

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ТРЕТМАН НА НАСИЛЕН
ПАЦИЕНТ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при третман на насилен пациент.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при третман на насилен пациент е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при третман на насилен пациент по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2718/1
27 февруари 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

НАСИЛЕН ПАЦИЕНТ

МЗД Упатство
04.05.2011

- Основи
- Како да се гарантира непосредна безбедност
- Вербална интервенција
- Фармацевтска интервенција
- Превенција на насилство
- Испитување по насилен инцидент
- Референци

ОСНОВИ

- Во хаотична ситуација, непосредната безбедност на сите засегнати мора прва да биде земена предвид.
- Ако се сомневате, побарајте помош. Не пристапувајте во ризична ситуација без придружба.
- Ако не можете да комуницирате или да преговарате со агресивниот пациент, концентрирајте се на безбедноста.
- Бргу проценете ја ситуацијата:
 - Безбедност: Чија безбедност е ризична? Дали пациентот има оружје?
 - Соработка: Дали сте способни да креирате вербална релација со пациентот?
 - Третман: Дали пациентот има физичка или психијатриска болест која бара непосреден третман?

КАКО ДА СЕ ГАРАНТИРА НЕПОСРЕДНА БЕЗБЕДНОСТ

- Доверливоста се однесува на третманот, не на насилното однесување на пациентот.
- Полицијата мора да биде веднаш повикана ако однесувањето на пациентот е такво што се потребни мерки за да се обезбеди заштита на другите пациенти, семејството, членовите на персоналот или на самиот него/неа. Персоналот за обезбедување на местото може, ако е тоа потребно, да го фиксира и изолира пациентот кој покажува сериозна закана за безбедноста, пред да стигне полицијата.
- Не и пристапувајте на ризичната ситуација без придружба. Ако сте потполно несигурни, замолете колега да остане во рамки на дометот на гласот. Сестрата може да го придружува докторот ако присуството на сестрата се смета за оправдано од медицински причини или на основа на безбедноста.
- Ако ситуацијата ескалира до загрозување на безбедноста, треба да се разгледа следново:
 - Дали ситуацијата ги исполнува критериумите за присилна хоспитализација во психијатриска установа?
 - Дали е потребна полиција (закана за насилство)?
 - Дали треба да бидат вклучени авторитети од детските центри за социјална грижа?

ВЕРБАЛНА ИНТЕРВЕНЦИЈА

- Применувајте автоконтрола и зборувајте на смирен начин. Не си дозволувајте себеси да бидете испровоцирани од страна на пациентот.
- Со едноставни термини истакнете дека целта е да се работи со пациентот со намера за решавање на неговите/нејзините проблеми: “Ние сакаме да ти помогнеме”.
- Обидете се да ја пренесете желбата да работите заедно: “Ние сакаме да работиме со тебе за да пронајдеме што не е добро и што можеме да сториме за тебе”.

- Пренесете порака за безбедност: “Не треба да се грижиш за ништо. Дозволи ни да ти помогнеме”.
- Ограничувањата може да бидат јасно поставени на пријателски начин: “Не можеме да ти помогнеме ако ти се однесуваш на таков заканувачки начин”.
- Ако пациентот индиректно се заканува, посочете ја директно темата и мирно прашајте го пациентот да ја разјасни изјавата: “Не сум сигурен дали те разбрав правилно. Дали тоа вклучува закана од некој вид?”.
- Директно прашајте дали пациентот има суицидални или мисли за насилство?
- Персоналот ќе ја гледа агресивноста како знак на болеста на пациентот (вина на пациентот), додека пациентот чувствува дека агесијата била провоцирана од надворешни фактори, на пример од бесмислени ограничувања или поради однесувањето на персоналот.
- Гестовите исто така може да пренесуваат пораки. Не ги држете вашите раце позади грбот или во џебовите; тоа може да личи заканувачки. Погледнувајте во пациентот на чести интервали, но не зјапајте во него. Одобрувачки кимнувајте со главата.

ФАРМАЦЕВТСКА ИНТЕРВЕНЦИЈА

- Разгледајте присилна медикација само во случаите каде легално е оправдано. Ако агресивниот пациент одбива медикација, треба да се разгледа вклучување на полицијата.
- Брза фармаколошка контрола може да биде постигната со употреба на антипсихотик или бензодиазепин. Колку е потешка ситуацијата, толку е пооправдано да се употребат двата медикаменти заедно, со цел да се постигне брз одговор.
 - Корисно е да се биде сеопфатно запознат со итната употреба на еден антипсихотик. Дозата може да биде повторувана 2 до 3 пати на секои 1 до 2 часа. Ако е потребно, интервалот на дозирање може да биде редуциран на 30 минути, со цел да се превенира опасно насилство.
 - Haloperidol 5 мг и.м. или и.в. е конвенционален антипсихотичен лек кој се користи кај агесијата. Ако употребената доза надминува 20 мг дневно, треба да се изврши ЕКГ, обезбедувајќи доволна соработливост на пациентот.
 - Olanzapine 10 мг и.м. или ородисперзибилна таблета 10-20 мг.
 - Постари пациенти; рисперидон течност 0.25-0.5 мг.
 - Лек со најдобро познат ефект на агесијата е clozapine, но во акутна ситуација тој е единствено соодветен за пациенти кои веќе го користеле лекот.
 - Бензодиазепините може да бидат употребени тукуречи во сите случаи, освен кога пациентот е под влијание на алкохол. Бензодиазепинот обично може да биде администриран додека пациентот изгледа поспан.
 - Lorazepam 2(-4) мг и.м.
 - Diazepam може да биде применет орално или со бавна интравенска инјекција, но не интрамускулно. Доза од 10-20 мг на орален раствор може да биде администрирана на секои 30-60 минути.
- Бензодиазепините се корисни во итниот третман на алкохолна апстиненција. (ннд-А) Дури и агресивниот пациент обично ќе се согласи да го прими лекот, бидејќи тој бргу ќе ја олесни неудобноста на пациентот. Најчестата грешка која се прави при третманот на алкохолниот апстиненцијален делириум е дека дијазепамот се дава премногу бавно.
- Со цел да се постигне максимален одговор на антиагресивниот третман, понекогаш може да биде употребен интравенски dexmedetomidine (под супервизија на анестезиолог), како адјувантна терапија по стандардниот третман.

Посебни ситуации

- Во некои случаи, агесијата може да биде причинета од акутна физичка болест. Можноста за делириум, повреда на главата и интоксикација треба барем да се земат во предвид. Нивото на гликоза во крвта треба да биде испитано кај сите агресивни пациенти.
- Амфетаминските психози се непредвидливи и опасни состојби. Злоупотреба на повеќе супстанции исто така може да води во нагла промена во однесувањето на пациентот.

- Ако агресивниот пациент е доволно конфузен за да не е способен да ја покаже неговата/нејзината сопствена волја, оправдана е фиксација со цел да се обезбеди спроведување на акутниот третман. Пациентот можеби ќе треба да биде изолиран, но да биде под постојана опсервација. Во неургентни ситуации, најблискиот роднина на пациентот може да биде консултиран за третманот, ако пациентот не е способен да ја покаже неговата/нејзината сопствена волја.
- Ако е индицирана присилна хоспитализација, може да биде потребна асистенција на полицијата за да се осигура безбедно доаѓање на пациентот на третман или проценка.
- Ако се најдете во ситуација за која не постојат упатства и не сте сигурни за етичката или легалната основаност на вашата постапка, осигурете се дека здравјето и безбедноста на пациентот ги водат вашите постапки. Тогаш ќе биде полесно да се оправдаат вашите постапки, ако е потребно да бидат објаснети на повисоки инстанции.

ПРЕВЕНЦИЈА НА НАСИЛСТВО

- Не е возможно потполно да се елиминира насилството. Превенцијата се состои од редуција на ризикот, но некој ризик секогаш ќе остане.
- Најдобриот предиктор на насилството е мината агресивност, без разлика на дијагнозата.
- Здравствените авторитети мора да имаат за цел да развијат програми и приоди за да го редуцираат насилството во здравствениот сектор.
- Не се обидувајте да го фиксирате пациентот сами. Држете се на растојание од должина на рака од агитираниот пациент. Не навлегувајте во личниот простор на пациентот, на пример кога го испитувате пациентот, пред да објасните зошто е тоа потребно.
- Ако немате никакво професионално знаење за техниките на физичка фиксација, најбезбедно е да ја напуштите сцената и обезбедите помош.
- Ниеден објект кој би можел да биде употребен како оружје (на пример ножици) не треба да биде на дофат во собата за консултација. Употребата на металните детектори може да биде разгледана во високо ризичните региони.
- Медицинска консултација треба да биде планирана имајќи го на ум правецот на бегство на докторот.
- Начините на повикување помош треба да бидат планирани претходно. Сите оддели за итни случаи треба да бидат обезбедени со копче за паника. Привремени мерки вклучуваат претходно договорено чукање на врата или телефонски повик во текот на консултацијата и употреба на зборови кои се шифри (одреден збор кој индицира дека полицијата треба веднаш да биде повикана).
- Во третманот на хроничната агресивност, обично е индицирана консултација на специјалистички медицински сервиси.

ИСПИТУВАЊЕ ПО НАСИЛЕН ИНЦИДЕНТ

- По насилен инцидент, инцидентот не смее да биде заборавен. Пресоналот треба да го дискутира инцидентот или со нивните претпоставени или со претставници од трудова медицина. Ако е потребно, дискусијата може да остане доверлива.
- Дали биле направени грешки или не, секогаш треба да се разгледа дали од инцидентот може да се научат поуки.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Knesper DJ. My favorite tips for engaging the difficult patient on consultation-liaison psychiatry services. *Psychiatr Clin North Am* 2007 Jun; 30(2): 245-52. PubMed
2. Petit JR. Management of the acutely violent patient. *Psychiatr Clin North Am* 2005 Sep; 28(3): 701-11, 710. PubMed
3. Nolan KA, Shope CB, Citrome L, Volavka J. Staff and patient views of the reasons for aggressive incidents: a prospective, incident-based study. *Psychiatr Q* 2009 Sep; 80(3): 167-72. PubMed

4. Rovasalo A, Tohmo H, Aantaa R, Kettunen E, Palojoki R. Dexmedetomidine as an adjuvant in the treatment of alcohol withdrawal delirium: a case report. *Gen Hosp Psychiatry* 2006 Jul-Aug; 28(4): 362-3. PubMed
5. Mayhew C, Chappell D. Violence in the workplace. *Med J Aust* 2005 Oct 3; 183(7): 346-7. PubMed
6. Goedhard LE, Stolker JJ, Heerdink ER, Nijman HL, Olivier B, Egberts TC. Pharmacotherapy for the treatment of aggressive behavior in general adult psychiatry: A systematic review. *J Clin Psychiatry* 2006 Jul; 67(7): 1013-24. PubMed

Автори:

Aki Rovasalo

Претходни автори:

Matti O. Huttunen

Article ID: ebm00728 (035.004)

© 2013 Duodecim Medical Publications Ltd

- 1. EBM Guidelines, 04.05.2011, www.ebm-guidelines.com.**
- 2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
- 3. Предвидено е следно ажурирање до мај 2016 година.**