

SOR-Y PSYCHIATRIA

Artur de Rosier



OSOBA Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

1. osoba chora psychicznie
2. osoba upośledzona umysłowo
3. osoba wykazująca inne zakłócenia czynności psychicznych

CHOROBA PSYCHICZNA

- termin niejednoznaczny i kontrowersyjny
- w psychiatrii termin historyczny (ICD 6 – ICD 9)
- od ICD 10 i DSM III nie ma podziału na choroby psychiczne i inne zaburzenia psychiczne
- nadal występuje w niektórych przepisach prawnych

CHOROBA PSYCHICZNA W PRAWIE

- Kodeks Karny - determinuje niepoczytalność sprawcy czynu zabronionego
- Kodeks Cywilny - warunkuje nieważność oświadczeń woli
- Kodeks Rodzinny i Opiekuńczy - warunkuje ubezwłasnowolnienie i zakaz zawarcia związku małżeńskiego
- Ustawa psychiatryczna - art. 23, 24 i 28 wymagają, by w sytuacjach hospitalizacji bez zgody, ustalić u pacjenta stan *choroby psychicznej*

BADANIE PSYCHIATRYCZNE

- Wywiad (dokumentacja medyczna)
- Orientacja autopsychiczna i allopsychiczna
- Nastrój i napęd psychoruchowy
- Zaburzenia spostrzegania (złudzenia, omamy)
- Zaburzenia myślenia (urojenia)
- Pamięć
- Krytycyzm
- Myśli i tendencje samobójcze

ART.11 USTAWY O OCHRONIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Orzeczenie o stanie zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi, opinię lub skierowanie do innego lekarza lub psychologa albo podmiotu leczniczego lekarz może wydać wyłącznie na podstawie uprzedniego osobistego zbadania tej osoby.

Skierowanie do szpitala psychiatrycznego wydawane jest w dniu badania, a jego ważność wygasa po upływie 14 dni.

PRZYJĘCIE DO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

Przyjęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego następuje za jej pisemną zgodą na podstawie ważnego skierowania do szpitala, jeżeli lekarz wyznaczony do tej czynności, po osobistym zbadaniu tej osoby, stwierdzi wskazania do przyjęcia.

PRZYJĘCIE DO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO BEZ ZGODY – ART. 23.1 USTAWY

Osoba chora psychicznie może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez zgody tylko wtedy, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób.

PRZYJĘCIE DO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO BEZ ZGODY – ART. 24 USTAWY

Osoba, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie, może być przyjęta bez zgody do szpitala w celu wyjaśnienia tych wątpliwości. Pobyt w szpitalu, o którym mowa w ust. 1, nie może trwać dłużej niż **10 dni**.

PACJENT POBUDZONY / AGRESYWNY



Zaburzenia psychiczne z agresją

- Schizofrenia (imperatywne omamy, urojenia prześladowcze)
- Mania
- Zatrucie alkoholem lub innymi środkami psychoaktywnymi
- Zespół abstynencyjny po ww.
- Dekompensacja zaburzonej osobowości (chwiejnej emocjonalnie, dyssocjalnej)
- Organiczne zaburzenia psychiczne (płat czołowy, skroniowy)

POBUDZENIE W SCHIZOFRENII

- Niedostosowanie, dezorganizacja w zakresie myślenia, afektu
- Zachowania nieprzewidywalne, chaotyczne, infantylne
- Bezcelowe ruchy, stereotypie, ruchy mimowolne
- Ośłupienie przechodzące w nagłe pobudzenie
- Akatyzja
- Żywe halucynacje
- Rozkojarzenie
- Lęk

POBUDZENIE MANIAKALNE

- Nastrój podwyższony, gniewliwy, dysforyczny, euforyczny
- Wzmożony napęd, brak męczliwości, nadmiar energii
- Słowotok z szybkim tempem wypowiedzi
- Kojarzenie na zasadzie podobieństw słów i dźwięków
- Zawyżona i bezkrytyczna samoocena
- Nie dostrzega trudności i przeszkód w realizacji podejmowanych zadań
- Wzmożony popęd seksualny
- Tendencja do nadużywania alkoholu

DEKOMPENSACJA OSOBOWOŚCI

- terminu „dekompensacja” zwykło się oznaczać stan krytyczny, wywołany poprzez załamanie się zazwyczaj stosowanych, neurotycznych mechanizmów obronnych osoby, która znalazła się w nowej oraz trudnej do zniesienia sytuacji afektywnej

OSOBOWOŚĆ DYSSOCJALNA

- nieliczenie się z uczuciami innych,
- postawę nieodpowiedzialności i lekceważenia norm społecznych,
- niezdolność utrzymania trwałych związków z innymi,
- bardzo niską tolerancję frustracji i niski próg wyzwalania agresji,
- niezdolność przeżywania poczucia winy i wykorzystywania doświadczeń, w szczególności doświadczonych kar,
- skłonność do obwiniania innych lub wysuwanie pozornie zasadnych racjonalizacji zachowań, które są źródłem konfliktów z otoczeniem.

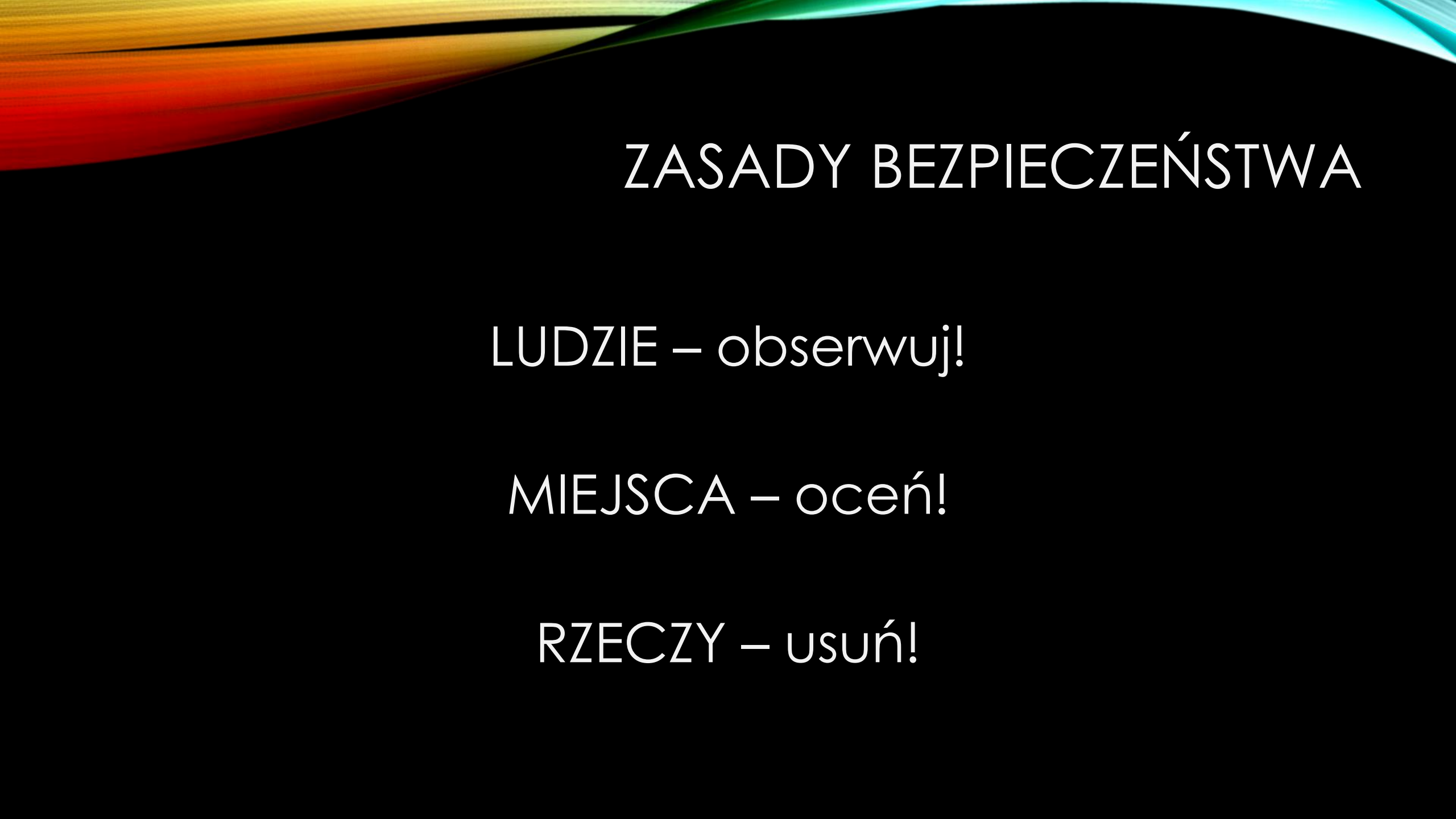
OSOBOWOŚĆ CHWIEJNA EMOCJONALNIE

Typ impulsywny charakteryzuje:

- wyraźna skłonność do działań impulsywnych bez uwzględniania ich konsekwencji,
- wyraźna skłonność do kłótliwego zachowania i do konfliktów z innymi, w szczególności, gdy impulsywne działania są udaremniane lub krytykowane,
- łatwość wybuchania gniewem lub przemocą, z niezdolnością do panowania nad gwałtownymi zachowaniami,
- trudność podtrzymania działań, które nie wiążą się z natychmiastową nagrodą,
- nastrój niestabilny kapryśny.

ZESPOŁY ORGANICZNE

- Obniżenie lub zanik uczuciowości wyższej
- Odhamowanie
- Niedostosowany afekt
- Osłabiony krytycyzm, podejrzliwość
- Brak wglądu
- Nastrój labilny, waha się między bez troskim a gniewliwym
- Skłonność do opowiadania niemądrych żartów i często niewybrednych historyjek o treści erotycznej
- Ujawnianie i realizacja popędów)kradzieże, propozycje seksualne, żartoczność)



ZASADY BEZPIECZEŃSTWA

LUDZIE – obserwuj!

MIEJSCA – oceń!

RZECZY – usuń!

ZASADY BEZPIECZEŃSTWA

- Nie odsyłaj od razu policji
- Odbierz przedmioty / substancje niebezpieczne
- Oceń bezpieczeństwo otoczenia
- Zostaw otwarte drzwi, zostań w zasięgu wzroku innych
- Zapewnij sobie drogę ucieczki
- Poznaj sposoby wzywania pomocy

ZASADY BEZPIECZEŃSTWA

- Zdejmij krawat, naszyjnik itp.
- Nie spieraj się
- Nie próbuj przekrzyczeć
- Zapytaj o myśli „S”
- Nie odwracaj się plecami
- Ufaj przeczuciom

NIE NALEŻY !

- Pozostawiać dostępu do przedmiotów niebezpiecznych
- Wstydzić się wezwać pomoc – KRZYCZ !!!!
- Być niekonsekwentnym i ambiwalentnym w wypowiedziach i decyzjach
- Kłaść ręk na pacjencie
- Podejmować unieruchomienia w pojedynkę
- Pozostawiać pacjenta bez dozoru
- Podnosić głosu na pacjenta

EPIDEMIOLOGIA STANÓW NAGŁYCH

- 1/3 chorób somatycznych przebiega z zaburzeniami psychicznymi
- 20% pacjentów ma myśli, tendencje samobójcze
- 10% pacjentów jest agresywnych
- 40% pacjentów wymaga hospitalizacji
- Najbardziej pracowite są noce



NAWIAZAĆ KONTAKT Z PACJENTEM

- Empatia
- Autentyczność
- Akceptacja
- Unikanie osądzania
- Cierpliwość i spokój
- Aktywność i zdecydowanie

AGRESJA - ETIOLOGIA

- Nadużywanie substancji psychoaktywnych
- Przemoc w rodzinie
- Zaburzenia osobowości
- Niski status socjoekonomiczny
- Urojenia
- Ołępienie

WYWIAD Z AGRESYWNYM PACJENTEM

- Czy kiedykolwiek myślał/a pani/pan o skrzywdzeniu kogoś?
- Czy kiedykolwiek pani/pan użył wobec kogoś przemocy fizycznej?
- Jaka była najbardziej agresywna rzecz jaka kiedykolwiek pani/pan zrobił?

Agresję można zmierzyć

- Agresja słowna
- Agresja fizyczna skierowana przeciw przedmiotom
- Agresja fizyczna skierowana przeciw sobie
- Agresja fizyczna skierowana przeciw innym

AGRESJA - POSTĘPOWANIE

- Pacjent nie współpracuje: trudności w zebraniu wywiadu, pobraniu krwi, zbadaniu
- I zadanie: uspokoić by móc przeprowadzić diagnostykę
- Rozważyć zastosowanie przymusu bezpośredniego

INFORMACJE WSKAZUJĄCE NA SOMATYCZNE PODŁOŻE ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

- Ostry początek z objawami zwiastunowymi
- Pierwsze tego typu zachowanie pacjenta
- Wiek geriatryczny
- Świeży uraz lub inna choroba somatyczna
- Nadużycie substancji psychoaktywnej
- Inne niż słuchowe zaburzenia spostrzegania
- Objawy neurologiczne
- Objawy wskazujące na zaburzenia świadomości
- Apraksja konstrukcyjna – niemożność narysowania zegara

SOMATOGENNE ZABURZENIA PSYCHICZNE

- Choroby tarczycy
- Infekcje ośrodkowego układu nerwowego
- Uraz głowy
- Ostry zespół wieńcowy
- Zatorowość płucna
- Zaburzenia elektrolitowe
- Encefalopatia wątrobowa
- Ostre zapalenie trzustki
- Psychozy steroidowe

LECZENIE

- Schizofrenia – haloperidol, BDA, zuklopentiksol, aripiprazol, olanzapina
- Mania – kwas walproinowy, BDA, zuklopentiksol, aripiprazol,
- Zaburzenia osobowości - kwas walproinowy, BDA, olanzapina
- Majaczenie – haloperidol
- Haloperidol i.m. 5-10 mg, diazepam i.m.10 mg, kwas walproinowy i.v. powolne podanie (3 min) 15mg/kg, potem 1-2 mg/kg/h, olanzapina i.m.10 mg, aripiprazol i.m. 9,75 mg, zuklopentiksol i.m. 50-100 mg

PACJENT Z MYŚLAMÍ SAMOBÓJCZYMÍ



SAMOBÓJSTWO

- Śmierć jest spostrzegana jako forma niebytu, uwolnienie się od podejmowania decyzji i życia w cierpieniu
- Samobójstwo jest wskaźnikiem społecznego nieprzystosowania, zachwiania więzi emocjonalnych
- Jest nie tylko czynem ostatecznym, ale całym ciągiem myśli i czynów prowadzących do samozniszczenia.
- Samobójstwo jest środkiem do osiągnięcia jakiegoś celu
- Nieudane zamachy na własne życie są manifestacją i prowokacją otoczenia do zwrócenia uwagi

SAMOBÓJSTWO

Sam akt samobójczy doprowadza do jednej z czterech możliwych sytuacji:

1. osoba chce umrzeć i umiera
2. chce umrzeć, ale pozostaje przy życiu
3. nie chce umrzeć, ale umiera
4. nie chce umrzeć i pozostaje przy życiu

SAMOBÓJSTWO W CHOROBAH SOMATYCZNYCH

- Padaczka – impulsywność, niepełnosprawność
- Uszkodzenia mózgu i rdzenia kręgowego, udary mózgu (zwłaszcza z tylnej okolicy)
- Nowotwory – w okresie ustalania diagnozy, w pierwszych 2 latach fazy terminalnej, ból
- HIV / AIDS
- Choroby przewlekłe, upośledzenie sprawności lokomocyjnej, ślepota, głuchota

SAMOBÓJSTWO - WHO

- W ciągu roku 1 mln osób!
- 1 z 10 najczęstszych przyczyn zgonów
- 1 z 3 najczęstszych przyczyn zgonów w grupie 15 - 35 lat
- w ciągu miesiąca poprzedzającego samobójstwo u lekarza było od 40 do 60% osób, które popełniają samobójstwo - znaczna większość zgłosiła się do lekarza pierwszego kontaktu, a nie do psychiatry
- samobójstwa dokonane: w 80–100 % w zaburzeniach psychicznych
- ryzyko popełnienia samobójstwa w ciągu życia przez osoby z depresją wynosi 6 – 15%, z alkoholizmem 7 – 15%, a ze schizofrenią 4 – 10%.



CZYNNIKI SOCJODEMOGRAFICZNE

- $M > K$ (wyjątek – Chiny)
- 15 – 30 lat i >65 roku życia
- Osoby rozwiedzione, owdowiałe, stanu wolnego
- Bezrobocie, niedawna utrata pracy
- Wieś (w RP)

ROZMOWA Z PACJENTEM Z MYŚLAMI SAMOBÓJCZYMI

- nie unikaj tematu
- odpowiedni klimat rozmowy - poczucie bezpieczeństwa, intymności, zrozumienia, braku pośpiechu (!)
- wysłuchanie dlaczego chce się zabić i jak chce to zrobić
- rozszerzanie kontekstu planowanego czynu o skutki dla rodziny, najbliższego otoczenia
- pytanie o potrzeby, których niezaspokojenie leży u podstaw decyzji o samobójstwie
- pokazywanie i uzasadnianie perspektywy osiągania celów różnymi drogami
- poszukiwanie w historii życia osoby takich sytuacji, w których poradziła sobie z kryzysem
- podkreślanie wagi jej życiowych osiągnięć i posiadanych zasobów
- próba negocjowania okresów odroczenia czynu, np. do czasu kolejnego spotkania



SAMOBÓJSTWO

3 rodzaje pacjentów z kontekstem samobójczym:

1. Potencjalny samobójca
2. Osoba po próbie samobójczej
3. Rodzina samobójcy

POTENCJALNY SAMOBÓJCA

- Czy myślał(a) o odebraniu sobie życia?
- Od kiedy występują myśli samobójcze?
- Czy rozmawiał(a) z kimś o swoich zamiarach?
- Jak chce odebrać sobie życie?
- Czy myśli o samobójstwie nawracają mimowolnie?
- Czy wcześniejsze kontakty z ludźmi i zainteresowania uległy zawężeniu?
- W jakich okolicznościach ma zamiar dokonać próby samobójczej

POTENCJALNY SAMOBÓJCA

- Czy ma pani/pan wrażenie, że życie jest nic nie warte ?
- Czy ma pan/pani myśli o odebraniu sobie życia?
- Czy ma pani/pan plan popełnienia samobójstwa? Jeśli tak to jaki?
- Czy kiedykolwiek miał/a pani/pan myśli samobójcze?
- Czy kiedykolwiek próbował/a pani/pan odebrać sobie życie? Proszę o tym opowiedzieć.

OSOBA PO PRÓBIE SAMOBÓJCZEJ

- W jakich okolicznościach dokonał(a) próby samobójczej?
- Jakie są przyczyny bezpośrednie i pośrednie samobójstwa?
- Czy to jest pierwsza próba samobójcza? Jeśli nie, jak wyglądały poprzednie?
- Co się działo w ostatnim tygodniu przed próbą samobójstwa?
- Co się działo w ostatnim dniu, godzinach przed próbą samobójstwa?
- Jak się czuł(a) po odzyskaniu przytomności?
- Czy w rodzinie były śmierci samobójcze? Jeśli tak, to kto i kiedy?

OSOBA PO PRÓBIE SAMOBÓJCZEJ

- Czy w chwili próby samobójczej był(a) pod wpływem środków zmieniających nastrój?
- Czy było wcześniej leczenie psychiatryczne? Jeśli tak, to kiedy i z jakim rozpoznaniem?
- Czy z obecnej perspektywy ponowił(a)by próbę samobójczą?
- Czy w ostatnim okresie życia utracił(a) kogoś bliskiego?
- Jakich strat doznał(a) w swoim życiu? Jak one wpłynęły na historię życia?

RODZINA SAMOBÓJCY

- każda próba samobójcza ujawnia kryzys w rodzinie, wydobywa na światło dzienne wadliwe relacje, izolację i osamotnienie jej członków
- jedno samobójstwo jest ciosem dla co najmniej **sześciu innych osób**, a jeśli wydarzy się w szkole czy miejscu pracy, oddziałuje na setki ludzi
- olbrzymia dawka cierpienia wyrażającego się przeżywaniem lęku, poczucia winy, wstydu, poczucia krzywdy
- dać ujście tym uczuciom
- tzw. tradycja suicydalna - występowanie samobójstw w kolejnych pokoleniach
- pomoc powinna doprowadzić do szybkiego zmobilizowania rodziny, aby udzieliła wsparcia bliskiemu, zapewniła mu bezpieczeństwo oraz sama wzmocniła swe więzi
- bardzo ważne jest wyrobienie przekonania, że rodzina potrzebuje i ma prawo do pomocy i opieki

SYNDROM PRZEDSAMOBÓJCZY

Do cech syndromu przedsamobójczego (E. Ringel) zalicza się:

- Zawężenie
- Hamowaną, skierowaną na siebie agresję
- Fantazje samobójcze

SYNDROM PRZEDSAMOBÓJCZY

ZAWĘŻENIE:

- nie widzi rozwiązania swojego trudnego położenia
- widzenie świata przez „czarne okulary”
- izolacja lub "czepianie się" jednej osoby jak ostatniej deski ratunku
- kieruje się często subiektywnymi ocenami, które są różne od ogólnie przyjętych wartości – rola „niepełnowartościowego outsidera”

SYNDROM PRZEDSAMOBÓJCZY

AUTOAGRESJA:

Silne napięcie wewnętrzne



Agresja wobec najbliższych



Brak ujścia agresji (zahamowanie, czynniki kulturowe)



Zwrot agresji przeciwko sobie

SYNDROM PRZEDSAMOBÓJCZY

FANTAZJE SAMOBÓJCZE – przekształcenie celu w rzeczywistość

3 etapy:

I. wyobrażenia bycia martwym (fantazje nie dotyczą samej śmierci, ale bycia martwym, który czuje smak zemsty nad tymi, co go opłakują) - jest zjawiskiem odwracalnym,

II. wyobrażenia podniesienia na siebie ręki bez konkretnych planów samobójstwa,

III. samobójstwo jest bardzo szczegółowo zaplanowane - faza najwyższego zagrożenia

MYŚLI „S” W ZABURZENIACH PSYCHICZNYCH

Epizod depresyjny

- Rozmyślanie o samobójstwie przez dni lub tygodnie
- Uczucie beznadziejności

Zaburzenia psychotyczne

- Uciążliwe halucynacje słuchowe, które nakłaniają do samobójstwa
- z silnym lękiem i w przypadku uczucia przebywania pod wpływem innych
- stan po ustąpieniu objawów wytwórczych – depresja popsychotyczna

MYŚLI „S” W ZABURZENIACH PSYCHICZNYCH

Uzależnienie od alkoholu i narkotyków

- nastrój depresyjny z towarzyszącym rozhamowaniem
- impulsywne myśli samobójcze

Zaburzenia osobowości

- w związku z wysokim napięciem
- w związku z ekstremalnymi emocjami (nienawiść, złość)
- po konfliktach w związku (rozłuka) lub konflikty w pracy (zwolnienie)
- sytuacja, która jest przeżywana jako silnie chorobliwa lub raniąca

PRZYMUS BEZPOŚREDNI



Akty prawne

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego
z dnia 19 sierpnia 1994 r.

PRZYMUS BEZPOŚREDNI

Przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy wykonywaniu czynności przewidzianych w niniejszej ustawie (art. 18.1), można stosować tylko wtedy, gdy:

- przepis niniejszej ustawy do tego upoważnia albo gdy osoby te:

PRZYMUS BEZPOŚREDNI

1. dopuszczają się zamachu przeciwko:

życiu lub zdrowiu własnemu lub innej
osoby,

lub

bezpieczeństwu powszechnemu

(pożar, katastrofa wybuch)

PRZYMUS BEZPOŚREDNI

2) w sposób gwałtowny niszczą lub uszkodzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu,

3) poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

RODZAJE PRZYMUSU BEZPOŚREDNIEGO

1. przytrzymanie
2. przymusowe zastosowanie leków
3. unieruchomienie
4. izolacja

RODZAJE PRZYMUSU BEZPOŚREDNIEGO

Przytrzymanie jest doraźnym, krótkotrwałym unieruchomieniem osoby z użyciem siły fizycznej.

Przymusowe zastosowanie leków jest doraźnym lub przewidzianym w planie postępowania leczniczego wprowadzeniem leków do organizmu osoby - bez jej zgody.

RODZAJE PRZYMUSU BEZPOŚREDNIEGO

Unieruchomienie jest dłużej trwającym obezwładnieniem osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa.

Izolacja polega na umieszczeniu osoby, pojedynczo, w zamkniętym pomieszczeniu.

KAFTAN BEZPIECZEŃSTWA



PASY OCHRONNE



PASY OCHRONNE



PASY OCHRONNE



PASY OCHRONNE



PASY OCHRONNE



PRZYMUS BEZPOŚREDNI

- O zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje **lekarz**,
- W szpitalach psychiatrycznych, **innych zakładach leczniczych**, jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej ... jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje... **pielegniarka**, która jest obowiązana niezwłocznie zawiadomić o tym lekarza.
- Każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenia o możliwości jego zastosowania odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

PRZYMUS BEZPOŚREDNI

- Przymus bezpośredni stosuje się nie dłużej niż przez czas niezbędny do uzyskania pomocy lekarskiej, a w przypadku gdy jej uzyskanie jest utrudnione, na czas niezbędny do przewiezienia osoby do podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego.
- Przewiezienie osoby z zastosowaniem przymusu bezpośredniego następuje w obecności zespołu ratownictwa medycznego.



PRZYMUS BEZPOŚREDNI

- ... jednostki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne,
- Policja,
- jednostki Służby Więziennej oraz
- Państwowa Straż Pożarna
- są obowiązane do udzielania lekarzowi, pielęgniarce lub kierującemu akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych pomocy na ich żądanie.

PRZYMUS BEZPOŚREDNI

5. Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji osoby, o której mowa w ust. 2, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w ... wobec osoby, o której mowa w ust. 1, której pomocy udziela zespół ratownictwa medycznego, decyduje i nadzoruje osobiście **kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych**, który jest obowiązany niezwłocznie zawiadomić o tym dyspozytora medycznego.

PRZED ZASTOSOWANIEM PRZYMUSU

uprzedza się o tym osobę, wobec której środek ten ma być podjęty

należy odebrać osobie przedmioty, które mogą być niebezpieczne dla życia lub zdrowia tej osoby albo innych osób, a w szczególności przedmioty ostre, okulary, protezy zębowe, pas, szelki, sznurowadła, zapalki

PRZYMUS BEZPOŚREDNI

Każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenia o możliwości jego zastosowania odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

PRZYMUS BEZPOŚREDNI

Przy wyborze środka przymusu należy wybierać środek możliwie dla tej osoby **najmniej uciążliwy**, a przy stosowaniu przymusu należy zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby.

§ 10

1. Stan fizyczny osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej pielęgniarka kontroluje **nie rzadziej niż co 15 minut**, również w czasie snu tej osoby.

PRZYMUS BEZPOŚREDNI W SOR

§ 14 W przypadku gdy zastosowanie przymusu bezpośredniego ma miejsce w podmiocie leczniczym innym niż określony w § 13 ust. 1 (szpital psychiatryczny) albo zlecającym jego zastosowanie jest lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, grupowej praktyki lekarskiej albo grupowej specjalistycznej praktyki lekarskiej, jest ono odnotowywane odpowiednio w historii choroby lub historii zdrowia i choroby.

PRZYMUS BEZPOŚREDNI W SOR

Art. 18.10. Zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego:

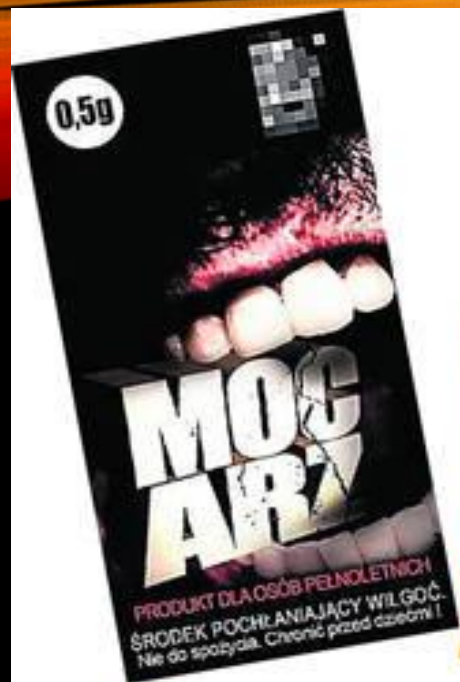
- 1) przez lekarza podmiotu leczniczego, w tym lekarza, który zatwierdził stosowanie środka przymusu bezpośredniego zleconego przez inną osobę – ocenia, w terminie 3 dni, kierownik tego podmiotu, jeżeli jest lekarzem, lub lekarz przez niego upoważniony;
- 2) przez innego lekarza, pielęgniarkę jednostki organizacyjnej pomocy społecznej lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych – ocenia, w terminie 3 dni, upoważniony przez marszałka województwa lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii.

DOPALACZE



DOPALACZE

- termin nienaukowy, potoczne określenie różnego rodzaju produktów (grupy substancji pochodzenia roślinnego lub syntetycznego) zawierających substancje psychoaktywne (wykazujące rzekome bądź faktyczne działanie psychoaktywne), które nie znajdują się na liście środków kontrolowanych przez ustawę o przeciwdziałaniu narkomanii
- spożycie ich ma na celu wywołanie w organizmie jak najwierniejszego efektu narkotycznego substancji zdelegalizowanych



DOPALACZE

Dopalacze występują w internecie pod nazwami:

- „chemikalia do badań”
- „sole kąpielowe”
- „do badań botanicznych”
- „pożywka dla roślin”
- „nawóz roślinny”
- „kadzidełka”
- „środek pochłaniający wilgoć”
- „substrat środków czyszczących”

DOPALACZE - SKŁAD

- skład chemiczny nie jest w pełni znany
- jest często zmieniany w celu uniknięcia ograniczeń wprowadzonych przez zakazy antynarkotykowe
- jest zmieniany szybciej niż przepisy sankcjonujące wykorzystanie poszczególnych składników
- potencjalnych związków chemicznych, które wykazują działanie psychoaktywne i z których można otrzymać różnego rodzaju substancje jest przynajmniej **12 tysięcy!!!**

DOPALACZE - SKŁAD

- Specyfika produkcji dopalaczy polega na tym, że są one produkowane z substancji, które nie są niedozwolone
- dopiero ich mieszanka (odpowiednia receptura) powoduje działanie ukierunkowane i groźne dla zdrowia i życia człowieka
- producenci umieszczają na opakowaniach klauzulę „*produkt kolekcjonerski*”, „*nie nadaje się do spożycia*”, a zatem zażywany jest na własną odpowiedzialność

DOPALACZE – SKŁAD - ŚMIECI

- Muchomor czerwony
- Pestycydy
- Ołów
- Rtęć
- Trutka na szczury
- Zużyte, pokruszone świetlówki

DOPALACZE - 3 GRUPY TZW. DESIGNER DRUGS:

1. SPICE - środki pochodzenia głównie roślinnego (susze, kadzidełka), które stosuje się tak jak tytoń (pali w fajkach, czy wykonuje z nich tzw. skręty) lub spala w pomieszczeniu tak jak kadzidełka, mające w sposób legalny powodować efekty zbliżone do palenia marihuany czy opium
2. PARTY PILLS - środki pochodzenia głównie syntetycznego, sprzedawane w formie tabletek lub proszków w torebkach, które zawierają mieszanki różnych grup związków działających psychoaktywnie: stymulantów, opioidów, halucynogenów, dysocjantów, empatogenów
3. środki syntetyczne zawierające jedną, konkretną substancję, która (jeszcze) nie jest zakazana, sprzedawane w postaci znaczków do lizania, małych pigułek i w innych formach; środki te są stosunkowo najmniej popularne

DOPALACZE – OBJAWY ZAŻYCIA

PSYCHICZNE

- Nadwrażliwość zmysłów
- Labilność nastroju
- Halucynacje (kolorowe, przerażające wizje)
- Gonitwa myśli, splątanie
- Znaczne pobudzenie, agresja
- Poczucie szczęścia i podniecenia

SOMATYCZNE

- Tachykardia
- Hipertermia
- ↑ RR
- Bóle wieńcowe
- Zawroty głowy
- Bełkotliwa mowa
- Brak odczuwania bólu i głodu
- Impotencja, zaburzenia oddawania moczu

DOPALACZE – OBJAWY ZAŻYCIA

PSYCHICZNE

- Napady paniki
- Urojenia
- Znużenie, spowolnienie
- Próby samobójcze
- Realne sny
- Słowotok
- Bezsenność

SOMATYCZNE

- Wymioty
- Drżenie rąk
- Zgrzytanie zębami
- Intensywne pocenie
- Brązowienie skóry
- Dusznosc
- Szczękościsk
- Oczopląs
- Źrenice – szpilkowate lub rozszerzone

DOPALACZE – „MOCARZ”

- „Mocarz” to susz roślinny nasączony syntetyczną substancją z grupy pochodnych kanabinoidów
- syntetyczny nowoczesny i bardzo silny narkotyk o dużym potencjale uzależniającym, po wypaleniu którego występują efekty bardzo podobne do tych, jakie wywołuje marihuana i haszysz,
- zawiera 114 składników, wpisanych na listę zakazanych
- siła działania 800 razy większą niż niesyntetyczna marihuana
- „wyszczerzenie mózgu” – uczucia osób, które zażyły „Mocarza”
- po zażyciu nie ma się kontroli nad własnym ciałem.
- w skrajnych sytuacjach może dojść do zatrzymania akcji serca i ciężkiej niewydolności OUN

DOPALACZE - KONSEKWENCJE

- Osoby z ostrymi zatruciami w przebiegu używania „dopalaczy” o mniejszym nasileniu objawów rzadko trafiają do placówek ochrony zdrowia.
- W przypadku cięższych postaci ostrych zatruc trafiają one głównie na oddziały toksykologiczne.
- Część ostrych zatruc może się przejawiać zaburzeniami psychicznymi: najczęściej podnieceniem (substancje stymulujące), rzadziej urojeniami (substancje stymulujące i halucynogenne) oraz omamami i lękiem o nasileniu paniki (substancje halucynogenne).
- Część tych zaburzeń przemija spontanicznie bez leczenia, część wymaga krótkiego leczenia objawowego.

DOPALACZE - KONSEKWENCJE

- Zejściem intoksykacji (szczególnie wielokrotnej po substancjach stymulujących) mogą być zespoły depresyjne.
- U części osób dłużej i intensywniej przyjmujących „dopalacze” może dochodzić do wystąpienia przewlekłych psychoz omamowo-urojeniowych, wymagających leczenia szpitalnego.
- U niektórych osób, szczególnie używających substancji stymulujących, może dojść do uzależnienia.

ALCOHOL



MAJACZENIE ALKOHOLOWE

Objawy psychopatologiczne:

- Niepokój – ucieczki, samouszkodzenia, samobójstwa
- Dezorientacja, zaburzenie kontaktu
- Iluzje i omamy wzrokowe (słabe natężenie barw, wielkość)
- Objaw białej kartki, objaw Liepmanna
- Automatyzmy psychosensoryczne
- Urojenia onejroidalne
- Luki pamięciowe
- Zespół skubania nitek

MAJACZENIE ALKOHOLOWE

Objawy somatyczne:

- Zaburzenia elektrolitowe (głównie ↓K)
- Wzmoczona potliwość
- Tachykardia
- Grubofaliste drżenie rąk, języka, głowy
- Napady padaczkowe

Izba wytrzeźwień

1. Osoby w stanie nietrzeźwości, które swoim zachowaniem dają powód do zgorszenia w miejscu publicznym lub w zakładzie pracy, znajdujące się w okolicznościach zagrażających ich życiu lub zdrowiu albo zagrażających życiu lub zdrowiu innych osób, mogą zostać doprowadzone do izby wytrzeźwień lub placówki, podmiotu leczniczego albo do miejsca zamieszkania lub pobytu.
2. W razie braku izby wytrzeźwień lub placówki osoby, o których mowa w ust. 1, mogą być doprowadzone do jednostki Policji.

Art. 40 Ustawy z dnia 26 października 1992 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi

ZESPOŁY POLEKOWE



ZŁOŚLIWY ZESPÓŁ NEUROLEPTYCZNY - ZZN

- Jedno z najpoważniejszych i zagrażających powikłań farmakoterapii lekami przeciwpsychotycznymi
- Zespół powstaje w wyniku blokady przez w/w leki receptorów dopaminergicznych w mózgu (podwzgórze, zwoje podstawy mózgu, układ nigrostriatalny – istota czarna i prążkowie).
- Zależnie od kryteriów rozpoznania od 0,02% - 3 % leczonych neuroleptykami, śmiertelność wynosi od 5-20%.
- Częściej zespół występuje w młodym wieku, bardziej jest narażona płeć męska i osoby które już przechodziły ZZN.

ZZN – CZYNNIKI RYZYKA

- silne NL I generacji
- zbyt szybkie zwiększenie dawki leku
- częściej przy domięśniowym podaniu leku w postaci tzw. depot.
- polipragmazja np. NL z solami litu lub z karbamazepiną
- wyniszczenie, odwodnienie, uszkodzenie OUN
- nagłe odstawienie leków przeciwparkinsonowskich
- inne leki np. przeciwwymiotne (metoclopramid), rezerpine, narkotyków np. amfetaminy i kokainy

ZZN - OBJAWY

- wysoka temperatura ciała (hipertermia),
- objawy pozapiramidowe – akineza, sztywność mięśniowa, drżenie mięśniowe, objaw „scyzorykowy”, „koła zębatego”
- objawy wegetatywne – tachykardia, tachypnoe, wzrost ciśnienia tętniczego krwi, ślinotok, nadmierne pocenie, bezmocz,
- dysfagia,
- zaburzenia świadomości o różnym nasileniu od przymglenia do śpiączki
- zgon zazwyczaj następuje w przypadku późnego rozpoznania ZZN wskutek powikłań ze strony układu krążenia, oddechowego i niewydolności nerek.

ZZN - OBJAWY

- dyzuria,
- bladość,
- pocenie,
- zmiany troficzne skóry,
- duszność,
- zaburzenia rytmu serca,
- przymusowe ustawienie gałek ocznych,
- napady drgawkowe,
- zaburzenia motoryczne najpierw pobudzenie, potem spowolnienie aż do akinezy,
- katalepsja woskowata,
- mutyzm,
- opistotonus,
- szczękocisk,
- ruchy mimowolne,
- drżenia,
- zaburzenia oddechowe
-

ZZN - DIAGNOSTYKA

- spłaszczenie rytmu w zapisie EEG,
- wzrost kinazy fosfokreatyninowej (CPK) powyżej 400 j. M/l,
- leukocytoza ponad 15 tys /l,
- wzrost aktywności aminotransferaz,
- kwasica metaboliczna,
- mioglobinuria,

ZESPÓŁ SEROTONINOWY

- powikłanie leczenia depresji przy użyciu leków o serotoninyowym mechanizmie działania, zwłaszcza z grupy tzw. SSRI ale także w leczeniu skojarzonym SSRI z TLPD (trójcycliczne leki przeciwdepresyjne), SNRI (inhibitory wychwyty noradrenaliny i serotoniny), IMAO (inhibitory monoaminooksydazy – enzymu inaktywującego serotoninę)
- w wyniku gwałtownego i istotnego wzrostu poziomu serotoniny w synapsie nerwowej, do którego dochodzi poprzez zablokowanie wychwyty serotoniny przez (SSRI) oraz w wyniku blokady enzymu inaktywującego serotoninę (leki z grupy IMAO)

ZESPÓŁ SEROTONINOWY

- SSRI:
 - fluoksetyna (Prozac, Deprexetin, Bioxetin, Seronil, Fluoxetin, Fluoksetyna, Apo-Flox, Fluctin, Andepin, Deprenon, Fluctine, Fluval, Sarafem)
 - fluwoksamina (Fevarin, Floksyfral, Luvox)
 - paroksetyna (Seroxat, Rexetin, Paxil, Deroxat)
 - sertralina (Zoloft, Gladem, Asentra, Stimuloton)
 - citalopram (Cipramil, Cital, Aurex, Citaratio, Seropram, Celexa)
- SNRI: wenlafaksyna, duloksetyna
- TLPD: klomipramina, amitryptylina, doksepina, opipramol
- IMAO – selektywny - moklobemid

ZESPÓŁ SEROTONINOWY – CZYNNIKI RYZYKA

- po zastosowaniu lub zwiększeniu dawki leku o działaniu serotoninowym
- polipragmazja np. kilka leków przeciwdepresyjnych o podobnym działaniu zwiększającym poziom serotoniny w synapsie
- SSRI zastosowane łącznie z inhibitorami MAO, L-tryptofanem lub litem.
- FLUOKSETYNA – $T_{1/2}$ wynosi 2-7 dni, a jej metabolitu – norfluoksetyny – 7-9 dni, potencjalny okres działania fluoksetyny wynosi więc około 5 tygodni!!!
- MOKLOBEMID – 14 dni przerwy !!!

ZESPÓŁ SEROTONINOWY - OBJAWY

- Podobne do występujących w przebiegu ZZN
- CK w normie !!!
- Zaburzenia świadomości- przymglenie
- Objawy hipomanii – podwyższony nastrój, wesołkowatość itp.
- Drżenia i skurcze mięśni
- Wzmożone odruchy ścięgniste i okostnowe
- Zaburzona koordynacja ruchów
- Dreszcze, poty i hipertermia
- Biegunka
- Drgawki

LECZENIE

- natychmiastowe odstawienie leków mogących wywołać zespół
- monitorowanie podstawowych funkcji życiowych, tlenoterapia,
- podawanie leków przeciwgorączkowych, zimne okłady na ciało
- podawanie leków zmniejszających napięcie mięśniowe – BDZ np. diazepam (Relanium, Relsed) do 100mg / 24h, klonazepam (Clonazepan, Rivotril) do 1,5mg/24h, lorazepam (lorafen) do 6mg/24h
- nawadnianie (wlewy kroplowe)
- Zmniejszenie ciśnienia tętniczego
- W ZZN - objawowo podaje się bromokryptynę do 6-8mg / 24h, amantadynę 200-400mg/24h, L-dopę do 300mg/ 24h ,

AKATYZJA

- niepokój ruchowy z nieprzyjemnymi doznaniem w mięśniach, które zmuszają do ciągłego poruszania się
- pacjent nie potrafi w spokoju siedzieć, ani też stać, musi często chodzić tam i z powrotem, przestępować z nogi na nogę oraz zmieniać położenie nóg (prostowanie, przykurczanie, krzyżowanie, kiwanie stopą w trakcie siedzenia)
- objawom ruchowym towarzyszy zwykle lęk, rozdrażnienie i trudny do zniesienia niepokój
- akatyzja zaliczana jest do najczęstszych polekowych pozapiramidowych objawów niepożądanych

AKATYZJA

- Ryzyko wystąpienia objawów akatyzji wzrasta wraz z szybkim tempem zwiększania dawki neuroleptyku.
- Objawy mogą się ujawnić również po odstawieniu tak neuroleptyku, jak i leku stosowanego do opanowywania pozapiramidowych objawów niepożądanych, lub szybkim zmniejszeniu ich dawki (do 6 tygodni!)
- Leczeniem z wyboru jest zmniejszenie dawki neuroleptyku
- Leki antycholinergiczne (Akineton – biperiden) gdy towarzyszą inne obj. pozapiramidowe
- BDA
- Propranolol 30 -120 mg na dobę

Z PRAKTYKI OROZ



PODSTAWY PRAWNE DZIAŁANIA OROZ

- Ustawa o izbach lekarskich z 02.12.2009 r.
- kpk – w sprawach nieuregulowanych
- regulamin wewnętrzny urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej

PRZEWINIENIE ZAWODOWE

Art. 53.

Członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, zwane dalej "przewinieniem zawodowym".

POSTĘPOWANIE

Art. 55.1

Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej obejmuje:

- 1) czynności sprawdzające;
- 2) postępowanie wyjaśniające;
- 3) postępowanie przed sądem lekarskim;
- 4) postępowanie wykonawcze.

CZEGO OCZEKUJĄ PACJENCI OD OROZ?

- Wskazania specjalisty
- Przyspieszenia przyjęcia
- Wykonania „ostrego tonem” telefonu do lekarza
- Zorganizowania konsylium
- Zmiany ustaw / systemu ochrony zdrowia
- Zwolnienia lekarza z pracy
- Darmowego przygotowania materiału do sądu

CZEGO OCZEKUJĄ PACJENCI OD OROZ?

- Wymuszenia na lekarzu określonego świadczenia
- Odszkodowania
- Nowej protezy
- Zdyscyplinowania lekarza
- Zapobieżenia „złej praktyce” lekarza

CZEGO OCZEKUJĄ LEKARZE OD OROZ?

- Rozstrzygnięcia konfliktu
- Uporządkowania systemu pracy (dyrektorzy)
- Obrony przed „oskarżeniem” pacjenta

CO OTRZYMUJĄ PETENCI OD OROZ?

- Wysłuchanie
- Pouczenie
- Wyjaśnienie, że w NFZ nie mieli racji
- Nic

BŁĄD MEDYCZNY

- Błąd lekarski, w sztuce medycznej
- W orzeczeniu SN z 01.04.1955 r. wskazano, iż błędem w sztuce lekarskiej jest czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodna z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym.
- lekarz może podlegać odpowiedzialności karnej w sytuacji, gdy błąd był wynikiem zachowania lekarza, który podczas leczenia nie zachował obowiązujących norm postępowania medycznego wypracowanych przez naukę, w sytuacji, w której mógł przewidzieć zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta.

NIEPOWODZENIE W LECZENIU

- nieprzewidziany, niepomyślny wynik leczenia, który nastąpił mimo prawidłowej diagnozy, zastosowanego właściwego leczenia oraz starannej opieki medycznej.
- w praktyce największa częstość niepomyślnych skutków obserwuje się w chorobach o tzw. piorunującym, rozwijającym się skrycie przebiegu, czy też w chorobach z niecharakterystycznymi objawami (choroby nowotworowe, choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie tętnicze czy ostry stan infekcyjny)
- im pacjent zgłosi się do lekarza później, tym zwiększa się ryzyko niepowodzenia, mimo iż lekarz uczynił wszystko co mógł
- pacjenci obarczają winą lekarza, że nie zostali wyleczeni

JAK POSTĘPOWAĆ?

- przeprowadzać wszelkie postępowanie z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas – 8 KEL
- podejmować leczenie jedynie po uprzednim zbadaniu pacjenta – 9 KEL
- nie wykraczać poza swoje umiejętności zawodowe – 10 KEL
- życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą, prawo do intymności i prywatności – 12 KEL

JAK POSTĘPOWAĆ?

- W przypadku popełnienia pomyłki lub wystąpienia powikłań poinformować chorego i podjąć działania dla naprawy ich następstw – 21 KEL
- Dochowywać tajemnicy lekarskiej – 23 KEL
- Wydawać zaświadczenia na podstawie aktualnego badania lub odpowiedniej dokumentacji – 40 KEL

JAK POSTĘPOWAĆ?

- okazywać innym lekarzom wzajemny szacunek zwłaszcza seniorom i byłym nauczycielom – 52 KEL
- zachować szczególną ostrożność w formułowaniu opinii o działalności zawodowej innego lekarza, a wszelkie uwagi przekazać przede wszystkim temu lekarzowi – 52 KEL
- nie posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub nie zweryfikowane naukowo – 57 KEL

JAK POSTĘPOWAĆ?

- lekarz nie powinien wyrażać zgody na używanie swego nazwiska i wizerunku dla celów komercyjnych – zakaz reklamy – 63 KEL
- zachowywać trzeźwość w pracy – 64 KEL
- jeżeli z zatrudnienia wynika, że winien spełniać swe obowiązki bez świadczeń finansowych nie może żądać wynagrodzenia ani uzależniać leczenia od uzyskania materialnych korzyści – 68 KEL

JAK POSTĘPOWAĆ?

- Pisz co robisz, rób co piszesz
- Rozmawiaj z pacjentem i jego rodziną
- Przywitaj się z pacjentem
- Przeproś gdy się spóźnisz
- Nie okazuj pośpiechu i zniecierpliwienia
- Nie oczekuj wdzięczności
- Kłopoty własne pozostaw za sobą

○ CZYM PAMIĘTAĆ (DLA SIEBIE) ?

- Lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze – 6 KEL
- W szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia chorego, z wyjątkiem przypadków nie cierpiących zwłoki; lekarz winien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej – 7 KEL

RZECZNIK PRAW LEKARZA

- Podstawowym zadaniem Rzecznika Praw Lekarza jest występowanie w obronie godności zawodu lekarza i obrona zbiorowych interesów lekarzy.
- W uzasadnionych przypadkach Rzecznik Praw Lekarza podejmuje też interwencje na rzecz indywidualnego lekarza, szczególnie, gdy naruszenie jego praw może mieć konsekwencje dla całego środowiska.
- Rzecznikiem Praw Lekarza przy WIL jest dr n. med. Sławomir Smół.



artur.derosier@hipokrates.org

603-1 62-384

