és az agresszió eszkalációjának a megelőzésére is. Emellett 12 helyszínen történik infrastrukturális fejlesztés a gyermek- és ifjúságpszichiátriai és addiktológiai ambulanciák/gonozók esetében, hogy az osztályokról elbocsátott betegek utókezelése és rehabilitációja is zavartalan legyen.

### **1.3. Az ellátottak egészségügyi tájékozottsága, szociális és kulturális különbségei, egyéni elvárásai**

A gyermekek és serdülők egocentrikus gondolkodásuk miatt sokszor nem gondolnak cselekedeteik esetleges rövid és hosszú távú következményeire, arra hogy viselkedésük mások súlyos sérülését okozhatja. Körükben halmozottan fordul elő a rizikókereső viselkedés, a drog abúzus vagy a nagy mennyiségű tömény szesz hirtelen elfogyasztása, melyek mind az intoxikációból eredő veszélyeztető magatartást hívhatnak elő. Ilyen esetekben súlyosan sérül az önkontroll, és a betegségbelátás csekély vagy hiányzik. A központi idegrendszer egyes sérüléseinél, betegségeinél a dezorientáció a helyzet felismerésének és a betegségbelátás hiánya szintén az agresszív potenciálok megjelenését fokozza.

Nevelőintézetekben és nevelőszülőknél felnövő gyermekek esetében a korai életszakaszban a biológiai családjukban nem alakultak ki olyan stratégiák, melyek a stresszel való megbirkózást agressziómentesen is lehetővé tennék. Emiatt a veszélyeztető magatartás körükben gyakoribb. Hasonlóan a roma családokban főként a fiúgyermekek agressziója – temperamentumbeli eltérések miatt – elfogadottabb az átlagnépességénél.

### **1.4. Egyéb feltételek: nincs**

#### **2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája**

#### **Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok**

1. Adatlap pszichiátriai beteggel szemben alkalmazott „egyéb korlátozó intézkedés” alkalmazásáról
2. Adatlap pszichiátriai beteggel szemben alkalmazott „egyéb korlátozó intézkedés” felülvizsgálatról
3. Adatlap utasítás ápolók számára pszichiátriai beteggel szemben alkalmazott „egyéb korlátozó intézkedés” alkalmazásának időtartama alatti ellenőrzés módjáról és gyakoriságáról

#### **Táblázatok**

1. Táblázat: Az elkülönítő szoba kialakításának paraméterei

#### **Algoritmusok**

1. Veszélyeztető magatartást mutató gyermek/serdülő gyermekpszichiátriai osztályon történő ellátásának folyamata

2. Veszélyeztető magatartást mutató gyermek/serdülő akut ellátásának folyamata gyermekpszichiátriai osztályon kívül

**Betegtájékoztató:** nem készült

**Egyéb dokumentumok:** nem került megjelölésre

### **3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok**

#### **Outcome indikátorok**

- Ha a veszélyeztető magatartás miatt sürgősségi/pszichiátriai osztályra szállított olyan betegek száma csökken, akiknél nem merül fel organikus diagnózis vagy pszichózis, azt mutatja, hogy a mentőknél a de-eszkalációs technikákat elsajátították.
- A korlátozó intézkedések számának csökkenése az ellátás minden területén.

#### **Minőségi indikátorok**

Gyermek sürgősségi és gyermekpszichiátriai osztályokon csökken a korlátozó intézkedések és az elkülönítés technikájának alkalmazása.

## VIII. AZ IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK A TERVE

Az irányelv tervezett felülvizsgálata a megjelenéstől számított háromévenként történik. A felülvizsgálat folyamata az érvényesség lejárta előtt fél évvel kezdődik el. A Gyermek Pszichiátriai és Addiktológia Tagozat vezetője kijelöli a tartalomfejlesztő felelőst, aki meghatározza a fejlesztő munkacsoport tagjait, illetve befogadja a társtagozatok által delegált szakértőket. Soron kívüli felülvizsgálat indokolt, amennyiben a bizonyítékokban és/vagy az ellátásban, jogszabályi háttérben releváns, jelentős mértékű változás következik be.

Az aktuális irányelv kidolgozásában részt vevő, fejlesztő csoporttagok folyamatosan követik a szakirodalomban megjelenő, illetve a hazai ellátó környezetben bekövetkező változásokat. A tudományos bizonyítékokban, valamint az ellátó környezetben bekövetkező jelentős változás esetén a fejlesztő munkacsoport konszenzus alapján dönt a hivatalos változtatás kezdeményezéséről és annak mértékéről.

## IX. IRODALOM

1. National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings 2015. május 28.  
[nice.org.uk/guidance/ng10](http://nice.org.uk/guidance/ng10)
2. De Hert M, Dirix N, Demunter H, Correll CU. Prevalence and correlates of seclusion and restraint use in children and adolescents: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2011; 20 (5):221–30.
3. Siponen U, Välimäki M, Kaltiala-Heino R. The use of coercive measures in adolescent psychiatric inpatient treatment: a nation-wide register study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2012; 47 (9):1401–8.



4. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: Practice Parameter for the Prevention and Management of Aggressive Behavior in Child and Adolescent Psychiatric Institutions, With Special Reference to Seclusion and restraint. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2002; 41 (2) Supplement
5. Kapornai K., Vetró Á. Pszichiátriai sürgősség a gyermekgyógyászatban – A Gyermekpszichiátriai Szakmai Kollégiumi Tagozat. Gyermekgyógyászat 2015; 66 (3):185–192.
6. Chun TH, Mace SE, Katz ER, American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine, and American College of Emergency Physicians, Pediatric Emergency Medicine Committee: Evaluation and Management of Children and Adolescents With Acute Mental Health or Behavioral Problems. Part I: Common Clinical Challenges of Patients With Mental Health and/or Behavioral Emergencies. Clinical Report Guidance for the Clinician in Rendering Pediatric Care Pediatrics 2016; 138 (3) e 20161570
7. Department for Health and Ageing, Government of South Australia: Restraint and Seclusion in Mental Health Services Policy Guideline. 2015. megtalálható: [www.sahealth.sa.gov.au](http://www.sahealth.sa.gov.au) (letöltés dátuma. 2017. 08. 01.)
8. Fisher W. Restraint and seclusion: a review of the literature. American Journal of Psychiatry 1994; 151:1584–1591.
9. Weiner D, Pinel's „Memoir on Madness” of December 11, 1794: a fundamental text of modern psychiatry. 1992; American Journal of Psychiatry 149:725–732.
10. Masters KJ. Physical Restraint: A Historical Review and Current Practice Psychiatric Annals 2017; 47 (1): 52–55.
11. Mental Health Legislation and Human Rights Mental Health Policy and Service Guidance Package Nonserial Publication World Health Organization 2003 ISBN-13 9789241545952 ISBN-10 924154595X
12. Recommendation Rec(2004)10 of the Committee of Ministers to Member States concerning the Protection of the Human Rights and Dignity of Persons with Mental Disorder. Article in Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik 10 (1) January 2005 with 43 Reads DOI: 10.1515/9783110182521.527
13. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) 8th General Report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 1997 Strasbourg, 31 August 1998
14. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2004 The CPT standards „Substantive” sections of the CPT's General Reports
15. Goren S, Abraham I, Doyle N. Reducing violence in a child psychiatric hospital through planned organizational change. J Child Adolesc Psychiatr Nurse 1996; 9:27–36.
16. Irwin M. Are seclusion rooms needed? Am J Orthopsychiatry 1987; 57:125–126.

17. Swett C, Michaels A, Cole J. Effects of a state law on rates of restraint on a child and adolescent unit. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1989; 17:165–169.
18. Vishnivetsky S., Shoval G, Leibovich V., Giner L., Mitrany M., Cohen D., Barzilay A., Volovick L., Zalsman G.: Seclusion Room vs. Physical Restraint in an Adolescent Inpatient Setting: Patients' Attitudes *Isr J Psychiatry Relat Sci* - Vol. 50 – No 1 (2013)
19. Gair D. Guidelines for Children and Adolescents in the Psychiatric Uses of Seclusion and Restraint. Washington, DC: American Psychiatric Press 1984; pp 73–85.
20. Cotton N. The developmental-clinical rationale for the use of seclusion in the psychiatric treatment of children. *Am J Orthopsychiatry* 1989; 59:442–450.
21. Masters K, Devany J Are physical restraints necessary? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31:372.
22. Mohr W, Mahon M, Noone M. A restraint on restraints: the need to reconsider the use of restrictive interventions. *Arch Psychiatr Nurs* 1998; 12:95–106.
23. Knox K. and Holloman GH. Jr. Use and Avoidance of Seclusion and Restraint: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Seclusion and Restraint Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine* 2012 13 (1):35–40.

## X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE

### **1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja**

A szakmai irányelv kidolgozását kezdeményezte az Egészségügyi Szakmai Kollégium Gyermek Pszichiátriai és Addiktológia Tagozat a témaválasztási javaslat dokumentum kitöltésével és továbbításával. Ezt követően a résztvevő Tagozatok és Tanácsok, valamint társszerzők, szakértők és véleményezőik kijelölése, majd az irányelvfejlesztői csoportok kialakítása történt meg, valamint az összeférhetlenségi és egyetértési nyilatkozatok kitöltése. Az irányelvfejlesztés a vizsgálati és terápiás eljárási rendek kidolgozásának, szerkesztésének, valamint az ezeket érintő szakmai egyeztetések lefolytatásának egységes szabályairól szóló 18/2013. (III. 5.) EMMI rendeletben foglaltak alapján történt [32].

A munkafolyamatok során alkalmazott kötelező dokumentáció: Témaválasztási Javaslat, Tagozatok Nyilatkozata részvételi szintről és a delegáltakról, Irányelvfejlesztő csoport összeállítása, kapcsolattartó és helyettesének delegálása, egyéni összeférhetlenségi nyilatkozatok és azok összefoglalója, csoportos összeférhetlenségi nyilatkozat, módszertani értékelések, konzultációk: szűrő és részletes értékelés, konzultációs feljegyzés(ek), tagozatvezetői nyilatkozatok a szakmai irányelvben foglaltakkal való egyetértésről.

### **2. Irodalomkeresés, szelekció**

Az irodalmi adatok keresése során a munkacsoport tagjai a PubMed, a Google Scholar, valamint a Cochrane adatbázisokban az utóbbi 10 év (2008–2018) publikációit vizsgálták. A keresőszavak a következők voltak: pediatric, child, adolescent, psychiatry, physical chemical, restriction, seclusion.

Kizárólag angol, illetve magyar nyelvű publikációk átnézése történt meg. A jelen szakmai irányelv elkészítéséhez az I. fejezetben említett külföldi és magyar irányelveket és az összes egyéb idézett szakirodalmat használtuk fel, mert ezek kompetens szintézisével a hazai ellátási gyakorlatban jól használható, a témát teljességében lefedő irányelv készíthető.

### **3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték vagy ajánlás mátrix”), bizonyítékok szintjének meghatározási módja**

Mivel a jelen irányelvben hivatkozott mérvadó klinikai vizsgálatok és azokat áttekintő tanulmányok, illetve szakértői konszenzusok szolgáltatják az elérhető legrelevánsabb információkat, a gyermek- és serdülőkorú, irányelvünkben szereplő legtöbb terápiás ajánlás klinikai relevanciája a legerősebb, A és B (vagyis 1. és 2.) szintű evidenciákkal egyenértékű.

### **4. Ajánlások kialakításának módszere**

Az irányelvben szereplő ajánlások minősítése a bizonyítékháttér alapján történt. Jelen irányelv hatókörének megfelelő ajánlások, azok hazai ellátó környezetre (ellátott populáció jellemzői, preferenciái, egészségkultúrája és költségterhelhetősége, jogszabályi környezet) történő adaptálásával kerültek átvételre. A felhasznált irányelvekben és egyéb szakirodalmi forrásokban található információk és ajánlások egységesítése (harmonizálása) a fejlesztőcsoporton belüli konszenzusos döntések végeredménye. A szövegben az információ forrása minden esetben megjelölésre került. A meghatározó ajánlásokat a fejlesztőcsoport A vagy B kategóriákba sorolta. Általában minél magasabb szintű a bizonyíték, annál valószínűbb az erős (A szintű) ajánlás megfogalmazásának lehetősége, de a döntést az ajánlás erősségének meghatározását egyéb faktorok (pl. az ajánlás hazai alkalmazhatósága) is befolyásolták. Azon szöveghelyeken, ahol külön kiemeléssel nem szerepelnek ajánlások, az állítások fontosságát, illetve betartásuk kötelezőségét a szóhasználat fejezi ki.

### **5. Véleményezés módszere**

Az irányelv szakmai tartalmának összeállítását követően a dokumentum kiküldésre került a fejlesztőcsoport véleményezői felkérését elfogadó Szakmai Tagozatoknak. A visszaérkező javaslatok beillesztésre kerültek az irányelv szövegébe, vagy azok alapján módosításra került a dokumentum szerkezete, amennyiben az irányelvfejlesztők egyetértettek azok tartalmával. Az irányelvben foglaltak megfelelnek a véleményezőikkel kialakított konszenzusnak.

### **6. Független szakértői véleményezés módszere**

Független szakértő nem működött közre.

## **XI. MELLÉKLET**

### **1. Alkalmazást segítő dokumentumok**

#### **1.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok**

Nem készült

#### **1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok**

**1. sz. adatlap** pszichiátriai beteggel szemben alkalmazott, egyéb korlátozó intézkedés alkalmazásáról

**Beteg neve:** ..... **TAJ:** c c c c c c c c c c

**Az alkalmazott korlátozó intézkedés formája és leírása**

**Fizikai korlátozás**

c **Szabad mozgás megtagadása**, az alábbi módon:

- ✓ osztályt nem hagyhatja el
- ✓ intézetet nem hagyhatja el
- ✓ épületet nem hagyhatja el

c **Elkülönítés**    c **Testi kényszer**    c **Rögzítés**    c **Lekötés**

**Megjegyzés, kiegészítés:**

.....

**A korlátozó intézkedés alkalmazásának rövid indokolása:**

.....

.....

.....

**Az alkalmazás:**

kezdetre: c c c c – c c – c c c c : c c    befejezése: c c c c – c c – c c c c : c c

az elrendelő neve: ..... beosztása:

.....

**Ha szakképzett ápoló rendeli el:**

a jóváhagyó orvos neve: .....

a jóváhagyás időpontja: c c c c – c c – c c c c : c c

**Kémiai, biológiai korlátozás** [a beteg beleegyezése nélkül alkalmazott gyógyszer(ek)]

**A korlátozó intézkedés alkalmazásának rövid indokolása:**

.....

.....

.....

Gyógyszer neve	Adagolási mód	Dózis	Elrendelő neve	Beadást végző neve	Időpont (év, hó, nap, óra, perc)
----------------	---------------	-------	----------------	--------------------	----------------------------------

-	-	█	:
-	-	█	:
-	-	█	:

**A korlátozó intézkedés ellenőrzésével megbízott személy:**

Neve: ..... beosztása: .....

Neve: ..... beosztása: .....

Neve: ..... beosztása: .....

Neve: ..... beosztása: .....

A betegjogi képviselőhöz eljuttatva: ..... C C C C – C C – C C

.....

az elküldő aláírása

A beteg törvényes vagy meghatalmazott képviselőjének, illetve az általa megjelölt személynek a tájékoztatása megtörtént:

..... C C C C – C C – C C

.....

tájékoztatást végző aláírása

A felelős vezető (osztályvezető orvos) tájékoztatásának időpontja: ..... C C C – C C – C C

felelős vezető aláírása

**2. sz. Adatlap** pszichiátriai beteggel szemben alkalmazott 'egyéb korlátozó intézkedés' felülvizsgálatáról



Intimitás, megfelelő ruházat

Emberi méltósághoz való jog biztosítva van-e

A beteg testi épséghez való joga biztosítva van-e

Szükséges-e a korlátozó intézkedés további fenntartása,  
szükséges-e az alkalmazott módszer megváltoztatása

#### MEGFIGYELENDŐ (MÉRENDŐ) PARAMÉTEREK:

Vérnyomás

Pulzus

Légzésszám

Tudat

Magatartás – attitűd

Hangulat – érzelmek

Érzékelés (hallucinációk)

- 1 A szempont előtti négyzetben 'X'-el jelölje a szükségesnek tartott szempontot, illetve az üresen hagyott mezőkben határozzon meg újabbakat.
- 2 Csak akkor kell külön jelölni, ha a mód nem megfigyelés, vagy az értelemszerűen használandó mérőeszköz alkalmazása.
- 3 Csak akkor kell külön jelölni, ha nem 30 percenkénti ellenőrzés szükséges.

### 1.3. Táblázatok

#### 1. sz. Táblázat: Az elkülönítő szoba kialakításának paraméterei

Ajtó	<ul style="list-style-type: none"><li>– kifelé nyíló ajtó</li><li>– párnázott ajtó</li><li>– keményfa vagy acél</li><li>– erős, nagy teherbírású, esetleg acélból készüljön</li><li>– tűzriadó esetén automatikus (nyitás-zárás)</li><li>– külső felületen elhelyezett kilincs</li><li>– biztonsági üveggel ellátott</li></ul>
Ablak	<ul style="list-style-type: none"><li>– nyithatatlan, természetes fényt biztosít, külvilágra néz</li><li>– nagy nyílás (1,36 m<sup>2</sup>)</li><li>– megfigyelő ablak az ajtón (a személyzet megfigyelése biztosított legyen zárt ajtó esetén is)</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– mérete 25,5x25,5 cm</li> <li>– függöny helyett egyirányú detektív tükör (beteg szeparáltság érzete miatt)</li> </ul>
Fal	<ul style="list-style-type: none"> <li>– puha, tűzálló, tisztítható, fertőtleníthető burkolat a falon</li> <li>– élek biztonságosan, megbonthatatlanul záródnak</li> <li>– semleges egyszínűre festett (pl. világoszöld, világoskék)</li> <li>– ne legyen fehér vagy szürke, nem javasolt a minta</li> </ul>
Padló	<ul style="list-style-type: none"> <li>– könnyen tisztítható</li> <li>– megbonthatatlanul rögzített a sarkokban és az illesztéseknél is</li> <li>– puha felszínű</li> </ul>
Mennyezet	<ul style="list-style-type: none"> <li>– szilárd</li> <li>– betegek számára nem hozzáférhető</li> </ul>
Világítás	<ul style="list-style-type: none"> <li>– meleg fényű, közepesen megvilágított</li> <li>– kapcsolókat a szobán kívül kell elhelyezni és a nővérállomásról is kapcsolhatónak kell lenni</li> <li>– mennyezetre szerelt, vezeték nélküli, törhetetlen lámpatestek</li> </ul>
Fürdőszoba, higiénia, szaniterek	<ul style="list-style-type: none"> <li>– a fürdőszoba mérete minimum 5 m<sup>2</sup></li> <li>– WC és mosdó rozsdamentes acélból</li> <li>– könnyen hozzáférhető a betegek részére</li> <li>– padlón zárt középösszefolyó, fixen rögzített fedéllel</li> <li>– zuhanylefolyó maximum 2%-os lejtéssel</li> <li>– teljesen zárt csőrendszer</li> <li>– szenzoros vezérlés a csapok és a WC használatához</li> </ul>
Szellőztetés és hőmérséklet	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ápoló személyzet által távvezérelt légkondicionáló berendezéssel ellátott</li> <li>– szellőztetés, friss levegőellátás biztosítása</li> </ul>
Biztonsági intézkedések	<ul style="list-style-type: none"> <li>– a szoba a nővérpulthoz közel legyen kialakítva</li> <li>– füstérzékelőkkel ellátott</li> <li>– törhetetlen biztonsági tükör</li> <li>– a szoba legyen biztonságot nyújtó, védje a többi beteget és a személyzetet a betegtől, ne tudjon kitörni onnan</li> <li>– a kezelő (gyógyszertároló) a szoba közelében legyen</li> </ul>
Berendezés	<ul style="list-style-type: none"> <li>– minimálisan berendezett</li> <li>– a matrac sűrű habzivacsból, nem lehet veszélyes, nem</li> </ul>



tartalmazhat fémrészeket (pl. rugó)

– beépített, vagy biztonságosan több ponton rögzített védőburkolattal ellátott óra

Kommunikáció-  
és monitorrendszer

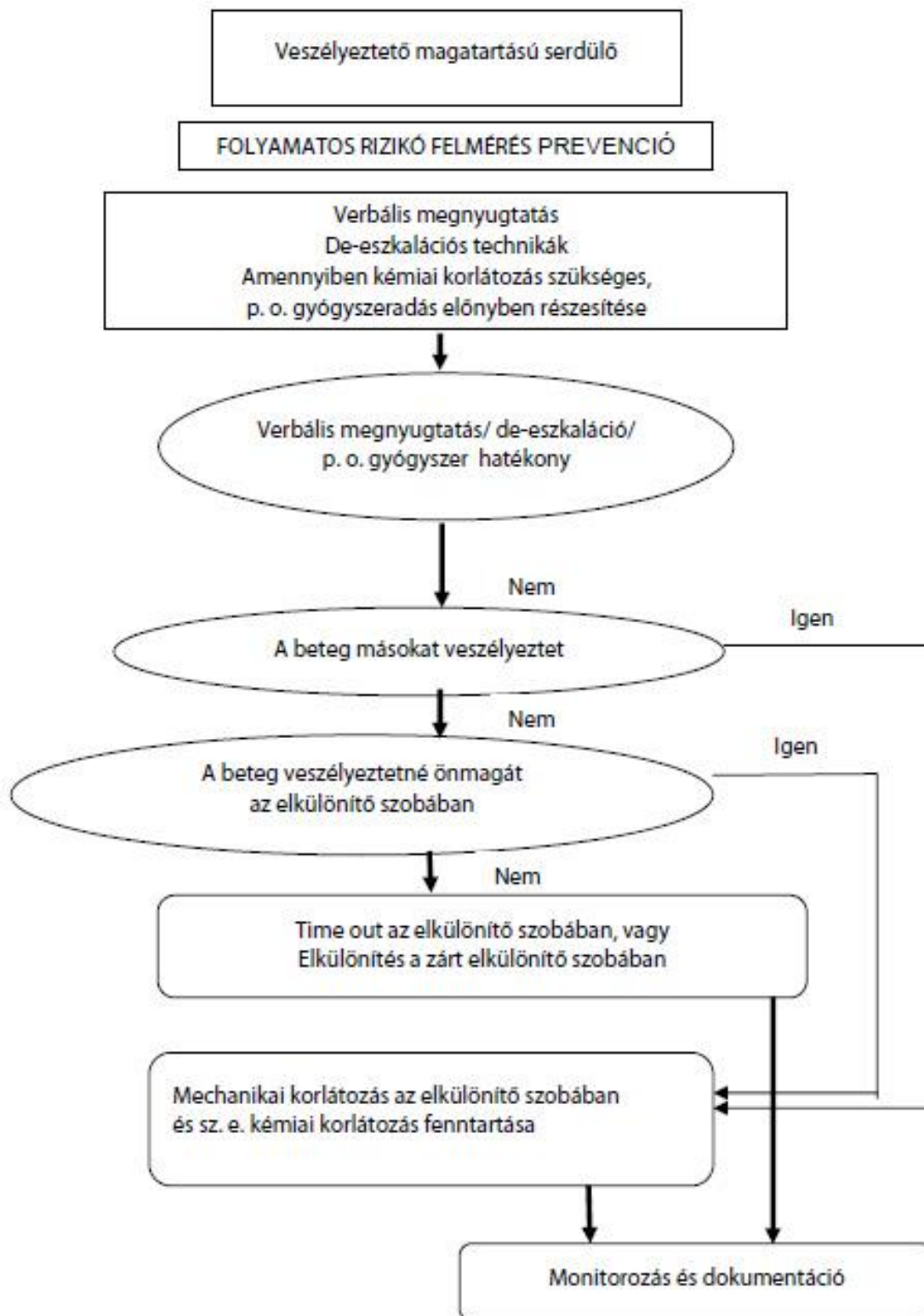
– megfigyelés biztosítása a nővérállomásról  
– hangszóró, CCTV kamera kiépítése (opció)

Szoba mérete

– 16-20 m<sup>2</sup>

#### **1.4. Algoritmusok**

1. Veszélyeztető magatartást mutató gyermek/serdülő gyermekpszichiátriai osztályon történő ellátásának folyamata [23]



2. Veszélyeztető magatartást mutató gyermek/serdülő akut ellátásának folyamata gyermekpszichiátriai osztályon kívül [23].

### 1.5. Egyéb dokumentumok

Nem készült

