



Gruppo di Ricerca Geriatrica
Journal Club
13 marzo 2009

La contenzione fisica in geriatria: dalla denuncia alla proposta

Ermellina Zanetti

Ridurre la contenzione fisica è possibile?

1. I programmi implementati per ridurre la contenzione fisica riducono l'utilizzo dei mezzi di contenzione?
2. Quali sono gli aspetti da considerare nei programmi di riduzione della contenzione?
3. Quali sono gli interventi utili per ridurre la contenzione e la necessità di contenere?



Ridurre la contenzione fisica è possibile?

1. I programmi implementati per ridurre la contenzione fisica riducono l'utilizzo dei mezzi di contenzione?

I programmi implementati per ridurre la contenzione fisica riducono l'utilizzo dei mezzi di contenzione?

Tipo di studio	Pre e post Study	
Durata dello studio	➤7 anni	
Popolazione	➤Pazienti ricoverati in geriatria	
Interventi adottati	<ul style="list-style-type: none"> ■ Formazione ■ Definite alternative ■ Modifiche organizzative e implementazione Linee Guida 	
Utilizzo della contenzione	Da 52 contenimenti/1000 pazienti/die A 0,3 contenimenti/1000 pazienti/die	
cadute	Nessun cambiamento	
lesioni	Non indagato	Powell et al 1989

I programmi implementati per ridurre la contenzione fisica riducono l'utilizzo dei mezzi di contenzione?

Tipo di studio	Pre e post study
Durata dello studio	12 mesi
Popolazione	Pazienti >65 anni in due dipartimenti di emergenza
Interventi adottati	<ul style="list-style-type: none">■ Programma formativo■ studio di casi clinici
Utilizzo della contenzione	A 6 mesi: da 32% a 18% A 12 mesi: 15%
cadute	Nessun cambiamento
lesioni	Non indagato

Lever et al 1995

I programmi implementati per ridurre la contenzione fisica riducono l'utilizzo dei mezzi di contenzione?

Tipo di studio	Pre e post study
Durata dello studio	12 mesi
Popolazione	1968 pazienti di una Unità di Riabilitazione
Interventi adottati	<ul style="list-style-type: none">■ Modifiche organizzative volte a ridurre l'utilizzo delle spondine■ Formazione
Utilizzo delle sponde al letto	Dal 30% all'11%
cadute	Nessun cambiamento
lesioni	Riduzione delle lesioni gravi Invariate le lesioni lievi

Hanger at al 1999

I programmi implementati per ridurre la contenzione fisica riducono l'utilizzo dei mezzi di contenzione?

Tipo di studio	RCT
Setting Popolazione	Nursing homes 643 residenti randomizzati in tre gruppi
Interventi adottati	<ul style="list-style-type: none">■ Gruppo 1: assistenza da infermiere formate ad hoc■ Gruppo 2: assistenza da infermiere formate e che potevano ottenere consulenza specialistica■ Gruppo 3: controllo
Risultati	Nessuna differenza tra gruppo 1 e controllo Significativa riduzione della contenzione nel Gruppo 2 In tutti i 3 gruppi si è comunque osservata una riduzione della contenzione: Gruppo 3: 11% Gruppo 1: 23% Gruppo 2: 56%



Ridurre la contenzione fisica è possibile?

2. Quali sono gli elementi che caratterizzano i programmi di riduzione della contenzione?

Quali sono gli elementi che caratterizzano i programmi di riduzione della contenzione?

organizzazione

paziente

**Obiettivo riduzione
non abolizione**

operatori

Quali sono gli elementi che caratterizzano i programmi di riduzione della contenzione?

Organizzazione

- Procedure decisionali
- Staff
- Percorsi graduati
- Utilizzo della tecnologia
- Coinvolgimento della famiglia

Paziente

- Assessment dei pazienti
- Sviluppo di protocolli per situazioni cliniche definite

Obiettivo riduzione
non abolizione

Operatori

- Presenza di un esperto
- Formazione
- Attivazione della consulenza clinica

Quali sono gli elementi che caratterizzano i programmi di riduzione della contenzione?

Organizzazione

- Procedure decisionali
- Staff
- Percorsi graduati
- Utilizzo della tecnologia
- Coinvolgimento della famiglia

Paziente

- Assessment dei pazienti
- Sviluppo di protocolli per situazioni cliniche definite

Obiettivo riduzione
non abolizione

Operatori

- Presenza di un esperto
- Formazione
- Attivazione della consulenza clinica

Organizzazione

Staff

Tipo di studio	Osservazionale
Setting Popolazione	15 Dutch psycho-geriatric nursing home 371 residenti
Ipotesi	Il carico di lavoro del personale infermieristico e una bassa percentuale di personale a tempo pieno sono associati ad un maggior ricorso alla contenzione?
Risultati	Il carico di lavoro del personale infermieristico e una bassa percentuale di personale a tempo pieno non sono fortemente associati all'utilizzo della contenzione. Disabilità nei residenti, come ad esempio l'immobilità, si associa in maniera molto più significativa all'utilizzo della contenzione.

Huizing AR, Hamers JP, de Jonge J, Candel M, Berger MP "Organisational determinants of the use of physical restraints: a multilevel approach." Soc Sci Med. 2007 Sep;65(5):924-33

Organizzazione Staff

Tipo di studio	Osservazionale
Setting	23 residential homes and 8 health centers
Popolazione	2430 residenti e 977 operatori
Ipotesi	Le condizioni del lavoro di cura influenzano l'uso di contenzioni fisiche e antipsicotici negli anziani residenti in strutture di cure continuative?
Risultati	I risultati suggeriscono che l'uso della contenzione può essere ridotta migliorando l'organizzazione del lavoro, creando le condizioni affinché il personale infermieristico abbia la possibilità di utilizzare competenze e di assumere decisioni

Pekkarinen L, Elovainio M, Sinervo T, Finne-Soveri H, Noro A.

Nursing working conditions in relation to restraint practices in long-term care units.

Med Care. 2006 Dec;44(12):1114-20

Organizzazione

Tecnologia

Tipo di studio	RCT
Setting	2 reparti di riabilitazione specializzati nel trattamento dello stroke
Popolazione	108 pazienti ritenuti dalle nurse a rischio di caduta
Interventi	<u>Gruppo di intervento</u> : disponibilità di sensori bed-chair pressure Gruppo di controllo: assistenza
Risultati	L'utilizzo di sensori non riduce il ricorso ai mezzi di contenzione. Il loro uso, per essere efficace, deve integrarsi con un programma finalizzato a ridurre il ricorso alla contenzione fisica

Kwok T, Mok F, Chien WT, Tam E **Does access to bed-chair pressure sensors reduce physical restraint use in the rehabilitative care setting?**

J Clin Nurs 2006 May;15(5):581-7

Organizzazione

Famiglia

Le attitudini delle infermiere verso la contenzione fisica ne condizionano l'utilizzo. Da un'analisi della letteratura condotta su infermieri, pazienti e i loro familiari emerge che le infermiere manifestano atteggiamenti ambivalenti verso la contenzione fisica, mentre i pazienti e i loro familiari esprimono più frequentemente dissenso e disappunto

Haut A, Böther N, Franke N, Hartmann H.

[Physical restraints in geriatric care: attitudes of nurses, patients and their families]

Pflege Z. 2007 Apr;60(4):206-9.

Organizzazione

Famiglia

La famiglia non informata e formata può rappresentare un ostacolo alla riduzione della contenzione fisica in casa di riposo

Moore K, Haralambous B

Barriers to reducing the use of restraints in residential elder care facilities.

J Adv Nurs. 2007 Jun;58(6):532-40

Quali sono gli elementi che caratterizzano i programmi di riduzione della contenzione?

Organizzazione

- Procedure decisionali
- Staff
- Percorsi graduati
- Utilizzo della tecnologia
- Coinvolgimento della famiglia

Paziente

- Assessment dei pazienti
- Sviluppo di protocolli per situazioni cliniche definite

Obiettivo riduzione
non abolizione

Operatori

- Presenza di un esperto
- Formazione
- Attivazione della consulenza clinica

Paziente assessment

La valutazione degli effetti dell'introduzione di un protocollo di assessment standardizzato (RAI) dimostra un miglioramento significativo della qualità delle cure fornite ai residenti. Allo stesso tempo, questi risultati suggeriscono che occorre fare di più per migliorare la qualità del processo. I risultati suggeriscono che RAI è uno strumento che utile al personale, ai terapisti, ai farmacisti consulenti, medici e può essere utilizzato per sostenere i loro continui sforzi per fornire alta qualità delle cure e della vita per una popolazione di 1,7 milioni di residenti casa di cura.

Hawes C, Mor V, Phillips CD, Fries BE, Morris JN, Steele-Friedlob E, Greene AM, Nennstiel M.

The OBRA-87 nursing home regulations and implementation of the Resident Assessment Instrument: effects on process quality.

J Am Geriatr Soc. 1997 Aug;45(8):977-85

Paziente assessment

A quattro anni (1990/1993) dall'introduzione del protocollo di assessment standardizzato (RAI) alcune problematiche cliniche si sono ridotte, in particolare il ricorso alla contenzione fisica (37.4 to 28.1% ($P < .001$)) and e l'utilizzo del catetere vescicale (9.8 to 7% ($P < .001$)).

Hawes C, Mor V, Phillips CD, Fries BE, Morris JN, Steele-Friedlob E, Greene AM, Nennstiel M.

The OBRA-87 nursing home regulations and implementation of the Resident Assessment Instrument: effects on process quality.

J Am Geriatr Soc. 1997 Aug;45(8):977-85

Paziente

Protocolli

Sviluppo di protocolli per situazioni cliniche definite

- Rischio di caduta
- Interferenza con i trattamenti terapeutici
- Wandering
- Agitazione
- Disturbi comportamentali
- Deficit cognitivo

Quali sono gli elementi che caratterizzano i programmi di riduzione della contenzione?

Organizzazione

- Procedure decisionali
- Staff
- Percorsi graduati
- Utilizzo della tecnologia
- Coinvolgimento della famiglia

Paziente

- Assessment dei pazienti
- Sviluppo di protocolli per situazioni cliniche definite

Obiettivo riduzione
non abolizione

Operatori

- Formazione
- Presenza di un esperto
- Attivazione della consulenza clinica

Operatori

Formazione

È una costante di tutti i programmi volti a ridurre la contenzione. Gli argomenti comunemente inclusi sono:

- Impatto della contenzione
- Diritti della persona
- Miti e riti della contenzione
- Aspetti legali
- Aspetti etici
- Rischi e danni connessi alla contenzione
- Gestione dei disturbi comportamentali
- Interventi alternativi

Operatori

Formazione

Tipo di studio	RCT
Setting	14 nuclei “psico-geriatrici” di RSA
Popolazione	105 ospiti recentemente ammessi
Interventi	Gruppo di intervento: infermiere formate ad hoc e che potevano disporre di consulenza specialistica Gruppo di controllo: assistenza di routine
Risultati	Nessuna differenza significativa si è osservata nei due gruppi rispetto ad utilizzo, durata e mezzi di contenzione

Huizing AR, Hamers JP, Gulpers MJ, Berger MP **Preventing the use of physical restraints on residents newly admitted to psycho-geriatric nursing home wards: A cluster-randomized trial.**

Int J Nurs Stud. 2008 May 16

Limiti dei programmi di riduzione della contenzione

- I singoli componenti dei programmi di riduzione della contenzione non sono stati valutati separatamente e la loro efficacia **non è nota**.
- La combinazione ottimale degli interventi utilizzati nei programmi di riduzione della contenzione **non è nota**.
- La durata ottimale dei programmi di riduzione della contenzione **non è nota**.



Ridurre la contenzione fisica è possibile?

- 3. Quali sono gli interventi utilizzati per ridurre la contenzione e la necessità di contenere?**

Interventi alternativi

Si definiscono interventi alternativi alla contenzione fisica:

- Gli interventi utilizzati al posto di un mezzo di contenzione
- Gli interventi implementati per ridurre la necessità di ricorrere alla contenzione fisica



Interventi alternativi

In letteratura sono molti gli interventi alternativi citati, ma pochi sono stati valutati e per nessuno si dispone di evidenze.

Joanna Briggs Institute Physical Restraint in Acute and Residential Care. A Systematic Review Number 22, 2002



Interventi alternativi

- Modifiche ambientali
- Sicurezza nei pazienti allettati
- Sedute e posizioni di supporto
- Programmi e attività
- Modifiche assistenziali
- Interventi psicosociali
- Interventi fisiologici
- Allarmi
- Protocolli per situazioni cliniche definite e particolari



Interventi alternativi

Modifiche ambientali

- Illuminazione
- Luce notturna
- Accessi camuffati e accessi facilitati
- Percorsi circolari

Interventi alternativi

Sicurezza nei pazienti allettati

- Materasso concavo
- Materasso ad acqua
- Posizionamento di cuscini per ridurre i movimenti di braccia e gambe
- Letti bassi
- Mezza sponda
- Materasso sul pavimento

Interventi alternativi

Programmi e attività

Sviluppo di programmi riabilitativi

- Terapia occupazionale diurna e notturna
- Attività individuali e di gruppo

Modifiche assistenziali

- Personalizzare l'assistenza
- Supervisione e osservazione nei pazienti a rischio di contenzione
- Individuare i pazienti più a rischio di contenzione
- Individuare i bisogni dei pazienti e farli conoscere a tutto lo staff



Interventi alternativi

Interventi psicosociali

- Non lasciare soli i pazienti a rischio
- Ascolto attivo
- Incoraggiare l'interazione tra lo staff e i pazienti
- Stabilità dello staff

Interventi fisiologici

- Valutare e trattare il dolore



IMPLICAZIONI PER L'ASSISTENZA

- **Suggerimenti per l'assistenza**
 1. Implementare la ricerca di interventi alternativi che riducano la necessità di contenere nei setting per acuti e nelle case di riposo

Se dobbiamo contenere

- **Raccomandazioni per l'assistenza**
 1. Si raccomanda l'adozione di un approccio standardizzato per l'uso dei mezzi di contenzione.

Se dobbiamo contenere

- **Raccomandazioni per l'assistenza**
 1. La contenzione deve essere utilizzata come ultima risorsa e solo se i potenziali benefici sono superiori ai potenziali danni.
 2. Utilizzare il minimo contenimento per il minor tempo
 3. Rivalutare frequentemente la necessità di contenere

Se dobbiamo contenere

Per ridurre i potenziali danni

- **Suggerimenti per l'assistenza**
 1. Applicare i mezzi di contenzione nel rispetto delle indicazioni fornite dal costruttore.
 2. Osservare il paziente durante il periodo di contenzione.



UN ESEMPIO DI LINEA GUIDA

1. ridurre il ricorso alla contenzione fisica

limitato a circostanze eccezionali, quali:

- stato di incoscienza od ebbrezza
- periodo pre e post sedazione
- trasporto con barella
- per mantenere il corretto allineamento posturale in soggetti con deficit psicomotorio che necessitano di un ancoraggio e supporto ortesico

VALIDITA' B



1. ridurre il ricorso alla contenzione fisica

attraverso la realizzazione di:

interventi informativi, formativi e normativi

VALIDITA' A

2. aumentare l'utilizzo e la ricerca di soluzioni alternative

attraverso la realizzazione di interventi specifici in caso di:

- Ansia
- Agitazione psicomotoria
- Deliri ed allucinazioni
- Alterazioni ciclo sonno-veglia
- Trattamenti sanitari
- **Prevenzione cadute**

3. normare l'uso dei mezzi contenitivi alla stregua di un intervento terapeutico

La decisione di porre un paziente in contenzione deve essere riportata sui documenti clinici.

La prescrizione è competenza del medico.

In situazioni di emergenza e in assenza del medico l'Infermiere può decidere di applicare una contenzione; questa decisione andrà poi valutata dal medico nel più breve tempo possibile.

3. normare l'uso dei mezzi contenitivi alla stregua di un intervento terapeutico

La prescrizione deve chiaramente indicare:

Motivazione

Le circostanze eccezionali e le motivazioni riportate sono gli unici elementi da considerare per decidere di contenere il paziente.

VALIDITA' B

3. normare l'uso dei mezzi contenitivi alla stregua di un intervento terapeutico

La prescrizione deve chiaramente indicare:

Tipo di contenzione

Particolare attenzione deve essere posta nella scelta del tipo di contenzione, di cui è necessario conoscere le principali caratteristiche e la corretta tecnica di applicazione

3. normare l'uso dei mezzi contenitivi alla stregua di un intervento terapeutico

La prescrizione deve chiaramente indicare:

Durata

Deve essere essere limitata nel tempo: la prescrizione deve indicare il termine dell'intervento contenitivo o della rivalutazione della sua reale necessità.

La necessità di prolungare o di ridurre l'uso della contenzione deve avvenire solo dopo ulteriore verifica delle condizioni del soggetto da parte dell'équipe.

Non può essere imposta per più di 12 ore consecutive a meno che non lo richieda la condizione del soggetto.

VALIDITA' B

3. normare l'uso dei mezzi contenitivi alla stregua di un intervento terapeutico

La prescrizione deve chiaramente indicare:

Controllo

Durante il periodo di contenzione il paziente deve essere controllato ogni 30 minuti.

Decisione del ricorso alla contenzione deve essere rivista qualora non sussista più la motivazione che l'ha determinata.

VALIDITA' C

3. normare l'uso dei mezzi contenitivi alla stregua di un intervento terapeutico

La prescrizione deve chiaramente indicare:

Fasi di allentamento

Durante il periodo di contenzione garantire al paziente la possibilità di movimento ed esercizio per non meno di 10 minuti ogni 2 ore con esclusione della notte.

VALIDITA' C

3. normare l'uso dei mezzi contenitivi alla stregua di un intervento terapeutico

La prescrizione deve chiaramente indicare:

Verifica effetti collaterali

La valutazione di eventuali effetti dannosi direttamente attribuibili alla contenzione, quali abrasioni o ulcere da decubito, deve essere fatta ogni 3 o 4 ore.

VALIDITA' C

3. normare l'uso dei mezzi contenitivi alla stregua di un intervento terapeutico

La prescrizione deve chiaramente indicare:

Comfort e sicurezza

Il comfort e la sicurezza del paziente sono entrambe da perseguire durante il periodo di contenzione.

VALIDITA' C

3. normare l'uso dei mezzi contenitivi alla stregua di un intervento terapeutico

La prescrizione deve chiaramente indicare:

Registrazione scritta

Utilizzo di una scheda dove registrare eventuali osservazioni rilevabili durante il controllo e i conseguenti interventi adottati.

VALIDITA' C

SCHEDA di VALUTAZIONE della CONTENZIONE

Ospite _____ data _____

MOTIVO: Indicare con una croce uno dei motivi sottocitati

PREMESSO CHE IL RICORSO ALLA CONTENZIONE FISICA DEVE ESSERE LIMITATO A CIRCOSTANZE SERIAMENTE MOTIVATE e su INDICAZIONE MEDICA

- | | | |
|-----|---|-----|
| [A] | SITUAZIONI di EMERGENZA | [A] |
| [B] | AUTO ed ETEROLESIONISMO | [B] |
| [C] | PROTEZIONE di PRESIDI MEDICALI necessari per il bene del paziente (Fleboclisi, Sondino naso-gastrico) | [C] |
| [D] | QUANDO e' in PERICOLO la SICUREZZA del PAZIENTE per la POSSIBILITA' DI CADUTE | [D] |
| [E] | PER MANTENERE IL CORRETTO ALLINEAMENTO POSTURALE | [E] |
| [F] | TRASPORTO CON BARELLA | [F] |

Orari: [] di **GIORNO** [] di **NOTTE**

TIPO di Contenzione:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> FASCIA cintura ADDOMINALE | <input type="checkbox"/> SPONDINE del LETTO |
| <input type="checkbox"/> FASCIA mutanda PELVICA | altro _____ |
| <input type="checkbox"/> FASCE INGUINALI | |
| <input type="checkbox"/> FERMO per CARROZZINA | |
| <input type="checkbox"/> CORSETTO PETTORINA | |
| <input type="checkbox"/> BRACCIALI per POLSI e CAVIGLIE | |
| <input type="checkbox"/> SPONDINE del LETTO | |

Misure attuate prima di ricorrere alla contenzione _____

Osservazioni _____

Firma _____

Rivalutazioni Successive : data _____ Firma _____

data _____ Firma _____

data _____ Firma _____

Conclusioni

Ridurre il ricorso ai mezzi di contenzione è un **cambiamento culturale**, basato più sul metodo di cura che nella speranza di nuove tecnologie.

E' una grande sfida basta sull'affinamento di un **metodo** che richiede la compartecipazione di tutti gli operatori con tutta la loro **intelligenza e competenza**.

Ridurre la contenzione fisica è possibile?

1. Capezuti E, Talerico KA, Cochran I, Becker H, Strumpf N, Evans L. Individualized interventions to prevent bed-related falls and reduce siderail use. *Journal of Gerontological Nursing* 1999;25(11):26-34.
2. Evans LK, Strumpf NE, Allen Taylor SL, Capezuti E, Maislin G, Jacobsen B. A clinical trial to reduce restraints in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society* 1997;45(6): 675-81.
3. Evans D, Hodgkinson B, Lambert L, Wood J. Fall prevention: a systematic review. *Clinical Effectiveness in Nursing* 1999;3:106-11.
4. Hanger HC, Ball MC, Wood LA. An analysis of falls in the hospital: can we do without bedrails. *Journal of the American Geriatrics Society* 1999;47(5): 529-31.

Ridurre la contenzione fisica è possibile?

5. Lever JA, Molloy DW, Bedard M, Eagle DJ. Reduction of restraint use through policy implementation and education. *Perspectives* 1995;19(1):3-8.
6. Joanna Briggs Institute Physical Restraint in Acute and Residential Care. A Systematic Review Number 22, 2002
7. Mason R, O'Connor M, Kemble S. Untying the elderly: response to quality of life issues. *Geriatric Nursing* 1995;16(2):68-72.
8. Neufeld RR, Libow LS, Foley WJ, Dunbar JM, Cohen C, Breuer B. Restraint reduction reduces serious injuries among nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society* 1999;47(10):1202-7.
9. Oliver D, Connelly JB, Victor CR, Shaw FE, Whitehead A, Genc Y, et al. Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses. *BMJ* 2007;334:82

Ridurre la contenzione fisica è possibile?

10. Park M., Hsiao-Chen Tang J AdamsS., Titler MG: Evidence-Based Guideline: Changing the Practice of Physical Restraint Use in Acute Care Gerontological Nursing 2007; 33 (2):9-17
11. Powell C, Mitchell-Pedersen L, Fingerote E, Edmund L. Freedom from restraint: consequences of reducing physical restraints in the management of the elderly. Canadian Medical Association Journal 1989;141:561-4.
12. Si M, Neufeld RR, Dunbar J. Removal of bedrails on a short-term nursing home rehabilitation unit. Gerontologist 1999; 39(5):611-4.
13. Tinetti ME, Liu WL, Marottoli RA, Ginter SF. Mechanical restraint use among residents of skilled nursing facilities: prevalence patterns and predictors. JAMA 1991;265(4):468-71.
14. Kanski GW, Janelli LM, Jones HM, Kennedy MC. Family reactions to restraints in an acute care setting. Journal of Gerontological Nursing 1996;22(6):17-22, 48-9.