

# Wnioski dla psychiatrii praktykującego pomoc doraźną w psychiatrii: stany zagrożenia w leczeniu ambulatoryjnym

Kimberly Nordstrom, MD, JD, Michael H. Allen, MD

- Wszystkie ośrodki kliniczne dla chorych psychicznie potencjalnie mogą być niebezpieczne.
- Niektóre cechy charakterystyczne chorych psychicznie korelowały z większym ryzykiem gwałtownych zachowań.
- Psychiatrii i inni klinicyści muszą mieć świadomość możliwych zagrożeń i dysponować odpowiednim planem postępowania.
- Poradnie powinny prowadzić edukację na temat technik deeskalacji przemocy.

## Streszczenie

*Powszechnie wiadomo, że personel pielęgniarski i lekarze są narażeni na potencjalnie niebezpieczne sytuacje podczas opieki nad chorymi. Badania wykazały, że ataki ze strony pacjentów mają bezpośrednie i odległe konsekwencje dla personelu, włącznie z powodowaniem zaburzeń lękowych i wypalenia zawodowego. Temat ten był szeroko omawiany w piśmiennictwie, jednak głównie w odniesieniu do szpitali. Autorzy tego artykułu wyszukali kilka różnic między leczeniem szpitalnym a ambulatoryjnym, uwzględniając te dotyczące personelu i otoczenia. Zwrócono uwagę na sytuacje, które są całkiem różne, mając nadzieję, że lekarze nie zakładają z góry, że są bezpieczni i mają możliwość przedsięwzięcia skutecznych działań mogących zapobiec aktom przemocy. Pomocne, chociaż nie zawsze możliwe, może być opracowanie protokołu postępowania w sytuacjach zagrożenia. Można wykorzystać go w sytuacjach, w których nie zawsze udaje się zachować jasność myślenia. Po wystąpieniu incydentu kluczowe znaczenie ma stosowanie techniki debriefingu, która może zapobiegać wystąpieniu zaburzeń lękowych i, być może, zespołu wypalenia. W zapobieganiu kolejnym incydentom przydatny może być przegląd administracyjny.*

## Wprowadzenie

Praca lekarzy bezpośrednio opiekujących się pacjentami może wiązać się z zagrożeniem fizycznym. Pacjenci z bardzo różnymi rozpoznaniem, przebywający w różnych środowiskach – od oddziałów pomocy doraźnej, przez oddziały szpitalne, po domy opieki – mogą stawać się agresywni słownie lub fizycznie. Badania koncentrowały się na cechach charakterystycznych agresora i ofiary, przeglądzie broni, edukacji i konsekwencjach, które mogą obejmować zmniejszenie satysfakcji z wykonywanej pracy, zespół wypalenia i, u niektórych poszkodowanych, zaburzenie stresowe pourazowe (posttraumatic stress disorder, PTSD).<sup>1</sup> Na podstawie danych z piśmiennictwa nie można jasno stwierdzić, w jakim stopniu te dane dotyczą placówek ambulatoryjnych. Oddziały pomocy doraźnej i oddziały szpitalne mają bardzo niewiele wspólnego z ośrodkami ambulatoryjnymi. Spotykane sytuacje, przeszkody, a nawet reakcje mogą okazać się trudne. Z wyjątkiem tra-

gedii nagłaśnianych przez media stosunkowo niewiele pisze się na ten temat. Pamiętając o tym, autorzy doszli do wniosku, że zagadnienie to wymaga dokładniejszego omówienia.

## Pacjent

Rzeczywiste zagrożenia związane z pacjentem w ośrodku ambulatoryjnym nie są szczególnie odmienne od spotykanych w warunkach szpitalnych, jednak ta pierwsza sytuacja ze względu na panujące warunki może stanowić większe wyzwanie. Chorzy mogą zgłaszać się z ostrymi skłonnościami samobójczymi, zabójczymi, w stanach zatruc lub chcąc wyłudzić leki. Mogą mieć takie samo rozpoznanie i nasilenie objawów jak pacjenci leczeni w warunkach szpitalnych. Niektóre podgrupy pacjentów ambulatoryjnych mogą stwarzać większe zagrożenie niż inne. Ryzyko może być większe u psychiatrów sądowych lub zajmujących się uzależnieniami.

Dr Nordstrom, emergency psychiatrist, Denver Health Medical Center, outpatient psychiatrist, Colorado West Regional Mental Health Center, instructor, University of Colorado, Denver; dr Allen, director of research, University of Colorado, Denver Depression Center.

Dr Nordstrom jest konsultantem Alexza Pharmaceuticals. Dr Allen jest konsultantem Alexza, współpracuje z biurem prasowym Pfizer, otrzymuje wsparcie badawcze od Janssen, National Alliance for Research on Schizophrenia and Depression, National Institute of Mental Health (NIMH) oraz honoraria od AstraZeneca i NIMH.

Adres do korespondencji: Kimberly Nordstrom, MD, JD, PO Box 770433, Steamboat Springs, CO 80477, Stany Zjednoczone; e-mail: Nordstrom\_kimberly@yahoo.com

Niektóre zagrożenia mogą wiązać się z chorobą podstawową, są również skorelowane z leczeniem przymusowym. Pacjenci leczeni na podstawie wyroków sądowych rzadziej współpracują i nawiązują pozytywną relację z personelem. Badania<sup>4</sup> wykazują również, że niektórzy chorzy na schizofrenię częściej mogą przejawiać gwałtowne, impulsywne zachowania. W tabeli przedstawiono objawy prognozujące agresywne zachowania na podstawie objawów pozytywnych i negatywnych.

Także osoby chcące wyłudzić leki mogą przejawiać zachowania agresywne. Jeżeli lekarz sprzeciwia się prośbom o przepisanie leków, może dojść do eskalacji agresywnych zachowań. Należy zwrócić uwagę na to, w jaki sposób to się odbywa. Konieczne może być, aby lekarz pod byle pretekstem wyszedł i wrócił z pomocą, by zapewnić sobie bezpieczeństwo. Jest to oczywiście korzystniejsza sytuacja niż wypisywanie recepty pod przymusem. Czasem takim sytuacjom można zapobiec przez wykonywanie odpowiednich badań przesiewowych przed przyjęciem pacjenta w poradni. W recepcji pacjent powinien otrzymać kwestionariusz przesiewowy, w którym znajduje się pytanie o powód wizyty, a czasami również prośba o wymienienie przyjmowanych leków. Może to pomóc w wyborze pacjentów, którzy będą mogli być przyjęci przez lekarza, i zapobiec zgłaszaniu się osób chcących wyłudzić leki.

Pewna podgrupa pacjentów może przejawiać większą skłonność do przemocy. Powszechnie wiadomo, że psychiatrzy zajmujący się zdrowiem psychicznym często mogą padać ofiarą przemocy. W badaniu sondażowym,<sup>5</sup> które obejmowało psychiatrów należących do dużej organizacji zajmującej się zdrowiem psychicznym, stwierdzono, że większość sprawców przemocy stanowili mężczyźni z rozpoznaniem zaburzeń osobowości lub innych poważnych zaburzeń psychicznych. Badania retrospektywne dotyczące sprawców pomagają określić cechy sprzyjające stosowaniu przemocy. W badaniu,<sup>6</sup> które dotyczyło szpitala o wysokim stopniu zabezpieczeń w Wielkiej Brytanii, stwierdzono, że wśród sprawców przemocy częściej spotykani byli młodzi, żyjący samotnie mężczyźni o minimalnym poziomie wykształcenia, wśród

których w większości rozpoznawano zaburzenia psychotyczne lub zaburzenia osobowości. W badaniu<sup>7</sup> osób skazanych za prześladowanie stwierdzono zależność między aktami przemocy a cechami nieprawidłowej osobowości. Niektórzy badacze próbowali ustalić, którzy sprawcy przemocy często będą powtarzać swoje zachowania. W badaniu<sup>8</sup> obejmującym 200 prześladowców stwierdzono, że sprawcy wielokrotnych aktów prześladowania często mieli >30 lat, motywację w postaci odegrania się lub zainicjowania zbliżenia, lub przejawiali objawy psychotyczne. Podstawowe znaczenie ma upewnienie się, że zostały postawione odpowiednie granice, które są utrzymywane przez cały czas leczenia. Ponieważ wśród prześladowców dużą grupę stanowią osoby dążące do zainicjowania zbliżenia, w zapobieganiu pomocne może być odpowiednie reagowanie na problemy związane z przeniesieniem.

Prześladowanie jest nie tylko niechcianym zachowaniem pojawiającym się wtórnie do przeniesienia. Można łatwo to zrozumieć po pierwszych kilku sesjach, jednak problemy związane z przeniesieniem i przeciwprzeniesieniem mogą pojawić się w każdym etapie relacji. Niechciane zachowania ze strony pacjenta mogą nawet stanowić reakcję na przeciwprzeniesienie lekarza. Przez cały czas trwania terapii należy uwzględniać dynamicznie rozumiane potrzeby w relacji pacjent-lekarz.

### Wyzwania: personel i ośrodek

Wyzwania można podzielić na dwie kategorie: związane bezpośrednio z lekarzem i związane bezpośrednio z ośrodkiem. Wśród personelu ofiarą przemocy najczęściej padają osoby, które najczęściej kontaktują się z pacjentami, przede wszystkim pielęgniarki.<sup>9,10</sup> Obserwuje się tak wiele aktów przemocy wobec pielęgniarek pracujących w szpitalach publicznych, że napaści fizyczne są uznawane za jedną z najczęstszych przyczyn urazów w miejscu pracy.<sup>11</sup> Brakuje danych dotyczących częstości aktów przemocy w ośrodkach ambulatoryjnych, dlatego nie wiadomo dokładnie, które osoby z personelu medycznego są najbardziej zagrożone. W typowych ga-

binetach prywatnych psychiatra może pracować całkiem sam lub z minimalną liczbą personelu. Większe poradnie mogą bardziej przypominać szpitale pod względem składu personelu, z dużą liczbą lekarzy, pielęgniarek, techników i personelu biurowego. Uważa się, że ryzyko przemocy jest proporcjonalne do stopnia zaangażowania w bezpośrednią opiekę nad pacjentem.

Należy zachować równowagę między poszanowaniem prywatności pacjenta a bezpieczeństwem lekarza. Podczas samodzielnego badania potencjalnie niebezpiecznego pacjenta lekarz może poinformować kolegę o tej sytuacji. Wizyty niektórych pacjentów mogą odbywać się tylko pod warunkiem obecności w poradni innych osób z personelem. Jest też taka kategoria pacjentów, których nie należy badać samodzielnie w żadnym ośrodku, a podczas rozmowy z nimi konieczna może być obecność lub przebywanie w pobliżu innej osoby. Jeżeli ryzyko przemocy jest ewidentne, najlepszym wyjściem dla pacjenta może być bezpośrednie skierowanie go do szpitala z zapewnieniem odpowiedniego środka transportu.

W piśmiennictwie<sup>9,12,13</sup> zachęca się do szkolenia w technikach deeskalacji i zapobiegania przemocy. Wielu lekarzy, którzy doświadczyli agresji słownej lub napaści fizycznej, miało poczucie, że nie zostali wystarczająco przygotowani do tych sytuacji.<sup>14</sup> Panuje przekonanie, że dzięki odpowiedniemu przeszkoleniu lekarze mogą rozpoznać sytuację, zanim dojdzie do eskalacji, i zareagować wcześniej, zanim pojawi się przemoc. Celem jest zapobieganie. W ośrodkach ambulatoryjnych szkolenie może stanowić problem. Szkolenie tego rodzaju może być mniej dostępne dla lekarzy pracujących w gabinetach i niewielkich poradniach niż dla zrzeszonych w większe organizacje czy pracujących w ośrodkach uniwersyteckich.

Ośrodek ambulatoryjny sam w sobie może stanowić wyzwanie. Proste decyzje, np. dotyczące umiejscowienia czy umeblowania, mogą poważnie wpływać na bezpieczeństwo. Otwarte pomieszczenia, z których zarówno lekarz, jak i pacjent może szybko się wydostać, mogą być bezpieczne dla lekarza, a także postrzegane przez pacjenta jako bezpieczniejsze, mniej zamknięte. Siedzenie za biurkiem lub meble w gabinecie, np. stolik do kawy, może utrudniać opuszczenie pomieszczenia w razie potrzeby. Jeżeli lekarz z góry podejrzewa, że pacjent może stwarzać większe zagrożenie przemocą, przed wizytą może odpowiednio poprzestawiać meble. Niestety, przeważnie brakuje takich informacji, zanim dojdzie do gwałtownych zachowań. W przypadku zwiastunów agresji ze strony pacjenta przydatne może być omówienie tej sytuacji z kolegą lub superwizorem. Strach nie wpływa korzystnie na proce-

### TABELA Objawy prognozujące agresywne zachowania u chorych na schizofrenię

Objawy pozytywne: większe ryzyko gwałtownych zachowań

- Wrogość
- Podejrzliwość
- Omamy
- Postawa wielkościowa
- Pobudzenie

Objawy negatywne: mniejsze ryzyko

Nordstrom K., Allen MH. *Primary Psychiatry*, Vol. 16, No 9, 2009.

sy myślowe, a nieformalna lub formalna konsultacja może ułatwić znalezienie bardziej kreatywnych rozwiązań.

W przeciwieństwie do szpitala czy oddziału pomocy doraźnej instalowanie wykrywaczy metalu na zewnątrz drzwi poradni nie byłoby uzasadnione z ekonomicznego punktu widzenia (niekorzystny stosunek kosztów wyposażenia i obsługi w stosunku do zysków), a także mogłoby wpływać niekorzystnie na relację terapeutyczną. Wiele doniesień<sup>15,16,17</sup> bazujących na danych z oddziałów pomocy doraźnej sugeruje, że wykrywacze metalu są przydatne i nie wpływają na relację między lekarzem a pacjentem, co można jednak uzasadnić tym, że oczekiwania pacjenta są całkiem odmienne w tych miejscach. To, co jest zasadne na oddziale pomocy doraźnej (wykorzystywanie wykrywaczy metalu), może być uznawane za nieuzasadnione i sygnalizujące brak zaufania ze strony lekarza w ośrodkach ambulatoryjnych.

Innym poważnym problemem z tym związanym jest pytanie o to, kto obsługuje taki wykrywacz i zabiera wykryte niebezpieczne przedmioty. Jeżeli odpowiedzialny za to jest członek personelu, np. osoba zatrudniona w recepcji, w oczywisty sposób zostaje wystawiony na ryzyko zranienia. Alternatywną metodą oszczędzającą koszty może być wynajęcie ochrony. W badaniu sondażowym,<sup>18</sup> które dotyczyło napaści w ośrodkach pomocy doraźnej, wykazano, że 38% zatrudnionych tam lekarzy, wybranych losowo z Michigan College of Emergency Medicine, w celach obronnych nosi przy sobie broń lub nóż. Wiąże się to oczywiście z innymi zagrożeniami. Niektóre ośrodki powinny dysponować wyposażoną w broń ochroną, a pacjentów należy pytać, czy mają przy sobie broń. Większość szpitali ma patrole ochronne, co jednak nie byłoby właściwe w niewielkich gabinetach lub nawet dużych poradniach w wolno stojących budynkach.

Wiele poradni dysponuje systemami alarmowymi i „przyciskami bezpieczeństwa”. Dostępność takich systemów może uspokajać lekarza, co jednak może zadziałać na jego niekorzyść. Systemy alarmowe powinny być systematycznie sprawdzane, włącznie z próbnymi alarmami, aby upewnić się, że działają, a personel jest przygotowany do reakcji. Alarm wykorzystywany w sytuacji, kiedy po drugiej stronie nikt nie czeka, może dawać fałszywe poczucie bezpieczeństwa.

Inne wyzwanie może być związane z niedostępnością personelu w sytuacji, w której potrzebne jest wsparcie. Przykładem jest radzenie sobie z pacjentem przejawiającym zamiary samobójcze. Sytuację trzeba kontrolować aż do czasu przybycia odpowiednich służb medycznych lub policji. Przeważnie nie ma problemu, jeżeli pacjent wyraża zgodę na przyjęcie do szpitala, sytuacja może jednak komplikować się, kiedy stanowczo od-

mawia dalszej pomocy. Pacjent może pobudzić się i próbować popełnić samobójstwo w gabinecie, uciec lub nawet stać się niebezpieczny dla lekarza. Ponieważ każda z tych sytuacji może stanowić duże wyzwanie (i wyzwalac silne emocje u lekarza), ważne, aby dysponować gotowym protokołem postępowania. W przypadku pacjentów bardzo impulsywnych lub z nasilonymi tendencjami samobójczymi dostęp do gabinetu lekarskiego może być niebezpieczny. Nie wystarczy zamknięcie gabinetu, trzeba również umieścić klucz w bezpiecznym miejscu.

## Reakcja

Reakcję na stan zagrożenia należy przemyśleć i opracować formalny plan postępowania przed wystąpieniem faktycznego zagrożenia. Ważne, aby cały personel był przeszkolony w zakresie zasad postępowania w poradni i poinstruowany co do swoich ról. Plan należy systematycznie weryfikować. Najważniejsze elementy każdego planu powinny uwzględniać bezpieczeństwo pacjenta i lekarza/członków personelu. Jeżeli obserwuje się eskalację stanu emocjonalnego pacjenta, najlepszym wyjściem może być pozwolić mu odejść, zamiast stwarzać trudną do zniesienia sytuację przymusu. Każda sytuacja pogarsza się, jeżeli pacjent czuje się przyparty do muru. Jeżeli pacjent wymagający niezwłocznego leczenia oddali się, można zadzwonić na policję. Policja może być pomocna w zapewnieniu bezpieczeństwa, jeżeli pacjent uciekł. Należy pamiętać o zgromadzeniu aktualnych danych pacjenta, np. numeru telefonu i adresu. Telefonowanie na policję może również być pomocne w przekonaniu pacjenta, który może wymagać skierowania bezpośrednio na oddział pomocy doraźnej. Jeżeli dojdzie do napaści lub realnego zagrożenia, policja będzie potrzebna do oskarżenia sprawcy lub do zapewnienia ogólnego bezpieczeństwa. Jeżeli pacjent ujawnia lekarzowi informacje, na podstawie których można stwierdzić, że zamierza zranić lub zabić kogoś, konieczne jest ustalenie jak największej liczby danych na temat tej osoby, aby ją ostrzec. Takie zagrożenie również wymaga zgłoszenia na policję. Obowiązek ostrzegania (w USA: Duty to Warn [Tarasoff law]) nie obowiązuje w każdym stanie, co rodzi dylematy etyczne-prawne, które nie zostaną omówione w tym artykule.

## Po zajęciu: debriefing i przegląd administracyjny

Badania<sup>1,19,20</sup> wykazały, że pracujące w szpitalach pielęgniarki, które zostały napadnięte przez pacjentów, są narażone na ostre reakcje na stres, a nawet PTSD. Uważa się, że zastosowanie debriefingu bezpośrednio po takim

zajściu może ograniczyć jego psychiczne następstwa.<sup>1,21</sup> Badanie sondażowe przeprowadzone wśród psychiatrycznego personelu medycznego zatrudnionego w pięciu West Midlands Trusts w Wielkiej Brytanii wykazało, że duży odsetek pielęgniarek i psychiatrów zgłaszał, że nie otrzymał żadnego wsparcia po zajęciu w okresie, kiedy było ono najbardziej potrzebne.<sup>10</sup> Debriefing może mieć charakter nieformalny lub ustrukturyzowany.<sup>19</sup> W praktyce prywatnej prowadzonej przez jednego lekarza odwrócenie może dokonać kolega. Przegląd administracyjny przeprowadza się w celu sprawdzenia, w którym punkcie mogło dojść do złamania protokołu. Ma on być pomocny w modyfikacji sposobu postępowania w przyszłości. Chociaż postępowanie to może wydawać się uciążliwe, ma na celu zapobieganie kolejnym incydentom z użyciem przemocy.

## Podsumowanie

Pacjenci zgłaszający się do ośrodków ambulatoryjnych i szpitalnych mogą prezentować się podobnie, jednak ośrodki te są tak odrębne, że należy zwrócić uwagę na zagadnienia związane z bezpieczeństwem w ośrodkach ambulatoryjnych, nie opierając się wyłącznie na piśmiennictwie dotyczącym bezpieczeństwa w warunkach szpitalnych. Do zagrożenia bezpieczeństwa, w tym napaści fizycznych, może dochodzić w obu rodzajach ośrodków. Najważniejsze jest zapobieganie. Należy zwrócić uwagę na opracowanie planu bezpieczeństwa w ośrodkach ambulatoryjnych, zwracając uwagę na dostępność personelu i warunki panujące w konkretnej placówce. Jeżeli dojdzie do aktu przemocy, podstawowe znaczenie ma wykorzystanie debriefingu u personelu oraz przeprowadzenie przeglądu administracyjnego, który ma na celu zapobieżenie podobnym wydarzeniom w przyszłości.

## Piśmiennictwo

- Alexy EM, Hutchins JA. Workplace violence: a primer for critical care nurses. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2006;18(3):305-312.
- Baker A. Queens Man is Arrested in Killing of Therapist. *New York Times.* Feb 17, 2008. Available at: [www.nytimes.com/2008/02/17/nyregion/17murder.html](http://www.nytimes.com/2008/02/17/nyregion/17murder.html). Accessed August 4, 2009.
- „Cops: Massachusetts Teen Killed His Therapist”. *FOXNews.com* Feb 07, 2008. Available at: [www.foxnews.com/story/0,2933,329285,00.html](http://www.foxnews.com/story/0,2933,329285,00.html). Accessed on August 4, 2009.
- Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, et al. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psych.* 2006;63(5):490-499.
- McIvor RJ, Potter L, Davies L. Stalking behaviour by patients towards psychiatrists in a large mental health organization. *Int J Soc Psychiatry.* 2008;54(4):350-357.
- Whyte S, Petch E, Penny C, Reiss D. Who stalks? A description of patients at a high security hospital with a history of stalking behavior. *Crim Behav Ment Health.* 2008;18(1):27-38.

ciąg dalszy piśmiennictwa na str. 92