

Lisa.

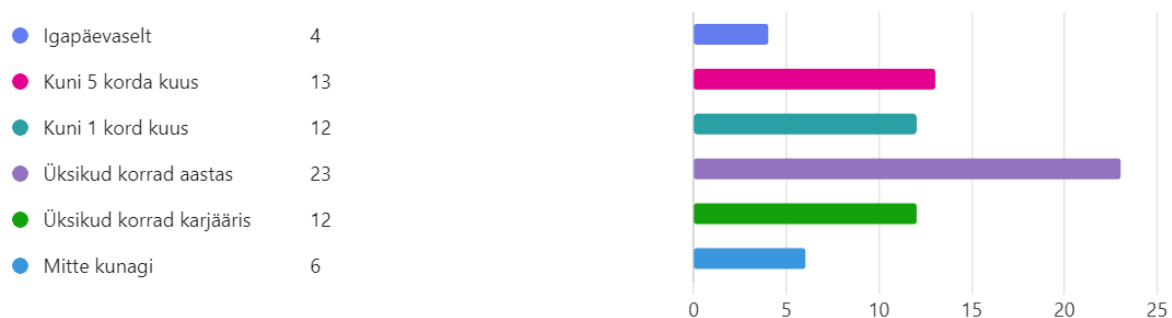
Küsimustik saadeti Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Tartu Ülikooli Kliinikumi, Tallinna Lastehaigla, Ida-Tallinna Keskhaigla, Lääne-Tallinna Keskhaigla, Ida-Viru Keskhaigla, Pärnu Haigla, Tallinna Kiirabi ja Tartu Kiirabi ravijuhtidele/ülemarstidele jagamiseks järgmistes struktuurüksustes: EMO, Kirurgiakliinik, Sisekliinik, Õendusabikliinik, Nakkuskliinik, Anestesioloogia- ja Intensiivravikliinik.

Anonüümne küsimustik oli aktiivne perioodil 18.10.24 kuni 15.11.24.

Vastas 70 töötajat, kellest 49% olid õed, 42% arstid ja 9% muu personal, töökogemus tervishoius jäi vahemikku 4 kuni 40 aastat.

KOKKUVÕTE

1. Mehhaanilise ohjeldamise vajaduse sagedus (mehaaniliste vahendite, sealhulgas ohjeldamisrihmade kasutamine eesmärgiga piirata isiku liikumist ja liigutuste ulatust)

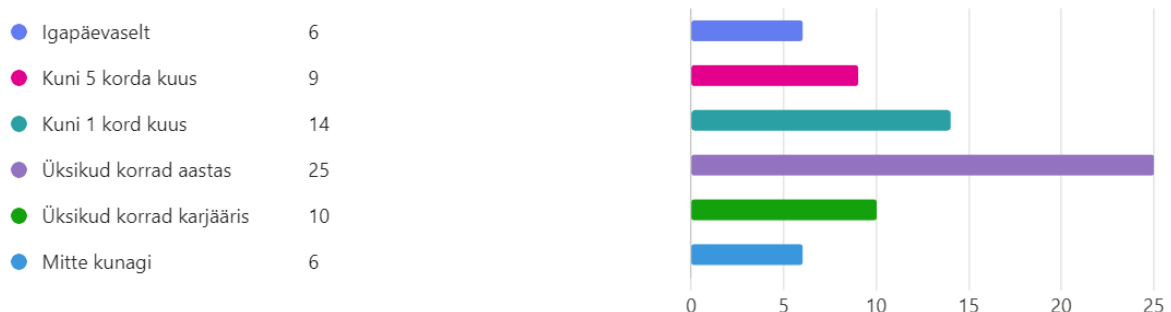


Rakendamise põhjused:

- ✓ Dehüdreeritud haige, kes korduvalt eemaldab endalt veenikanüüli(d).
- ✓ Joobes kodanik ründab nii töötajaid kui teisi patsiente.
- ✓ Vägivaldne nooruk, kes on ohtlik nii endale kui teistele.
- ✓ Raviseadmete olemasolu (kateetrid, sondid, kanüülid jne), tõmbavad välja, ei ole verbaalselt ohjatavad.
- ✓ Sagedamini osakonnas, kui ei saa pidevalt olla kõrval, et ei eemaldaks endalt näiteks kanüüle, stoomi, kateetrit jne.
- ✓ Agressiivne/agiteeritud/desorienteeritud isik, vajalik teha protseduure/uuringuid, manustada ravimeid; ettearvamatu käitumisega, võib transpordil osutada meedikule ohtlikuks.
- ✓ Juhtumid võivad olla seotud sellega, kui patsiendil esineb väga suur kukkumisrisk ning ta ei ole võimeline aru saama, et selleks, et püsti tõusta tuleb vajutada väljakutsenupule ning kutsuda abi.
- ✓ Dementsed patsiendid, kes põgenevad haiglast või muutuvad agressiivseks tööprotsessis.
- ✓ Dementsed vanainimesed, eriti kui lisandunud näiteks infektsioon.
- ✓ Erinevad olukorrad, kus õde või hooldaja ei saa muu töö tõttu patsiendi juures viibida, mistõttu on kahju ärahoidmiseks vajalik patsienti mehaaniliselt tõkestada. Näiteks narkoosist ärkav haige, ajutrauma või -insuldiga haige, deliiriumis haige. Kasutusel on nii kinnaste kasutamine, et patsient ei saaks sõrmedega mõnest sondist haarata, kui ka käte või vajadusel jalgade sidumine rihmadega voodi külge.
- ✓ Teismelised, kes on agressiivsed töötajate suhtes, tahavad lahkuda või patsiendid valimatu enesekahjustamisega.
- ✓ Haiglasse transpordi ajal, et tagada ohutu ja turvaline liikumine.

- ✓ Üldiselt lühiajaliselt kuni õnnestub patsienti ravimitega sedeerida.

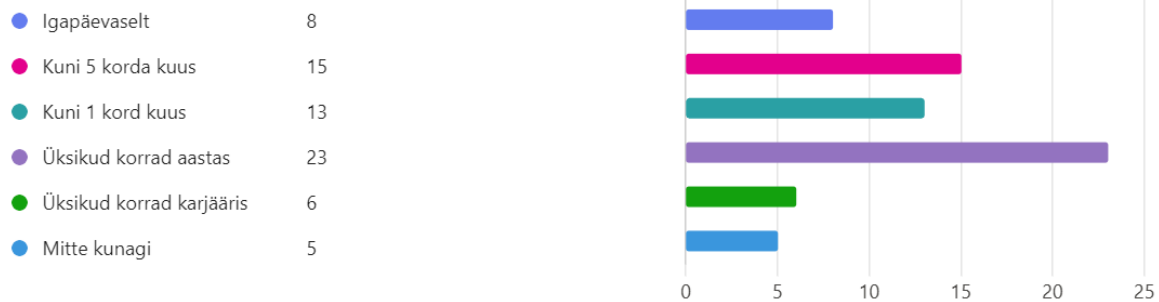
2. Füüsilise ohjeldamise vajaduse sagedus (isiku kinnihoidmine füüsilise jõu abil eesmärgiga piirata isiku liikumist ja/või liikumisulatust)



Rakendamise põhjused:

- ✓ haiguse tõttu segasusega patsient, kes ei ole nõus ühegi analüüsi võtmisega ega ühegi protseduuriga (nt haava sulgemine).
- ✓ Agressiivsus, sõnaliselt pole võimalik ohjeldada ega rahustada.
- ✓ Desorienteeritud traumahaige.
- ✓ Vaimse haigusega isik (k.a. peatrauma), teadvusehäirega isik.
- ✓ Delirium.
- ✓ Desorienteeritud, rahutu patsient, kes teeb endale haiget ja segasusseisundi tõttu ka teistele. Teinekord on tarvis manustada ravimeid, et anda patsiendile vajalikku meditsiiniabi, aga rahutuse tõttu tuleb esmalt kuidagi patsiendile saada ravim manustada; teinekord eeldab see veenikanüüli paigaldamist; seetõttu on tarvis patsienti kinni hoida. Kaasame ka politsei abi ekstreemsematel juhtudel.
- ✓ Segaduses, desorienteeritud, dementne vanur, kes üritab korduvalt lahkuda ja ei allu korraldustele.
- ✓ Krambihoo järgselt, äge psühhootiline seisund.
- ✓ Alkoholi või muude ainete üledoos.
- ✓ Ei allu suulistele korraldustele ja näiteks, et ei eemaldaks endalt jälgimisvahendeid või kanüüle. Hoiad käest kinni.
- ✓ Üksikjuhtum on olnud, kui patsient sattus psühhooosi (alkoholijärgne) ning selleks, et patsienti fikseerida mehhaaniliselt politsei ja kiirabi saabumiseni, pidi haigla personal patsienti kinni hoidma füüsiliselt (et oleks võimalik teda ohjeldada mehaaniliselt). Füüsiline ohjeldamine kestis väga lühikest aega, ca 1-2 minutit.
- ✓ Deliriumis patsient, kellel on küljes olulised meditsiinilised vahendid, mille eemaldamine on kõrge kahju riskiga. Füüsiline ohjeldamine olukorras, kus patsient üritab neid vahendeid eemaldada.
- ✓ Lastel analüüside võtmine, kui nad ise seda ei soovi ja lapsevanem ei soovi ise last kinni hoida, aga analüüsi võtmisega on nõus.
- ✓ Enne patsiendi mehhaanilist ohjeldamist, kui patsient on desorienteeritud, kuid soovib endale/teistele viga teha.
- ✓ Segaduses ja rahutu patsient, kes võib rabelemisega ennast vigastada, kes võib lõhkuda mööblit või kiirabiauto varustust, hüpoglükeemias rahutu patsient, kes vajab kiiresti glükoosi manustamist.
- ✓ (Väike)lastel erinevate protseduuride teostamine - veenivere võtmine, ninakaabe
- ✓ Patsient hakkab voodist välja ronima, kuigi ta ei ole selleks füüsiliselt võimeline ja on kõrge kukkumiskõrgusega.

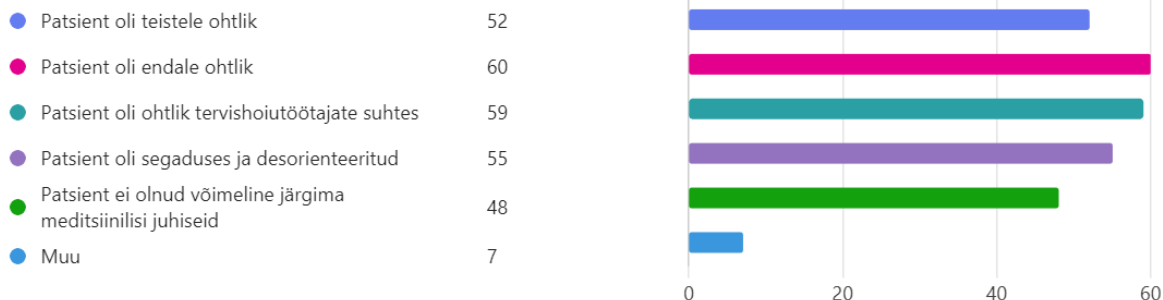
3. Medikamentoosse ohjeldamise vajaduse sagedus (isikule ravimite manustamine tema tahte vastaselt rahunussümptomite leevendamiseks)



Rakendamise põhjused:

- ✓ Haigusest tingitud segasus, mis on ohjatatav ravimitega.
- ✓ Rahutus, segasus, unehäired, motoorne liigaktiivsus.
- ✓ Desorienteeritud, raske traumahaige.
- ✓ Dementsus.
- ✓ Patsient vajab erakorralist abi- diagnostikat või protseduure, oleme olukorras, kus patsiendi aitamiseks peame manustama ravimeid, et saada anda hädavajalikku abi
- ✓ Agressiivne/agiteeritud/desorienteeritud isik, vajalik teha protseduure/uuringuid, manustada ravimeid.
- ✓ Kasutatakse nii koos, kui ka eraldi mehhaanilisest ohjeldamisest, kui patsient on endale ja/või teistele ohtlik, kui patsient püüab meeleheitlikult voodist välja tulla (samas püsti tõustes ta kohe kukub põrandale, kuna tema füüsiline võimekus ei ole endine), need on need patsiendid, kellel esinevad agressiivsuse (raevu)hood, mis on tingitud nende haigusest ning kui patsiendiga ei ole võimalik suuliselt kokku leppida ja kui patsiendi sugulased ei ole võimelised tagama enda kohalolekut 24/7, et patsienti jälgida.
- ✓ Patsient karjub ebaadekvaatselt väga pikka aega.
- ✓ Ei ole piisavalt personaali, et keegi istuks terve öö ja hoiaks patsienti, et ta ära ei kõnniks, sest ta on deliiriumis või et ta kanüüle ja muid torusid ära ei võtaks. Ja patsient läheb veel hullemaks, kui ta magada ei saa.
- ✓ Kui füüsilise ohjeldamise järgselt on patsient jätkuvalt rahutu ning ohtlik endale või enda ümbritseva suhtes. Kui füüsilist ohjeldamist on vaja rakendada pikema ajaliselt, nt sõidu ajaks haiglasse.
- ✓ Kõigi nende haigete puhul, kes vajavad füüsilist ja/või mehhaanilist ohjeldamist rakendame alati medikamentooset ohjeldamist, sest teisiti deliiriumi ei möödu. Deliiriumit peab alati ravima.
- ✓ Joove, mürgistus, psühhoos, epileptilise hoo järgne segasusseisund, deliirium, enesevigastamine.
- ✓ Lastel protseduuride eelselt.

4. Millistel põhjustel olete pidanud ohjeldusmeetmeid rakendama?

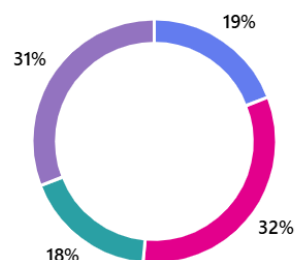


Palun kirjeldage olukordi:

- ✓ Politsei või turvamehe kaasamine füüsiliseks kinnihoidmiseks.
- ✓ Politsei kaasamine kiirabivisiiti, sest politseil võimalus kasutada käeraudu fikseerimiseks.
- ✓ Kuna ei ole saanud patsienti ohjeldada, siis on lastud patsiendil minna, kuigi ta vajaks abi. Kiirabibrigaadi ohutus on tähtsam.
- ✓ Ohjeldamisrihmade asemel kasutame sagedamini pehmeid kätest fikseerimispaelu, et haige ei eemaldaks endal veenikanüüli, hapnikusondi jne.
- ✓ Kutsume kohale omaksed.
- ✓ Füüsilise jõu all pean silmas lapse fikseerimist täiskasvanu poolt, et oleks võimalik teda läbi vaadata, verd võtta jne. Lisaks tuleb lastel osad protseduurid teha narkoosis.
- ✓ Enamasti ohjeldab väikelast lapsevanem.
- ✓ Patsient on deliiriumis (tavaliselt 3 päeva peale hospitaliseerimist, eelnenud alkoholi liigtarbimine) ja on vägivaldne personaliga ja läheb kallale ka teistele patsientidele. Ravimitega sekkumine sellisel puhul pole aidanud. Teisi patsiente on vaja oma kehaga kaitsta ja ennast samuti. Alati kutsutud välja valvepsühhiaater.
- ✓ Diagnoosiga patsiendid, kes on suitsidaalsed - ravimid ja sekkumine ise patsienti kinni hoides. Valvepsühhiaatri kutsumine.
- ✓ Eakad ja dementsed, kellel öhtu saabudes või öösel tekivad segasusseisundid. Medikamentidega rahustamine. Füüsiliselt takistamine lahkuda (ukse sulgemine/lukustamine), et ei saaks osakonnast väljuda.

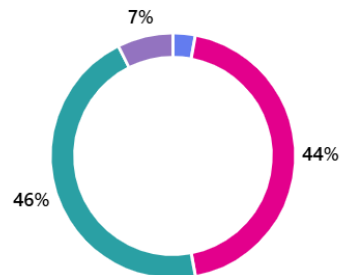
5. Kui kaua on üldjuhul vaja rakendada ohjeldusmeetmeid?

Vähem kui 30 minutit	13
30 minutit kuni 1 tund	22
1–3 tundi	12
Üle 3 tunni	21



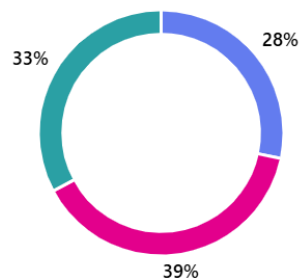
6. Kuidas hindate oma teadmisi ja väljaõpet ohutu ja õiguspäraste ohjeldusmeetmete kasutamise kohta?

• väga head	2
• Piisavad	30
• Veidi puudulikud	31
• Täiesti puudulikud	5



7. Kas Teie töökohal on piisavad vahendid ja juhised ohjeldusmeetmete turvaliseks rakendamiseks?

• Jah	19
• Osaliselt	26
• Ei	22



- ✓ Kiirabibrigaad kutsub appi politsei.
- ✓ EMO-s on olemas rihmad ja ravimid, juhend nende kasutamise korra kohta on saadaval nii arvutis kui riulis.
- ✓ Mehaaniliste ja medikamentoosete vahendite kasutamine selge, kuid puuduvad juriidilised teadmised.
- ✓ Ravimid on kättesaadavad, nende kasutamise info samuti. Muu on puudulik.
- ✓ Pigem on puudu väljaõpe ja juhendid, vahendid on olemas ja saadaval.
- ✓ Mehhaanilisi vahendeid ei ole. Ravimid on kättesaadavad. Lisaks kaastöötajate abi. Turvatöötaja on haiglas. Kiirabis, kui politseid on kuskilt võtta (järjest harvem on võimalik politseid appi saada, sest patrulle lihtsalt pole), siis kaasame ka politsei.
- ✓ Medikamentoosne, turvarihmad raamil ja autoistmetel, enda füüsiline jõud
- ✓ Selle kohta juhendid puuduvad, sest tegemist on reguleerimata teemaga. Talupoja mõtlemine tuleb nendes situatsioonides appi.
- ✓ Patsiendi ohjeldamiseks vahendeid otseselt ei ole. Vajadusel kaasame politsei.
- ✓ Vabatahtlik koolitus ohutuks ohjeldamiseks, ent sinna on kohtade arv piiratud. Kirjalikud juhised puuduvad.
- ✓ Täielikult puuduvad. Suust suhu jutt, et mis keegi kunagi teinud on ja siis vajadusel matkid kellegi kogemust.
- ✓ Vahendid on, kuid selgeid juhiseid, millal ja kuidas kasutada, kuidas selle ajal jälgida, kui tihti hindamist teha ning mil moel dokumenteerida ei ole. Ei ole täiesti selge, mida lugeda ohjeldamiseks. Nt kas voodipiirete ööseks üles tõstmine on ohjeldamine? Kas

ainult tilkinfusiooni ajaks käe fikseerimine on mehaaniline ohjeldamine? Kas ööseks raviskeemivälise unerohu andmine on medikamentoosne ohjeldamine?

- ✓ On olemas ohjeldusmeetmete kasutamise juhised, kus on kirjeldatud millal, ja kes otsustab, samas ei taga juhised selle ohjeldusmeetme täiesti turvalist kasutamist. Pigem enda poolt püüame alati veel kaasata ka patsiendi lähedasi, et selgitada kõigepealt neile tekkinud olukorda, kuna enamasti juhtudel ohjeldust vajav patsient ei ole võimeline sellest aru saama. Vaja on kindlaid kriteeriume (ajalised, meetmelised), kes, millal ja kui kauaks võib patsienti fikseerida.
- ✓ Teatud diagnooside(haiguste) puhul ei ole mõistlik suunata haiget üldõendusabi osakonda, vaid patsient vajab erihoolust, kus on vajalik personal olemas. Hetkel kasutatakse õendusabis ohjeldusmeetmeid, kuna olemasolev personal (hulk) ei suuda tagada patsiendile vajalikku järelevalvet ning seetõttu kasutatakse ohjeldusmeetmeid. Kui patsient suunata algselt õigele erihooldusteenusele, siis sealne personalihulk ja nende väljaõpe ehk tagabki patsiendile piisavalt turvalise keskkonna ning ohjeldamist ei olegi vaja rakendada.
- ✓ Vahendeid mehaaniliseks ohjeldamiseks on: rihmad, randmepaelad, labakindad. Puuduvad adekvaatsed juhendid, kui sagedalt kontrolli teha, iga 20 min tagant ei ole reaalne. Samuti käsitsi kirjutatud dokumenti iga tund täita ei ole ratsionaalne. Võiks olla kas mingi protokollilaadne asi, kuhu märkida nahakahjustused (punetus, marrastus, terviklik ja aeg), et mitte kirjutada lahti kogu teksti. Selleks pole aega.
- ✓ Kiirabis ei ole võimalik ohutult ohjeldusmeetmeid rakendada. Alustuseks puuduvad ohjeldusrihmad, lisaks kohad kuhu neid kinnitada. Lisaks on kiirabiauto väga piiratud liikumisruumiga töökoht, kus näiteks agressiivne pt võib lihtsasti nii endale kui teistele viga teha. Juhiste osas on tehtud erinevaid de-eskalatsiooni koolitusi nt Verge. Ohjeldamiseks medikamentooselt samuti vahendid puuduvad. Võimalused on sedeerimiseks, kuid trankvilisaatoreid kasutusel ei ole.
- ✓ Vahendid: kindad, rihmad koos magnetkinnitustega, ravimid.
- ✓ Juhised: asutusesisene juhised.
- ✓ Puudub korrektne dokumenteerimisvorm.
- ✓ Vahenditest pipragaas ja ravimitest Midazolam. Õiguslike juhiste osa on segane: hetkel kasutada äärmise vajaduse korral.
- ✓ Vahendid on olemas, kuid otseselt kirjalikke juhiseid ei ole, sest tegevus pole ju juriidilises mõttes õiguspärane. Patsiendi ravi seisukohast aga ilma ohjeldamismeetmete rakendamisteta ei olekski võimalik osasid haigeid ravida pannes nii nende elu ja tervise tõsisesse ohtu.
- ✓ Arvan, et peaksime veel täpsemalt teadma ohjeldamise seaduslikke tagamaid ning korrektsemalt jälgima ohjatud haigeid – võimalikult vara tuleks ohjamine lõpetada. Samuti on mul eetilisi dilemmasid dementsete patsientide osas, kelle vaimne võimekus ei pruugi paraneda (deliirium siinkohal teistsugune seisund, millest patsient paraneb ja enamasti on tänulik, et siiski abi sai) – missugune ravi on dementse patsiendi parimates huvides?
- ✓ Ebaselge on mehaanilise (nt rihmad) kasutamise kord purjus/vägivaldsetel alaealistel.
- ✓ Mehhaanilise ohjamise vahendid ja protokoll (hetkel saab vahendeid laenata teisest osakonnast).
- ✓ Ohjeldusrihmad, turvatöötaja kutsungi nupp, valvearst ordineerib medikamentoosset vahendid. Juhend: Ohjeldusmeetmete rakendamise kord.
- ✓ Juhiseid ei ole. Saame ohjeldada füüsiliselt, vajadusel turvamehe appi kutsuda.
- ✓ Medikamentooset ohjeldamist saame teha arsti korraldusel, kellel aga tihti pole vastavaid teadmisi või ta ei ole kättesaadav. Enesekaitse ja teiste kaitse füüsilise vägivallaga toimetulekul on kesine. Kinni sidumist ja sellist taktikat pole kunagi oma osakonnas kasutanud, meil pole ka selle jaoks vahendeid. Ainud füüsilist sekkumist teinud, et teisi patsiente või töötajaid kaitsta (ette seismine, eemale lükkamine, vägivallale lubadusega vastata vägivallaga. Olen nimelt kehalt suur ja see hirmutab paljusid.

8. Kes ja kuidas saab hinnata patsiendi otsustusvõimet ja selle ulatust?

- ✓ Meeskonnajuht otsustab oma pädevuse piires ja haigega vestlust/koostööd aluseks võttes.
- ✓ Raviarstid.
- ✓ Õde-brj Arst
- ✓ Brigaadijuht
- ✓ Raske küsimus. Kiirabis hindab seda eeskätt brigaadijuht koos brigaadi toetusega
- ✓ Arst
- ✓ Õde
- ✓ Erakorralise abivajaduse situatsioonis on kohustus hinnata patsiendi teadvuseseisundit ja adekvaatsust, sellekohased lahtrid on ka haigusloos ja kiirabikaardil. Samuti on võimalik sinna märkida, kas patsiendi teadvuses seisund võib olla mõjutatud alkoholist/narkoosist/muudest ainetest.
- ✓ Raviarst, valvearst. Kuid mõnikord on vajalik, et see õigus oleks ka õel.
- ✓ Raviarst koos lähedastega, kes eelnevalt teavad patsiendi võimekust.
- ✓ Arst, õde, hooldaja.
- ✓ Kui patsient rahutu, iseendale ohtlik, siis õde teavitab arsti, arst kirjalikul loal lubab fikseerimist või määrab ravimeid agressiooni vähendamiseks. Kõik õe tegevused dokumenteeritakse nii päevikus, kui ka ohjelduslehes. Kontrollitakse iga 2t tagant, kas on võimalik fikseerimine lõpetada.
- ✓ Diagnoosida õde ei tohi, aga õde märkab esimesena, et patsient ei ole enam adekvaatne.
- ✓ Raviarst päevasel ajal, muul ajal valvearst. Psühhiaatri konsultatsioon ei ole alati hästi kättesaadav.
- ✓ Arst meditsiiniliselt, aga ka lapsevanem (kuivõrd muutunud tavalisega võrreldes).
- ✓ Väga keeruline küsimus kuna seal on palju tunnetuslikku. Hetkel on selleks otsustajaks patsiendi raviarst ja kiiretest situatsioonides on raske leida võimalusi teha neid otsuseid konsillaarselt, kuna viivitus on nii patsiendile kui töötajatele ohtlik.
- ✓ Psühhiaater. Samas peavad esmase hindamise tegema ikka hooldajad ja õed, sest nemad puutuvad patsiendiga kõige tihedamalt kokku. Arsti pole võimalik alati kaasata, kui olukord on käes.

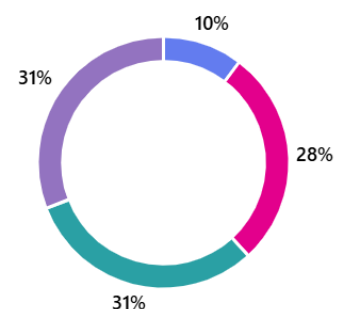
9. Palun kirjeldage, kas Teie valdkonnas on võimalik ohjeldamist nõudvaid olukordi ette näha ning selleks proaktiivselt patsiendi nõusolekut vormistada? Kui paljudel juhtudel on see võimalik?

- ✓ Erakorralises töös on planeeritavaid olukordi üldse väga vähe, antud teemal veel vähem, kui väga vähe.
- ✓ Ei ole võimalik.
- ✓ Osadel juhtudel on võimalik eelnevalt selgitada patsiendile olukordi, mis võivad tekkida.
- ✓ Pea kõikidel juhtudel on siiski läbiv, et patsient ei ole raske haigusseisundi tõttu (näiteks liittrauma haige, sageli äärmiselt rahutu) võimeline situatsioonist ja enda seisundist või asukohast ega muudest olulistest aspektidest aru saama.
- ✓ Enam-vähem on see siiski võimalik, kuna me teame, millised patsiendid meie juurde saavad ning tavaliselt räägitakse juba eelnevalt patsiendi lähedastega võimalikud olukorrad läbi.
- ✓ Üksikutel juhtudel võimalik, näiteks intensiivraviosakonnas, kus patsiendile manustatakse sedatsioon ja on ette teada, millised võivad olla tagajärjed.
- ✓ Ei ole - tavaliselt need patsiendid joobes, deliiriumis, dementsed - ei ole võimelised nõusolekut vormistama.
- ✓ Preoperatiivselt küsida, sest postoperatiivselt sageli deliiriumi esinemine

- ✓ Protseduuri eelne sedatsioon on lapse ja lapsevanemaga üldiselt läbi räägitud, kui pole väga aegkriitiline. Nt enne KT, MRT, lumbaalspunktsiooni enamasti sellest rääkida jõuame. Füüsilist ega mehhaanilist ohjamist ei tea ette ennustada.
- ✓ Kahjuks on keeruline ennustada patsiendi puhul deliiriumi tekkimist. Ainult sellisel juhul kui varasemalt on patsiendil haiglaravi käigus seda esinenud, siis oleks võimalik ennetav nõusolek küsida. Teistel juhtudel tekib deliirium ootamatult ja siis on keeruline patsiendi nõusolekut saada.
- ✓ Erakorraliste patsientide puhul ei ole nende seisund ette ennustatav ja agiteeritust põhjustavaid seisundeid võib juhtuda kõigiga meist - nt peatrauma liiklusvariist, esmakordne epileptiline hoog, infektsioon, šokk..
- ✓ Kui on teada eaka või dementse patsiendi kohta korrektne anamnees, siis ennetada rahustitega eskaleeruvaid segasus seisundeid.

10. Kes on Teie arvates isik, kellel peab olema otsustusõigus ohjeldusmeetmete koheseks rakendamiseks?

● Raviarst	7
● Valvearst	19
● Õde või muu vastutav tervishoiutöötaja kohapeal	21
● Muu	21



11. Ettepanekud, mida soovite jagada Sotsiaalministeeriumiga patsientide ohjeldamise teemal

- ✓ Lihtsalt mõtlemiseks. Ohjeldamine on hetkel justkui midagi vaid psühhiaatria ja psühhiaatriate pädevusse kuuluvat. Kui nii, siis kuidas on kaitstud meedikud/tugipersonal ja teised patsiendid väljaspool psühhiaatrilisi raviasutusi?
- ✓ Ohjeldamist vajavaid olukordi on väga sageli. Med.personali töö seetõttu väga raske ja ohtlik, sageli oleks vajalik ka turvamehe juuresolek, sest enamasti on agressioon suunatud med.personali vastu ja meedikud on suures osas naised. Siiani lahendamata ja mahavaikitud probleem.
- ✓ Kõigile kiirabi pidajatele ühised meetmed ohjamiseks. Sarnased ohjamisvahendid Koolitused nende kasutamiseks Labimängida koolitusena pt ohjamine kiirabietapil (traumahaige, kes on vaakumis), rahutu nooruk. Kuidas ja kuhu oleks soodne ohjeldusvahendeid kinnitada raamil jne.
- ✓ Vajalik välja töötada tervishoiutöötajate kaitse patsientide ees, kes on narko-ja alkoholi-joobes. Võimalusel rakendada PPA patrull.
- ✓ Oluline teema on tervishoiutöötaja ohutus ja otsustusõigus. See on vaja selgeks rääkida ja seadustada. Ei saa olla nii, et patsiendil on kogu õigus ja tervishoiutöötaja peab käituma enda ohutuse tagamiseks mitteseaduslikult.
- ✓ Erakorralises meditsiinis ja kiirabis rakendatakse meetmeid (füüsiline kinnihoidmine, ravimite manustamine) ainult juhul, kui patsient vajab elupäästvat erakorralist abi/ja või diagostilisi protseduure ja ta ei ole võimeline oma raske seisundi tõttu aru saada enda situatsioonist, käitub ennastohustavalt ja sageli paratamatult kaasneb rahutule käitumisele ka teiste isikute ohustamine. Kiirabitöötajad ja erakorralise meditsiini töötajad panevad iga päev oma elu ohtu tegeledes sageli rahutute ja agressiivsete haigetega. Soovime, et Sotsiaalministeerium kaasaks erakorralise meditsiini esindajaid

(juhte) ja kiirabi esindajaid (juhte), et luua võimalikult turvaline seadusruum, mis toetaks patsientide huve ja kaitseks meedikuid nende töös.

- ✓ Politsei kaasamine sellistel kutsetel! muidu aeg-ajalt HK logistik ütleb: "Minge vaadake ja vajadusel saadame politsei".
- ✓ Tuleks lihtsalt kirjeldada situatsioonid nn tüüpjuhtumid, kui on ohjeldamine lubatud, kui patsient ei ole verbaalsete ega märgiliste suunistega võimalik suunata. Reeglina kasutatakse meetmeid deliiriumiga või dementsete patsientide puhul või psühhoosis patsientide puhul. Muud situatsioonid on ülimalt harvad ja ei vaja ilmselt mingit suurt ja põhjalikku teaduse tegemist ja karmide reeglite kehtestamist. Kaalutusõigus peaks jääma raviarstile/ valvearstile.
- ✓ Palun tehke korralik töö selle jaoks, et kiirabi saaks arusaadavalt ja selgelt tulevikus ohjeldada haigeid. Ohjeldus on patsiendi tervise huvides. On palju meditsiinilisi olukordi kus patsient ei taju endale asetsevat ohtu kui jääb meditsiiniliselt abist ilma.
- ✓ Otsustuskohad: - kuidas ohjeldamismeetodite kasutamist kommuunikeerida patsiendiga (nõusolekut ei ole tavaliselt ennetavalt võimalik saada), kui see on võimatu, siis lähedastega. Kas peab olema nõusolek (sageli väga keeruline) või informeerimine (kas enne rakendamist või esimesel võimalusel rakendamise ajal)? Keda lugeda selles kontekstis lähedaseks, kui neid on mitu? kas kontaktisik (kuid ta ei pruugi olla sugulane? - jälgimine ja dokumenteerimine - õdede koormuse olust tõusu peaks vältima, samas ilma selleta ka ei saa. - hindamise (kas jätkata või lõpetada) sagedus võiks olla paindlik - ägeda psühhoosi korral sagedamini, kuid juba dementse patsiendi puhul ei ole otstarbekas hindamist väga sageli teha.
- ✓ Vajalik on üheselt mõistetav protokoll või mõõdik HEDA-s, esteris vmt süsteemis, kus hinnata patsiendi seisundit mehaanilise ohjeldamise korral. Et seda oleks mugav ja kiire täita.
- ✓ Patsiendi seisundi jälgimine ohjeldamise ajal peaks olema statsionaarsetes osakondades mõistlik, et see oleks tõesti rakendatav vaatamata töötempole ja muudele manipulatsioonidele, mis teistega patsientidega ette võetakse. Samuti peaks arvestama sellega, et on olukordi, kus vaja ohjeldada mitu patsienti korraga, ka siis õdede ressurss on piiratud. Nahaseisundi jälgimise ja üldise seisundi jälgimise kohustust võiks jagada hooldajatega, kes on tihtipeale patsiendile kiiremini kättesaadav.
- ✓ Väljaspool statsionaarset psühhiaatriat oleks tõenäoliselt vajalik ohjeldamine ära reguleerida. Ilmselt käib sellega kaasas järelvalve, mis muidugi ei pruugi kõigile kohehelt meeldida. Psühhiaatrias on järelvalve ja logimine väga rangelt reguleeritud, kuid võib-olla võiks seda kuidagi lõdvendada väljaspool statsionaarset ravi, kui on tegu erakorralise olukorraga ja näiteks afektiseisundis enesele ja teistele ohtliku inimesega, kuid õiguskantsler ei ole kindlasti sellise isikuvabaduse piiramisega nõus.
- ✓ Kui haigusloos on tehtud teatud sellised otsused (vajadusel füüsiline fikseerimine lubatud/DNR või DNI otsused/nakkusohtlikkus), siis seda peaks kohehelt nägema ka kiirabi. Praeguse süsteemi puhul tuleks läbi lugeda kümneid epikriise enne, kui võibolla õnnestub vastav lause üles leida - kriitilises situatsioonis pole selleks aega.
- ✓ Pt ohjeldamist kasutatakse väga kaalutletud põhjustel ja olukordades. Sellised olukorrad on vajalikud pt turvalisuse tagamiseks kui ka talle abi anda soovivate tervishoiutöötajate ohutuse tagamiseks. Ohjeldamine lõpetatakse või leevendatakse alati esimesel võimalusel, kui pt ja olukord on stabiliseerunud.
- ✓ Ohjeldusmeetmete dokumenteerimine kord on liialt kohmakas ja bürokratlik. Aktiivravi osakonnas ei teki olukordi, kus ohjeldusmeetmeid kuritarvitatakse.
- ✓ See on väga oluline ja valulik teema, tänan seda uurimast ja loodan, et saate siit ankeedist piisavalt praktilist väljundit, et ei tuleks selliseid ettekirjutisi, mida pole võimalik täita. Praktiline haiglaelu on kohati keeruline, aga ma julgen öelda, et oleme seni (vähemalt oma osakonnas) teinud kõik mis võimalik, et antud süsteemiga hakkama saada. Sellest olenemata olen ma igati nõus, et asju saab alati parandada.
- ✓ Me ei ohjelda patsienti kunagi enda mugavuseks. Patsient ohjeldatakse, kuna realistlikult ei saa patsiendi juures istuda 24/7 keegi personalist, kes talle iga sekund

selgitab. Lisaks kui patsiendi ebaadekvaatsus on diagnoosist tingitud, siis ei ole sellisest selgitustööst ka kasu.

- ✓ Kiidan initsiatiivi, õigusselgus on alati hea.
- ✓ Kindlasti võiks olla kindlad juhised, kuid mitte samaväära bürokraatiat kui psühhiaatriliste patsientidega (nt valvetöös lihtsalt ei ole aega niipalju dokumenteerida ja kõiki pabereid täita).
- ✓ Patsiendid peavad ka vastutama oma tegude eest. Ei tohi lubada, et nad kahjustavad oma tegudega teisi patsiente või tervishoiu töötajaid. Tervishoiu töötajad ei pea taluma emotsionaalset ega ka füüsilist vägivalda. Arvestage, et kui bürokraatia ei võimalda jääda inimeseks ning lubab oma piirangutega vägivalda, siis sellest pole kasu. Kui mul on ohtlik olukord siin ja praegu, siis mul pole mingit paberil või elektroonilist vormi täita. Ja kui on oht minu elule, siis ma kaitsen ennast nii kuidas saan.