

Traduzione a cura di: Infermiera SABRINA FONTANA,
Centri studi EBN -Direzioe ServizioInfermieristico e Tecnico,
Azienda Ospedaliera diBologna – PoliclinicoS.Orsola-
Malpighi, Via Massarenti, 9 - 40138Bologna, Italia
ebn@orsola-malpighi.med.unibo.it

Best Practice

Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals

Contenzione fisica – Parte 2: riduzione nei contesti assistenziali per acuti e residenziali

Introduzione

Vi è una crescente preoccupazione rispetto all'uso della contenzione fisica negli istituti di cura e molti servizi hanno cercato le modalità con cui ridurre l'uso. Le indicazioni presenti in letteratura sono contraddittorie e sono stati proposti molti diversi approcci alla minimizzazione della contenzione. Il Joanna Briggs Institute ha condotto una revisione sistematica focalizzata su questo problema, individuando un certo numero di problemi, che comprendono:

Programmi per la minimizzazione della contenzione

I programmi di riduzione della contenzione diminuiscono in modo sicuro l'uso dei presidi contenitivi?

Componenti dei programmi per la riduzione della contenzione

Quali sono le componenti dei programmi della riduzione della contenzione riportate in letteratura?

Alternative alla contenzione

Quali interventi sono stati utilizzati in alternativa alla contenzione fisica o per ridurre il bisogno di contenzione?

Questo foglio informativo riguarda i seguenti concetti:

- Assistenza senza contenzione
- Programmi di riduzione della contenzione
- Formazione sulla contenzione
- Alternative alla contenzione
- Gestione di popolazioni specifiche
- Attività di supporto multiple

Livelli di Evidenza

Tutti gli studi sono stati categorizzati secondo la forza dell'evidenza basata sul seguente sistema di classificazione rivisitato.

Livello I Evidenza ottenuta da una ricerca sistematica di tutti i trials randomizzati controllati rilevanti.

Livello II Evidenza ottenuta da almeno uno studio randomizzato e controllato ben disegnato.

Livello III.1 Evidenza ottenuta da trials pseudo-randomizzato controllato (collocazione alternata o altri metodi).

Livello III.2 Evidenza ottenuta da studi comparativi con controlli simultanei e assegnazione non randomizzata (studi di coorte), studi caso-controllo o serie di casi con un gruppo controllo.

Livello III.3 Evidenza ottenuta da studi comparati con controllo storico, due o più bracci singoli di studi, o una serie di casi senza gruppo di controllo parallelo.

Livello IV Evidenza ottenuta da serie di casi sia post-test o pre-test e post-test.

Assistenza senza contenzione

Vi è un crescente dibattito nella letteratura professionale rispetto all'assistenza senza contenzione. L'assistenza senza contenzione differisce dalla riduzione della contenzione nel fatto che i dispositivi contenitivi non vengono utilizzati per nessun motivo ed il servizio non ne dispone. Mentre vi sono alcuni esempi di assistenza senza contenzione all'interno di contesti residenziali riportati in letteratura, vi sono scarse informazioni rispetto ai reparti per acuti.

Come risultato di ciò, il termine "minimizzazione della contenzione" viene utilizzato in questa pubblicazione, non per offrire supporto all'uso dei presidi di contenzione fisica, ma piuttosto per permettere di riassumere in modo logico e coerente le evidenze. L'impatto dell'assistenza senza contenzione sugli esiti dei pazienti e degli ospiti delle strutture residenziali (e sui costi dell'erogazione dell'assistenza) è un'area che necessita di ulteriori ed urgenti indagini.

Programmi di minimizzazione della contenzione

Assistenza in reparti per acuti

Vi sono poche ricerche che valutano programmi di minimizzazione della contenzione in questo contesto. Non sono stati individuati né RCT né studi controllati durante la revisione della letteratura, e solo 3 studi, prima e dopo, hanno indagato l'impatto dei programmi di minimizzazione della contenzione all'interno di reparti per acuti. In base a questi tre studi, sembra che l'uso della contenzione possa essere ridotto, anche se il livello di riduzione non può essere ampio come quello operato nelle strutture residenziali.

Assistenza residenziale

Un RCT ha valutato l'impatto di un programma formativo sulla contenzione per lo staff combinato al consulto di una infermiera specialista, confrontandolo sia con l'intervento formativo da solo, o a nessun intervento. La formazione supportata dalle consulenze ha determinato una riduzione del 56% nell'uso della contenzione in un periodo di 12 mesi, mentre la formazione da sola ha prodotto una riduzione del 23%. Questa diminuzione non è stata accompagnata dall'incremento del numero dello staff, dall'uso degli psicofarmaci o da gravi lesioni da caduta.

Un ampio numero di studi supporta questi risultati, ossia che la contenzione fisica può essere ridotta con sicurezza in questi ambiti. Inoltre, i risultati di un piccolo numero di studi suggeriscono che mentre possono aumentare le lesioni minori a seguito della riduzione della contenzione, le lesioni serie possono diminuire. Ma questa è un'area che richiede ulteriori

Componenti di un programma di riduzione della contenzione

Nel valutare la struttura e gli approcci alla minimizzazione della contenzione riportata nella letteratura, emergono due temi comuni. Innanzi tutto, tutti i programmi includono la formazione per aiutare i cambiamenti nella cultura organizzativa e fornire strategie vincenti per la riduzione della contenzione. Secondariamente, sono state comunemente usate attività multiple per facilitare la riduzione dell'uso della contenzione.

Formazione sulla contenzione

La formazione è una caratteristica importante della maggior parte dei programmi. Dato che molti report descrivono la formazione sulla contenzione, di seguito sono riassunti i problemi specifici correlati a questi corsi.

Struttura della formazione

È stata utilizzata una gamma di differenti approcci per la formazione durante i programmi per la riduzione della contenzione, compresa la formazione compiuta in orario di servizio, pacchetti formativi, corsi obbligatori o facoltativi, workshop, seminari, formazione compiuta con l'ausilio di video o computer. Un programma ha utilizzato la capacità educativa sulla contenzione fisica per valutare le conoscenze e le abilità dei nuovi assunti. Vi è grande variabilità nella durata dei corsi. Alcuni programmi durano solo due ore, altri otto ore, o due giorni o dieci sessioni condotte in 4 mesi. Mentre la maggior parte della formazione è stata realizzata all'interno delle organizzazioni, alcuni programmi educativi sono stati realizzati coinvolgendo due o più servizi.

Contenuti delle sessioni formative

Mentre vi è variabilità nei contenuti delle sessioni di formazione tra diversi programmi di riduzione della contenzione, sono stati trattati molti temi comuni tra cui:

- l'impatto della contenzione fisica
- i diritti e l'autonomia degli ospiti delle strutture residenziali
- i miti e pregiudizi sull'uso della contenzione

- aspetti etici del contenere le persone
- aspetti legali dell'uso della contenzione e minimizzazione della contenzione
- pericoli ed esiti avversi quali risultato della contenzione fisica
- problemi comportamentali specifici (ragioni o gestione), comprendendovi l'agitazione, il vagare, il rischio di cadere e problemi di postura
- alternative alla contenzione.

Alternative alla contenzione

C'è una scarsa valutazione delle alternative alla contenzione e la descrizione delle alternative identificate in letteratura è stata spesso inadeguata. Per questo il focus della revisione sistematica è divenuto quello di sviluppare una lista di possibili interventi alternativi. Tuttavia, è necessario essere cauti nell'utilizzarli, dato che questi suggerimenti sono stati oggetto di scarse valutazioni. Essi sono inclusi in questo foglio informativo per fornire una lista di opzioni potenziali per i clinici.

Si considera alternativo alla contenzione qualsiasi intervento utilizzato al posto di un dispositivo di contenzione, o che riduce il bisogno di contenzione fisica. La Tabella 1 elenca le potenziali alternative.

Popolazioni specifiche

Sono stati individuati molti suggerimenti rispetto alla gestione delle popolazioni specifiche e sono stati riassunti nella tabella 2. Si ricorda che questi interventi non sono stati oggetto di molte valutazioni e quindi si propongono solo come una lista di suggerimenti.

Tabella 1: Alternative alla contenzione

Cambiamenti Ambientali

- Migliorare l'illuminazione
- Luci che si accendono con facilità
- Strisce antidrucciolevoli sul pavimento e pavimenti antidrucciolevoli
- Percorsi liberi da mobili
- Facile accesso ad aeree esterne sicure
- Porte d'uscita chiuse a chiave
- Barriere di tessuto fissate alle porte con velcro
- Zone di attività alla fine di ogni corridoio
- Modificare design strutturale delle unità per migliorare la visibilità dei residenti

Sicurezza nel letto

- Materasso concavo
- Segnalatore dei confini del letto per segnalarne i bordi, come coperte arrotolate sotto le lenzuola
- Il materasso ad acqua per ridurre il movimento ai bordi del letto
- Posizionare i cuscini per evitare movimenti ai bordi del letto
- L'uso di cuscini lungo il corpo per mantenere la postura
- Morbidi tappeti da pavimento o materassi vicino al letto per attutire ogni caduta
- La persona a rischio deve dormire su un materasso posto sul pavimento
- Altezza del letto individualizzata
- Aggiustare l'altezza del letto in rapporto alla lunghezza delle gambe
- No alle sponde, o alle mezze sponde con letti bassi
- Rimozione delle ruote
- Sedia o tavolo accanto al letto per aiutare con i passaggi
- Strisce antidrucciolevoli sul pavimento vicino al letto
- Trapezio per aumentare mobilità nel letto
- Richiami visivi per incoraggiare il paziente o il residente a usare di campanello di chiamata

Supporti per la postura e la posizione seduta

- Sedie con seduta profonda
- Sedia a dondolo o reclinabile
- Grandi cuscini sul pavimento
- Alti schienali
- Rimozione delle ruote
- Cuscini sulla sedia

- Cuscini per la sedia per ridurre il rischio di scivolare per le persone che hanno movimenti continui a "scatti" per fermare il loro movimento fuori dalla sedia
- Personalizzare la seduta (incastrare i cuscini, riposizionamento dei cuscini o con un buco al centro)
- Cuscini sui braccioli della sedia a rotella per prevenire lo scivolamento laterale della persona

Attività e programmi

- Sviluppare programmi riabilitativi ed esercizi che comportano l'insegnamento di tecniche sicure ai Residenti per gli spostamenti
- Sviluppo di un programma di deambulazione
- Terapie fisiche, occupazionali e di ricreative
- Esercizi incorporati nel programma quotidiano di assistenza
- Attività notturne per coloro che vagano di notte
- Attività individuali o di gruppo
- Attività ricreative e sociali
- Uno sfogo appropriato per i comportamenti ansiosi o assidui
- Strutturare la routine giornaliera
- Il vagare dovrebbe essere consentito

Eliminazione e continenza

- Frequente assistenza durante l'eliminazione
- Cicli d'eliminazione individuale
- Piano per l'eliminazione
- Pulire prontamente quando la persona si è sporcata
- Valutazione dell'incontinenza
- Identificazione del bagno con disegni
- Comode accanto al letto

Modifiche nell'assistenza infermieristica

- Aumentare la supervisione e l'osservazione
- Valutare e controllare le condizioni che possono alterare il comportamento
- Aumentare il numero del personale
- Individuare la routine quotidiana, come l'eliminazione e il riposo diurno
- Strutturare la routine quotidiana
- Il personale deve conoscere i bisogni individuali della persona
- Il personale di supporto deve imparare ad anticipare ed essere presente durante i passaggi posturali

- Poter suonare il campanello senza allungarsi
- I pazienti a rischio devono essere collocati vicino alla guardiola
- Modificare alcuni trattamenti fastidiosi, come iniziare l'alimentazione orale invece della terapia infusione o nasogastrica e la rimozione dei cateteri e dei drenaggi appena è possibile
- Assistenza individualizzata
- Facilitare il riposo diurno
- La persona deve stare a letto solo il tempo per dormire

Alternative psicosociali

- Compagnia
- Ascolto attivo
- Aumentare le visite
- Incoraggiare l'interazione tra residente e il personale
- Fornire compagnia usando la famiglia, gli amici o i volontari
- Personale conosciuto
- Aumentare l'interazione sociale
- Tocco terapeutico
- Massaggio
- Tecniche di rilassamento
- Modificazione del comportamento
- Orientamento alla realtà
- Quietè nella stanza
- Stimolazione del sensorio
- Diminuire la stimolazione sensoriale
- Ridurre il rumore ambientale

Modificazioni fisiologiche

- Trattamento delle infezioni
- Ridurre il dolore / pianificare la somministrazione degli analgesici
- Pianificare la analgesia per aiutare a sconfiggere l'insonnia
- Verifica dei farmaci
- Rimuovere tutte le cause fisiologiche di deterioramento cognitivo

Allarmi

- Allarmi al letto, alla sedia o al polso per le persone con deterioramento cognitivo
- Allarmi per controllare le persone che vagano
- Allarmi alle porte d'uscita
- Sistema elettronico a sensori

Tabella 2: Gestione della popolazione specifica

Persone con deterioramento cognitivo

- Tabelloni affissi al muro per indicare il giorno della settimana e il nome dello staff
- Orientamento continuo all'ambiente
- Far fornire oggetti conosciuti da parte dei familiari
- Orientamento alla realtà
- Coinvolgere i pazienti nelle conversazioni
- Una scatola che contiene in modo disordinato cose come biancheria da piegare, animali di peluche, borsellini e portafogli
- Piccoli oggetti da tenere in mano
- Modificare la disposizione delle sedie degli ospiti nel corso della giornata
- Televisione o radio
- Ascoltare la musica
- Allarmi al letto alla sedia o ai polsi
- Rimuovere o trattare le cause di delirio
- Identificare il bagno con un disegno
- Collocare i pazienti confusi vicino alla guardiola

Persone a rischio di cadere

- Fasce colorate al braccio per identificare le persone a rischio di cadere
- Identificare le precauzioni ed i fattori di rischio di caduta per ogni persona
- Programma di prevenzione delle cadute

Persone che vagano

- Fare fotografie e tenerle in guardiola per aiutare il loro ritrovamento
- Identificare coloro che si mobilitano e che sono confusi alla ammissione
- Utilizzare un soprabito uguale per tutti coloro che vagano in modo da facilitarne il riconoscimento da parte dello staff
- Implementare un "codice giallo" che richiede a tutto lo staff di cercare nella propria area il paziente mancante
- Barriere visive per le porte

- Barriere di tessuto attraverso le porte, attaccate con il velcro;
- Porte o reparti chiusi
- Dispositivi di allarme e allarmi alle porte
- Cortili coperti e giardini e facili accessi ad aree esterne sicure
- Corridoi circolari, area delle attività alla fine di ogni corridoio
- Fornire attività, passeggiate e ricreazioni
- Attività notturne per coloro che vagano alla notte

Persone che manipolano dispositivi medici

- Terapia IM anziché EV
- Raccoglitore addominale imbottito posto sopra il tubo della gastrostomia
- Guanti o calzini sulle mani anziché la contenzione ai polsi
- Palle morbide di spugna da far tenere in mano alla persona da coprire con calzini per proteggere i presidi medici

Persone violente o agitate

- Sedie a dondolo o reclinabili
- Musica rilassante
- Offrire diversivi come la televisione o la radio

Persone con deficit motori

- Terapia fisica e occupazionale
- Programmi di esercizi di riabilitazione
- Insegnare tecniche di trasferimento sicure
- Sviluppare un programma di deambulazione
- Creare percorsi liberi da mobilio
- Non utilizzare prodotti che rendano scivoloso il pavimento
- Imbottiture al corpo
- Ausili per la mobilitazione
- Utilizzare maniglie e corrimano
- Utilizzare scarpe e pantofole adatte
- Incoraggiare un uso appropriato di ausili.

Attività multiple di supporto

Per supportare l'attività formativa, la maggior parte dei programmi comprende molte altre attività. Anche se queste attività sono state riepilogate, occorre prestare cautela nell'interpretare ed utilizzare queste informazioni poiché le singole attività non sono state oggetto di valutazioni rigorose. Inoltre, vi sono poche informazioni rispetto alla struttura ottimale, il tempo e la durata o la combinazione delle attività.

1. Approcci organizzativi

La maggior parte dei programmi per la minimizzazione della contenzione identificati in letteratura coinvolge l'intera organizzazione, piuttosto che il singolo reparto o unità. Questo approccio organizzativo solitamente coinvolge la formazione di una commissione multidisciplinare per la contenzione e ciò spesso comporta una modifica della politica organizzativa.

2. Minimizzazione Versus Abolizione

Lo scopo di molti programmi sembra essere la riduzione della contenzione fisica piuttosto che la abolizione del suo uso. Un programma descrive la loro politica come "minima contenzione", mentre un altro ha lo scopo di avere al massimo il 5% di residenti sottoposti a contenzione. Un programma per la minimizzazione della contenzione utilizza un protocollo che specifica le condizioni sotto le quali la contenzione può essere utilizzata come ultima risorsa. Queste condizioni includono casi come il rischio di suicidio, la violenza o la protezione di un trattamento salvavita.

3. Modifiche alla prescrizione della contenzione

Molti programmi modificano le modalità con cui la contenzione è prescritta. Per esempio, un reparto per acuti ha sviluppato un modulo di prescrizione medica per la contenzione che ne limita la durata a 24 ore e sono stati proibiti gli interventi di contenzione "al bisogno". Un reparto residenziale ha sviluppato un modulo di riepilogo per la

contenzione che deve essere compilato dal medico che richiede il consenso ed il rationale per l'utilizzo della contenzione. Oltre al modulo del medico, è stato sviluppato anche un modulo riepilogativo infermieristico indicante il rationale per la contenzione, gli incidenti recenti e le alternative intraprese.

4. Processo Graduale

La maggior parte dei programmi sembra essere condotto in un periodo di tempo esteso, e non ci sono report che descrivono processi rapidi di minimizzazione della contenzione. Essi sono solitamente rivolti a ridurre l'uso della semplice contenzione come primo obiettivo. Per esempio, eliminare l'uso di presidi contenitivi con le persone con buona mobilità anche se soggetti al vagare. I casi difficili sono stati gestiti individualmente, spesso consultando diverse discipline sanitarie.

5. Sviluppo di un piano

Prima di tentare di ridurre la contenzione la maggior parte delle organizzazioni ha sviluppato un piano. Questo piano prende la forma di protocollo per specifiche situazioni, dove i presidi contenitivi possono essere utilizzati o linee guida, per il loro uso. Un report descrive lo sviluppo di un protocollo di gestione interdisciplinare che articola le aspettative e documenta gli outcome desiderati.

6. Esperti della contenzione

Pochi programmi utilizzano esperti della contenzione. Questi esperti compiono un addestramento avanzato per permettere loro di poter fornire supporto e consigli durante il processo di minimizzazione. In aggiunta agli esperti della contenzione, molti programmi riportano l'uso di specialisti clinici che lavorano con lo staff per aiutare la pianificazione e la rimozione della contenzione fisica. Questa consulenza si realizza per mezzo di visite periodiche del consulente. Per esempio una infermiera geriatrica specialista valuta ogni ospite sottoposto a contenzione e lavora con lo staff



THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

Raccomandazioni

Rispetto all'uso dei dispositivi di contenzione fisica, in base ai risultati di un singolo RCT:

- La formazione sulla contenzione con consulto clinico, o la formazione sulla contenzione da sola può ridurre con sicurezza l'uso di contenzione fisica nei reparti residenziali (livello II).

7. Valutazione dei pazienti e dei residenti

Una caratteristica comune dei programmi di minimizzazione della contenzione è la presenza di alcune schede di valutazione per determinare se la contenzione fisica può essere rimossa o per aiutare nello sviluppo di un piano di cura individualizzato. Per esempio, un programma ha sviluppato uno strumento di valutazione che elenca anche i possibili interventi alternativi alla contenzione in base alla valutazione, mentre un altro ha utilizzato uno strumento di valutazione per le sponde, che aiuta nella valutazione della mobilità della persona nel letto, della sua capacità di effettuare i passaggi da e per il letto, dell'equilibrio da in

piedi e da seduta e della marcia. Altri approcci includono le riunioni sui casi e la valutazione da parte di una infermiera geriatrica specialista.

8. Partecipazione della famiglia

Le famiglie sono coinvolte in molti programmi per la riduzione della contenzione. Questo coinvolgimento va dalla semplice informazione a programmi di educazione per le famiglie degli ospiti sottoposti a contenzione.

9. Protocolli per categorie di pazienti

Molti programmi includono lo sviluppo di strategie per specifiche situazioni cliniche. In un programma sono state sviluppate delle strategie per la gestione di quattro gruppi di pazienti, coloro che vagano, le

persone con mobilitazione non sicura, le persone che manipolano i presidi medici e le persone fisicamente aggressive.

Un altro ha sviluppato un protocollo di gestione delle cadute ed un protocollo per coloro che vagano. Questo approccio è una caratteristica comune della formazione sulla contenzione.

10. Imparare dagli altri

In alcuni programmi sono comunicate le informazioni sulla riduzione della contenzione che hanno avuto esiti favorevoli e l'esperienza e gli approcci utilizzati per raggiungere questi successi. Altri organizzano visite dello staff ad aree senza contenzione o utilizzano un bollettino informativo per comunicare le strategie di successo. Durante un altro programma qualsiasi progresso notevole, come la ripresa della deambulazione dopo la rimozione della contenzione, è condiviso con gli altri.

References

1. Evans D, Wood J, Lambert L, FitzGerald M., 2002, Physical Restraint in Acute and Residential Care, A Systematic Review No. 22 The Joanna Briggs Institute, Adelaide, South Australia.
2. NHMRC, 1999, A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines, Canberra, NHMRC.

- The Joanna Briggs Institute
Margaret Graham Building,
Royal Adelaide Hospital, North Terrace,
South Australia, 5000
<http://www.joannabriggs.edu.au>
ph: (+61 8) 8303 4880 fax: (+61 8) 8303 4881
- Published by Blackwell Publishing Asia

The series Best Practice is disseminated collaboratively by:



"The procedures described in Best Practice must only be used by people who have appropriate expertise in the field to which the procedure relates. The applicability of any information must be established before relying on it. While care has been taken to ensure that this edition of Best Practice summarises available research and expert consensus, any loss, damage, cost, expense or liability suffered or incurred as a result of reliance on these procedures (whether arising in contract, negligence or otherwise) is, to the extent permitted by law, excluded".

This sheet should be cited as:
JBI, 2002 Physical Restraint - Pt 2: Minimisation in Acute and Residential Care Facilities, Best Practice Vol 6 Iss 4, Blackwell Publishing Asia, Australia.

Acknowledgments

This information sheet was developed by Dr David Evans, Ms Jackie Wood and Ms Leonie Lambert under the guidance of a panel of experts. It has been subject to peer review by experts nominated by The Joanna Briggs Institute collaborating centres throughout Australia, New Zealand and Hong Kong.

The Joanna Briggs Institute would like to acknowledge and thank the review panel members:

- Professor Michael Clinton
- Professor Rhonda Nay
- Professor Leon Flicker
- Professor Andrew Retsas
- Ms Sue Koch