

Hitna stanja u psihijatriji

Ladan, Petar

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:457197>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

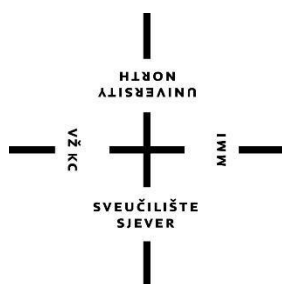
Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-27**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





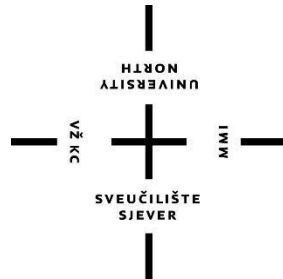
Sveučilište Sjever

Završni rad br. 1291/SS/2020

Hitna stanja u psihijatriji

Petar Ladan, 2415/336

Varaždin, srpanj 2020. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za sestrinstvo

Završni rad br. 1291/SS/2020

Hitna stanja u psihijatriji

Student

Petar Ladan, 2415/336

Mentor

Melita Sajko, mag.soc.geront.

Varaždin, srpanj 2020. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL Odjel za sestrinstvo

STUDIJ preddiplomski stručni studij Sestrinstva

PRISTUPNIK Petar Ladan

MATIČNI BROJ 2415/336

DATUM 17.07.2020.

KOLEGIJ Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika

NASLOV RADA Hitna stanja u psihijatriji

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU Emergencies in psychiatry

MENTOR Melita Sajko, mag. soc. geront.

ZVANJE viši predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. Marija Božičević, mag.med.techn., predsjednik
2. Melita Sajko, mag. soc. geront., mentor
3. dr.sc. Jurica Veronek, član
4. dr.sc. Irena Canjuga, zamjenski član
- 5.

Zadatak završnog rada

BROJ 1291/SS/2020

OPIS

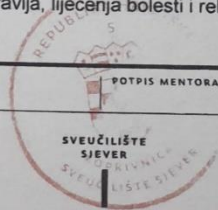
Hitnim stanjem u psihijatriji smatra se ono stanje koje zahtijeva da se bolesniku odmah, bez odgađanja pruži hitna psihijatrijska pomoć. Među hitno hospitaliziranim bolesnicima, najčešći su bolesnici koji boluju od shizofrenije, ovisnici o alkoholu i bolesnici sa psihoorganskim smetnjama. Kako bi poboljšali kvalitetu zdravstvene njege psihijatrijskog bolesnika potrebno je da kombiniramo kliničko iskustvo, zdravstvenu njegu, edukaciju medicinskih sestara i bolesnika. Tome pridonosi pozitivan pristup, savjesnost, koncentriranost i razumijevanje. U radu je potrebno:

- objasniti ulogu medicinske sestre u zbrinjavanju hitnog psihijatrijskog bolesnika (pregled bolesnika koji uključuje psihijatrijski intervju, ispitivanje psihičkog statusa, tjelesni pregled i pretrage).
- naglasiti specifičnosti u hitnim stanjima u psihijatriji (zbrinjavanje agresivnog i suicidalnog bolesnika, adolescenta u kriznim stanjima).
- objasniti intoksikacije i nuspojave lijekova kao hitan psihijatrijski problem.
- ukazati na važnost zbrinjavanja psihijatrijskog bolesnika unutar zakonskih okvira i navesti koje su psihijatrijske ustanove uključene u opći plan zaštite mentalnog zdravlja s ciljem prevencije poremećaja, borbe za unapređenje zdravlja, liječenja bolesti i rehabilitacije osoba s mentalnim smetnjama.

ZADATAK URUČEN

21.07.2020.

POTPIS MENTORA



Predgovor

Zahvaljujem se cijelom Sveučilištu Sjever na prenesenom znanju tijekom studiranja.

Posebnu zahvalu želim uputiti svojoj mentorici mag.soc.geront. Meliti Sajko na prenesenom stručnom znanju tijekom predavanja, iznimnom razumijevanju, velikoj pomoći i uloženom vremenu prilikom pisanja rada.

Također, želim se zahvaliti svojoj obitelji na neumornoj podršci tijekom školovanja, svim upućenim savjetima i financijskoj potpori.

Sažetak

Psihijatrija kao grana medicine bavi se nastankom, razvojem i manifestacijama bolesti čovjekove ličnosti. One proizlaze iz subjektivnoga individualnog života ili iz njegovog odnosa s okolinom. U psihijatriji kao medicinskoj struci razlikujemo 2 područja: mentalne poremećaje i individualna ponašanja u zdravlju i bolesti. U psihijatriji hitna su sva ona stanja koja sadrže promjenu emocionalnog i misaonog sadržaja te interakciju s okolinom. U tim stanjima bolesnik ugrožava sebe i svoju okolinu i stoga je potrebna hitna intervencija. Zbrinuti psihijatrijskog bolesnika koji zahtijeva hitnu intervenciju jedno je od najzahtjevnijih područja rada u medicini. Hitni psihijatrijski bolesnik je preplavljen psihopatološkim doživljavanjima i iz tog razloga on intenzivno pati. Posebnost u zbrinjavanju psihijatrijskog bolesnika se očituje time što moraju biti zadovoljene mnoge etičke i zakonske norme. Strah koji ima realnu podlogu je jedan od najčešćih reakcija koji se javlja kod psihijatrijskih bolesnika. Strah ima afektivnu konotaciju i povezan je za neugodan osjećaj. Kako bi se poboljšala kvaliteta zdravstvene njege psihijatrijskog bolesnika potrebno je kombinirati: kliničko iskustvo, zdravstvenu njegu, educiranje medicinskih sestara/tehničara i bolesnika.

Pozitivan pristup, savjesnost, koncentriranost i razumijevanje uvelike će pridonijeti pravilnom zbrinjavanju psihijatrijskog bolesnika. Kroz rad smo pokušali naglasiti probleme u hitnim stanjima u psihijatriji kako bi proširili svoja znanja. Hitnost označava pravodobno pružanje pomoći, jer se na taj način sprječava prelazak u teže psihički poremećeno stanje. Poučavanje je vitalna funkcija sestinstva i uvijek se događa na relaciji odnosa između medicinske sestre/tehničara i bolesnika. Iz tog smo razloga kroz rad pokušali ukazati i na važnost razvijanja empatičkog odnosa koji se iskazuje verbalnom i neverbalnom komunikacijom. Između medicinske sestre/tehničara i psihijatrijskog bolesnika osim empatičkog odnosa, potrebno je ostvariti odgovarajuću komunikaciju i usvojiti vještine aktivnog slušanja. Bitno je poznavati pravilnik vezan uz slučajeve prisilne hospitalizacije.

Ključne riječi: psihijatrija, hitna stanja, zdravstvena njega, bolesnik, medicinska sestra/tehničar

Abstract

Psychiatry as a branch of medicine deals with the origin, development and manifestations of diseases of the human personality. They arise from subjective individual life or from its relationship with the environment. In psychiatry as a medical profession, we distinguish 2 areas: mental disorders and individual behaviors in health and illness. In psychiatry, all those conditions that involve a change in emotional and mental content and interaction with the environment are considered as urgent. In these conditions, the patient endangers himself and his environment and therefore urgent intervention is needed. Taking care of a psychiatric patient who requires urgent intervention is one of the most demanding areas in medical practice. An emergency psychiatric patient is overwhelmed by psychopathological experiences and for that reason he suffers intensely. The peculiarity of caring for a psychiatric patient is manifested in the fact that many ethical and legal norms must be met. Fear that has a realistic basis is one of the most common reactions that occurs in psychiatric patients. Fear has an affective connotation and is associated with an uncomfortable feeling. In order to improve the quality of health care of a psychiatric patient, it is necessary to combine: clinical experience, health care, education of nurses and patients.

A positive approach, conscientiousness, concentration and understanding will greatly contribute to the proper care of a psychiatric patient. Through the paper, we tried to highlight the problems in emergencies in psychiatry in order to expand our knowledge. Urgency means timely provision of assistance, as it prevents the transition to a more severe mental disorder. Teaching is a vital function of nursing and always occurs in the relationship between the nurse and the patient. For this reason, we tried to point out the importance of developing an empathic relationship that is expressed through verbal and nonverbal communication. Between the nurse and the psychiatric patient, in addition to the empathic relationship, it is necessary to achieve appropriate communication and acquire active listening skills. It is important to know the regulations related to cases of involuntary hospitalization.

Key words: *psychiatry, emergencies, health care, patient, nurse*

Popis korištenih kratica:

SZO Svjetska zdravstvena organizacija

PTSP posttraumatski stresni sindrom

DM diabetes mellitus

RH Republika Hrvatska

ZZODS Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama

JIM jedinica intenzivne medicine

SSRI selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina

ECT elektrokonvulzivna terapija

IM intramuskularno

PO per os

IV intravenski

SC subkutano

TCA triciklički antidepresivi

Sadržaj

1. Uvod	1
2. Hitna hospitalizacija bolesnika	3
2.1. Psihijatrijski pregled u hitnim stanjima	3
2.1.1. Psihijatrijski intervju	4
2.1.2. Ispitivanje psihičkog statusa	5
2.1.3. Tjelesni pregled i pretrage.....	5
2.2. Specifična stanja psihijatrijske hitnosti	6
2.2.1. Suicidalni bolesnik.....	6
2.2.2. Agresivni i nasilni bolesnik.....	7
2.2.3. Krizno stanje	9
2.2.4. Panika.....	10
2.2.5. Nesanica.....	10
2.3. Psihijatrijske bolesti koje najčešće zahtijevaju hitnu psihijatrijsku intervenciju	11
2.3.1. Alkoholom izazvani problemi.....	11
2.3.2. Shizofrenija	12
2.3.3. Depresija	14
2.3.4. Posttraumatski stresni poremećaj - PTSP	16
2.3.5. Adolescentna kriza.....	17
2.4. Intoksikacije kao hitni psihijatrijski problem	17
2.5. Nuspojave psihijatrijskih lijekova kao uzroci hitne psihijatrijske intervencije	23
3. Intervencije medicinske sestre/tehničara	28
3.1. Specifičnosti rada medicinske sestre/tehničara na psihijatrijskom odjelu	29
3.1.1. Poučavanje o zdravlju i bolesti	29
3.1.2. Zakonski okviri zbrinjavanja hitnih stanja u psihijatriji	30
4. Psihijatrijske ustanove	32
4.1. Psihijatrijske bolnice	32
4.2. Psihijatrijski odjeli	32
4.3. Specijalne psihijatrijske ustanove	32
4.4. Dnevne psihijatrijske bolnice	32
4.5. Sestrinske bolnice	33
4.6. Izvanbolničke psihijatrijske ustanove	33
5. Zaključak	34

6. Popis literature	35
7. Popis tablica i slika	37

1. Uvod

Psihijatrija je grana medicine koja se bavi proučavanjem mentalnih poremećaja, liječenjem i rehabilitacijom osoba s psihičkim teškoćama, a uvelike se razlikuje od ostalih grana jer je jedina koja primjenjuje prisilne terapijske metode. Kao znanstvena i stručna medicinska disciplina javila se pred kraj 18., odnosno na početku 19. stoljeća. Prije toga ona kao struka nije postojala [1]. Prema definiciji SZO zdravlje podrazumijeva potpuno fizičko, duševno i socijalno blagostanje, a ne samo odsustvo bolesti. Deseti listopada Svjetski je dan duševnog zdravlja čijim se obilježavanjem podiže svijest javnosti o važnosti tog aspekta zdravlja.

Sigurnost bolesnika je temelj kvalitetne zdravstvene njege. SZO-a želi podići svijest o tome što se može učiniti kako bi se osobama s mentalnim poteškoćama/poremećajima osigurao dostojanstven život: kroz politiku i zakone usredotočene na ljudska prava, obuku zdravstvenih djelatnika, poštivanje prava na informirani pristanak na liječenje i uključenosti u postupke donošenja odluka te putem javnih edukativnih kampanja [2]. Hitnim se stanjem u psihijatriji smatra ono stanje koje zahtijeva da se bolesniku odmah i bez odgađanja pruži hitna psihijatrijska pomoć [3].

Na taj se način želi staviti pod kontrolu bolesnikovo ponašanje koje bi moglo ugrožavati njegov tjelesni integritet ili integritet drugih osoba. Pod kontrolu se zapravo želi staviti ponašanje koje bi moglo u znatnoj mjeri u vrlo kratkom vremenu ugroziti zdravlje bolesnika ili zdravlje drugih. Hitnom se psihijatrijskom intervencijom nastoji olakšati bolesnikova psihička patnja koja može biti posljedica intenzivnih psihopatoloških doživljavanja, ali i posljedica raznih intoksikacija te simptoma apstinencije. Olakšavanje takvog stanja se postiže primjenom raznih sredstava koja će ublažiti akutne simptome psihičkog poremećaja, patnju i uznemirenost. Kod psihijatrijskog bolesnika s ovakvim stanjima mogu biti prisutne promjene na misaonom i osjećajnom planu. Isto tako mogu biti prisutne i promjene u sferi doživljavanja okoline i načinu na koji se odnosi prema okolini.

Medicinsko osoblje uvijek treba imati na umu da uzroci takvoga stanja mogu biti i neurološke i somatske prirode. Hitna se psihijatrijska pomoć, u pravilu pruža u hitnim psihijatrijskim ambulantomama i psihijatrijskim odjelima za intenzivno ili akutno psihijatrijsko liječenje, no često se događa da je prva hitna intervencija provedena i prije bolesnikova dolaska na psihijatriju [3].

U slučaju da se bolesnik protivi hospitalizaciji, a psihijatar na osnovi uvida u bolesnikovo stanje procijeni da je ona nužna, provest će se tzv. prisilna hospitalizacija koja mora biti provedena u skladu s pravilima struke i zakona. [3]

2. Hitna hospitalizacija bolesnika

Među prisilno, a to znači i hitno hospitaliziranim bolesnicima, najčešći su bolesnici koji boluju od shizofrenije, ovisnici o alkoholu i bolesnici sa psihoorganskim smetnjama. Također, bolesnici koji pate od poremećaja raspoloženja. Oko 20 % hitnih psihijatrijskih bolesnika je suicidalno, a oko 10 % nasilno. Muškarci su nešto češće prisilno hospitalizirani, a većina se hitnih prijema događa u večernjim i noćnim satima [3].

Najčešći razlozi za hitnu psihijatrijsku intervenciju jesu agitiranost, agresivnost i nasilničko ponašanje, suicidalnost, rane intoksikacije i akutne nuspojave primijenjenih lijekova. Najčešći psihijatrijski poremećaji i bolesti pri kojima nastaje potreba za hitnom psihijatrijskom intervencijom jesu u fazama njihove akutizacije shizofrenija, ovisnosti o alkoholu i drogama, paranoidne psihoze, PTSP, bipolarni afektivni poremećaj, reaktivna stanja. Posebno se spominju stanja organskog podrijetla. Uz akutne intoksikacije spominju se i delirantna stanja, demencije te maligni neuroleptički sindrom, akatizija i tardivna diskinezija kao komplikacije medikacije.

Hitni psihijatrijski bolesnici najčešće su uznemireni, nedistancirani, provokativni, prijeteći i agresivni, mutistični i pasivni. Sam pregled i kontakt s bolesnikom može izazivati određenu nelagodu pa medicinsko osoblje mora biti posebno educirano za taj posao [3].

Poseban je problem osjećaj ugroženosti od nasilnog bolesnika te strah i anksioznost medicinskog osoblja, koja je često opravdana. To potvrđuje činjenica da je gotovo svaki četvrti djelatnik u psihijatriji bar jednom bio žrtva fizičkog napada [3].

2.1. Psihijatrijski pregled u hitnim stanjima

Razlog bolesnikova dolaska u jedinicu hitnog psihijatrijskog zbrinjavanja može biti uzrokovan psihijatrijskim, neurološkim ili nekim drugim medicinskim problemima. Iz tog razloga pregled hitnog bolesnika zahtijeva pristup koji će uzeti u obzir sve navedene mogućnosti. Od liječnika se očekuje što brža procjena bolesnikova stanja, što uključuje i brže postavljanje radne dijagnoze kako bi što prije bila provedena odgovarajuće medicinska intervencija. Ako je moguće, istodobno se poduzima kliničko-laboratorijska obrada koja je potrebna za orijentaciju o stanju tjelesnih funkcija te mogućnosti i potrebe primjene i lijekova [3].

Pregled bolesnika uključuje:

- Uzimanje anamneze i heteroanamneze (psihijatrijski intervju)
- Opis psihičkog statusa
- Opći medicinski i neurološki pregled
- Laboratorijske pretrage

Što se više metoda upotrijebi to je veća pouzdanost i valjanost prikupljenih informacija. Pristup psihijatrijskom bolesniku mora biti izravan, pun razumijevanja i empatije [3].

2.1.1. Psihijatrijski intervju

Psihijatrijski intervju, kao i psihijatrijska anamneza, preispituju životnu povijest bolesnika. Jedna od važnih značajki ove tehnike je da bolesnik svojim riječima opisuje svoje poteškoće, obiteljsku anamnezu, osobnu anamnezu i dosadašnje bolesti. Time bolesnik stavlja u fokus ono što je za njega na intimnoj razini važno i s čime se teško nosi i na taj način ukazuje na kojoj se psihopatološkoj i emocionalnoj razini nalazi njegov problem. Za psihijatrijski intervju veliku važnost nose i heteroanamnestički podaci dobiveni od osoba koje su bliske bolesniku i koje poznaju funkcioniranje bolesnika prije nego li je nastala promjena u psihičkom stanju. Upravo to razlikuje psihijatrijski intervju od intervju u somatskoj medicini [3].

Psihijatrijski se intervju u hitnim stanjima razlikuje od onog uobičajenog, jer u hitnoj situaciji nema vremena za uzimanje dugotrajne i detaljne životne anamneze jer bolesnikovo stanje i potreba za brzom intervencijom to ne dopuštaju. Tijekom intervju treba posvetiti pažnju:

- Sadašnjim tegobama (odmah upitati bolesnika za razlog njegovog dolaska, odnosno za akutni problem)
- Prijašnjim psihičkim i tjelesnim bolestima (intervencija uvijek mora biti u skladu sa zahtjevima trenutnog stanja)
- Obiteljskoj anamnezi (dobivene podatke treba interpretirati s određenim oprezom)

- Osobnoj i socijalnoj anamnezi (potrebno je zabilježiti podatke o sudskim postupcima ili prijašnjim sudskim kaznama i vrlo je važno procijeniti odnose u užoj bolesnikovoj okolini) [3].

2.1.2. Ispitivanje psihičkog statusa

Tijekom pregleda hitnog psihijatrijskog bolesnika treba obratiti pozornost na:

1. Vanjski izgled i ponašanje bolesnika (način odijevanja, urednost, prikladnost, agitiranost, psihomotornu retardiranost, zauzimanje neobičnih položaja, tikove, nehotične kretnje, odnos prema ispitivaču...)
2. Stanje svijesti (sommelencija, sopor, koma odnosno sužena, sumračna ili delirantna svijest, konfuzno-oneroidno stanje, fuga, somnambulizam, orijentirano sumračno stanje...)
3. Pažnja (tenacitet, vigilnost)
4. Raspoloženje i afekt (disforično, povišeno, ekspanzivno ili euforično, neodgovarajuće, labilno)
5. Govor (poremećaji brzine, glasnoće i poriva za govorom, dizartrija, afazija, eholalija)
6. Orijetacija i sjećanje (orijentiranost u vremenu i prostoru, o sebi i drugima, amnezije, konfabulacije...)
7. Računanje
8. Mišljenje (usporeno, kočeno, ubrzano, zabune, zablude, predrasude, praznovjerja, prisilne, precijenjene i sumanute misli...)
9. Opažanje (agnozije, iluzije, halucinacije...) [3].

2.1.3. Tjelesni pregled i pretrage

Nakon što smo ispitali psihičke funkcije potrebno je provesti detaljan tjelesni i neurološki pregled, a zatim indicirane laboratorijske, neuroradiološke i druge pretrage.

Neka tjelesna bolesna stanja koja se manifestiraju psihijatrijskim simptomima:

1. Neurološka: cerebrovaskularni poremećaji, kraniocerebralne ozljede, epilepsije, multipla skleroza i parkinsonizam

2. Endokrina: hipotireoidizam, hipertireoidizam, hipoglikemija, hiperglikemija, DM, feokromocitom
3. Metabolička: poremećaj razine elektrolita, hepatolentikularna degen., porfrija, uremija
4. Zarazna: neurosifilis, AIDS, meningitisi ili encefalitisi, virusni hepatitis, bakterijske infekcije
5. Nutritivni deficiti: manjak vitamina B12, manjak nikotinske kiseline, manjak folata, manjak cinka i magnezija, manjak tiamina [3].

2.2. Specifična stanja psihijatrijske hitnosti

2.2.1. Suicidalni bolesnik

Suicidalnost obuhvaća različita ponašanja kojima je zajedničko ugrožavanje vlastita života, s ciljem da se učini samoubojstvo (suicid). Riječ je o smanjenom nagonu za samoodržanjem, što se očituje u rizičnom ponašanju, razmišljanjima o samoubojstvu, pokušajima samoubojstva i izvršenju samoubojstva. Suicidalno je ponašanje univerzalan fenomen, prisutan u svakom prostoru, vremenu, spolu i dobi. Suicidalnost je složena pojava, na koju utječe niz poznatih, ali i mnogo nepoznatih čimbenika. Njezina svrha, pozadina, metode i učestalost su različite. Suicidalnost je dio autoagresivnog ponašanja. Autoagresivno ponašanje se dijeli na suicidalne događaje, nesuicidalne događanje i potencijalno suicidalne događaje [4].

Suicidalni bolesnik je paradigma hitnog psihijatrijskog bolesnika. Bolesnik kod kojeg su prisutni suicidalno razmišljanje i ponašanje, zahtijeva liječenje u bolničkim uvjetima [3].

U RH se stopa suicida u zadnjih dvadesetak godina kreće oko 20. Muškarci češće počine suicid, odnos broja suicida muškaraca prema broju suicida u žena 3:1. Muškarci se češće koriste vatrenim oružjem, vješanjem i skakanjem s visokih mjesta, a žene su sklonije uporabi lijekova ili otrova, a rjeđe posežu za vješanjem ili vatrenim oružjem [4].

Na studiji o stopi suicidalnosti na osječkom području u promatranom petnaestogodišnjem razdoblju (istraživana je pojavnost samoubojstava počinjenih na osječkom području u razdoblju od 1986. do 2000. godine.), izvršeno je sveukupno 384 samoubojstva. Među suicidalnima bilo je 273 ili 71% muškog spola i 111 ili 29% ženskog spola. Omjer između muških i ženskih suicidalnata u prijeratnom razdoblju je bio 1:1,6, a u ratnom i poratnom 1:3 u korist muškog spola. Uočava se pad stope samoubojstava do 1991.

godine, a potom se održava visoka stopa kroz prve tri ratne godine, da bi se ponovo vratila na predratne vrijednosti. Najviša stopa suicida za sva tri razdoblja bila je u poratnom razdoblju 1997. god. [5].

Skladni bračni odnosi u obiteljima s djecom znatno smanjuju rizik od suicida. Učestalost suicida mnogo je češća kod osoba koje su već prije pokušale samoubojstvo i veća je u onih u čijim je obiteljima bilo suicida. Opaženo je da je u vrijeme teških ekonomskih kriza povećana stopa suicida. Isto tako, opaženo je da se češće ubijaju ljudi koji su prije toga imali zdravstvene probleme. Među bitnim čimbenicima koji su povezani sa stopom suicida jest i gubitak mogućnosti kretanja kao i kronična neizlječiva bol. U gotovo 80 % onih koji su pokušali ili dovršili suicid mogli su se registrirati znakovi depresije. Alkoholizam i ovisnost o drogama važni su čimbenici koji vode prema suicidalnom ponašanju i suicidu. Podatci o prethodnim hospitalizacijama zbog pokušaja suicida važan su indikator ponovnog pokušaja suicida. Na jedan suicid otprilike dolazi oko osam prethodnih neuspješnih pokušaja suicida. Ponovni pokušaji suicida ili realizirani suicid najčešće se pojavljuju unutar tri mjeseca nakon prethodnog pokušaja suicida [3].

Stavovi prema suicidalnom ponašanju s vremenom su se mijenjali od prihvatanja do osude. Danas se susreće sporadično odobravanje i podržavanje takvog ponašanja.

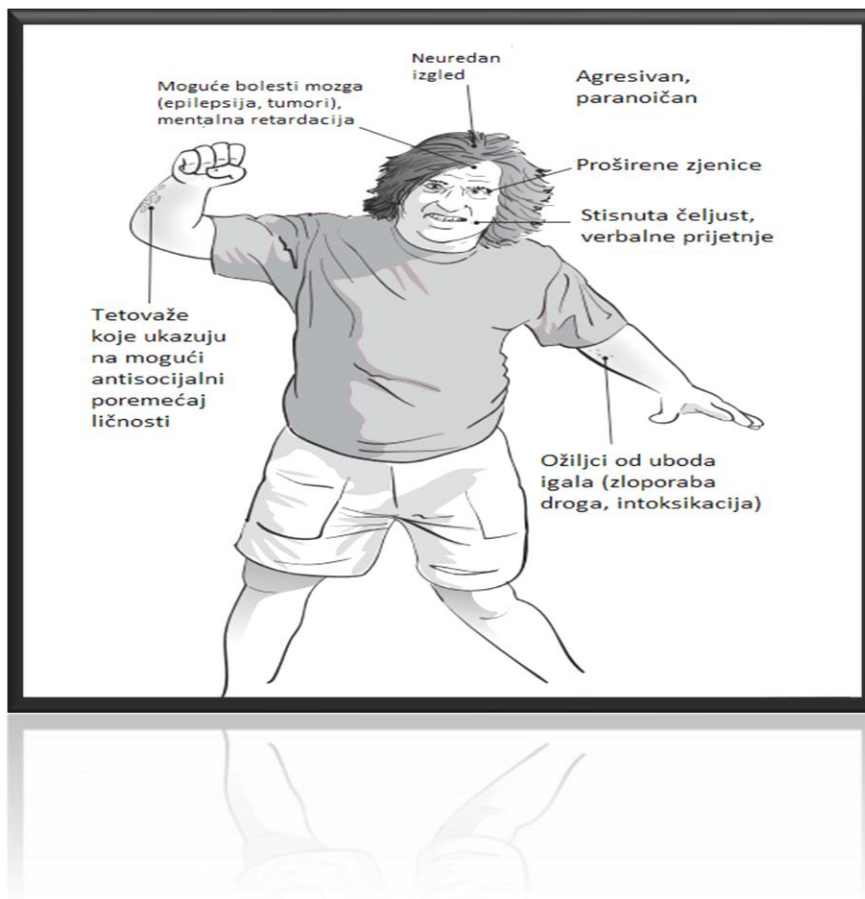
Teatralni ili demonstrativni pokušaj samoubojstva nije praćen željom da se ubije nego da se pošalje poruka okolini. Riječ je o pozivu u pomoć kojemu se pribjegava u krajnjoj nuždi. Ti pokušaji mogu završiti fatalno, pa ih stoga uvijek treba shvatiti ozbiljno [4].

Možemo zaključiti da su zaštitni čimbenici koji smanjuju rizik od pojave suicidalnog ponašanja: nepostojanje psihičke bolesti, sklad u obitelji i braku, negativan psihijatrijski hereditet, odsustvo samoubojstva u obitelji, religioznost, stalan posao i ekonomska neovisnost. U razgovoru s suicidalnim bolesnikom uvijek je potrebno podsjetiti bolesnika na što više stvari koje će ga, barem kratkotrajno, učiniti kritičnijim prema suicidalnim porivima [4].

2.2.2. Agresivni i nasilni bolesnik

Agresivan bolesnik također je paradigma hitnog psihijatrijskog bolesnika, odnosno bolesnika koji traži hitnu psihijatrijsku intervenciju. Zbog predrasuda vlada uvjerenje da su prije svega psihijatrijski bolesnici ti koji su skloni nasilnom, agresivnom i nepredvidivom ponašanju koje je opasno za druge ljude. Najbolji prediktor agresivnog i nasilnog ponašanja

jest prekomjerna konzumacija alkohola, podatci o prijašnjem nasilnom ponašanju, kriminalnim radnjama i podatci o zloupotrebi djece. Nasilni bolesnici izazivaju strah kod psihijatrijskih djelatnika. Posebna je opasnost ako je nasilna osoba naoružana. Nenaoružanoj, nasilnoj osobi u pravilu treba prilaziti s dostatnim brojem osoba. Svaka psihijatrijska ustanova i hitna psihijatrijska ambulanta treba imati isplaniran način svladavanja takvog bolesnika. Odmah nakon fizičkog svladavanja potrebno je primijeniti djelotvornu farmakoterapiju. Pri IV primjeni takvih lijekova treba paziti na eventualne znakove respiratornog zastoja. Posebno treba paziti na eventualne ozljede glave koje nisu rijetkost u agresivnih, posebno alkoholiziranih bolesnika. Davanje psihofarmaka koji sediraju kontraindicirano je u bolesnika s ozljedama glave jer lijekovi mogu uzrokovati promjenu kliničke slike [3]. Na slici 2.2.2 prikazan je izgled agresivnog bolesnika.



Slika 2.2.2. Agresivan bolesnik

Izvor: HR. Khouzam, D. Tiu Tan, TS. Gill: Handbook of emergency psychiatry. Philadelphia Mosby 2007.

2.2.2.1. Postupak s agresivnim bolesnikom

Agresivna osoba može, ali ne mora biti psihijatrijski bolesnik, ali trenutno agresivno ponašanje ipak često iznuđuje psihijatrijsku intervenciju. Potrebno je procijeniti potencijalnu opasnost bolesnika po sebe i okolinu. Ako agresivna osoba nije naoružana tada joj treba prilaziti s dovoljnim brojem osoba kako bi se izbjeglo ozljeđivanje bolesnika ili osoblja. U okolnostima fizičke nadmoći osoblja, agresivna osoba se u pravilu smiri, a ako ne, tada je treba što sigurnije svladati, sputati prikladnim sredstvima i ordinirati odgovarajuću terapiju. Uvijek je potrebno postupati humano, bez obzira na dramatičnost situacije. Pri primjeni terapije ne smiju biti ugrožene vitalne funkcije i ne smiju se maskirati eventualni tjelesni simptomi. Nasilnu osobu treba uvijek smatrati potencijalno vrlo opasnom, jer se agresivnost najčešće manifestira u stanjima sužene svijesti, kada takva osoba ne mari za posljedice po sebe ili druge ljude [3].

2.2.3. Krizno stanje

Krizno stanje može zahtijevati hitnu psihijatrijsku intervenciju. Potrebno je naglasiti da se krizna stanja samo dijelom preklapaju s hitnim psihijatrijskim stanjima. Krizno je stanje poremećaj psihosocijalne ravnoteže koji je posljedica nekoga nepovoljnog događaja. Ako je ishod krize povoljan, to može ojačati ličnost u suočavanju s budućim životnim poteškoćama. Krizno je stanje zapravo poremećaj prilagodbe koji je posljedica prolongiranih, često dugotrajnih, nepovoljnih životnih okolnosti. U kliničkoj slici prevladavaju dezorijentiranost, tjeskoba, depresija, ljutnja, očaj. Može dominirati jak uznemirenost s nesvršishodnim aktivnostima i besciljnim lutanjem sve do stanja bijega. Osnovno pravilo u intervenciji pri ovakvim stanjima jest izdvajanje osobe iz stresnog okružja. U kliničkoj slici kriznih stanja prevladavaju anksioznost i depresija, uz zabrinutost, osjećaj insuficijentnosti u rješavanju svakodnevnih zadataka. U pravilu se pojavljuju i smetnje spavanja a ponekad i noćne more.

Akutna reakcija na stres tipično je hitno psihijatrijsko stanje i takve osobe u pravilu zahtijevaju hitnu psihijatrijsku intervenciju. Krizna stanja u pravilu ne zahtijevaju hitnu psihijatrijsku intervenciju. Najbolje je pružiti pomoć u centru za krizna stanja [3].

2.2.4. Panika

Panični su napadaji vrlo čest razlog traženja hitne psihijatrijske pomoći. Bolesnici koji pate od paničnog poremećaja, najčešće zbog simptoma koji se očituju kao tjelesni, traže pomoć u internističkim ili neurološkim hitnim službama. S obzirom na to da se panični napadaji, najčešće, praćeni vrlo intenzivnim strahom od umiranja, odnosno gubljenja pameti i mogućnosti zdravog rasuđivanja, bolesnika treba prvo umiriti. Na adekvatan način treba mu dati do znanja da mu se ništa tragično neće dogoditi. Važan je stav liječnika i način pristupa bolesniku. Dugotrajno se liječenje provodi primjenom psihoterapije i antidepresiva [3].

2.2.5. Nesanica

Ponekad nesanica može biti uznemirujući čimbenik zbog kojeg bolesnici traže hitnu psihijatrijsku pomoć. Takvu pomoć traže u noćnim satima, kada ih nesanica i muči. Nesanica može biti posljedica niza razloga, od onih koji su bezazleni do nagovještaja psihotične dekompenzacije. Noćne more kod bolesnika koji pate od PTSP-a čest su razlog poremećaja spavanja. Bolesniku treba omogućiti da se odmori, odnosno da zaspi [3].

Nesanice mogu uzrokovati bilo koja medicinska stanja povezana s boli i neugodom. Neka medicinska stanja uzrokuju nesanicu čak i bez prisutnosti boli i neugode. Ova stanja uključuju neoplazme, vaskularne lezije, infekcije, degenerativna stanja, te stanja traume. Poremećaj spavanja često se javlja uz endokrine i metaboličke bolesti. Osnovno načelo liječenja je liječenje primarnog općeg medicinskog stanja. Često je neophodno uključiti specifično liječenje hipnoticima [4].

2.3. Psihijatrijske bolesti koje najčešće zahtijevaju hitnu psihijatrijsku intervenciju

U ovom poglavlju opisana su stanja i bolesti koje se najčešće susreću u hitnim psihijatrijskim ambulancama.

2.3.1. Alkoholom izazvani problemi

Akutno opijeno stanje, patološko pijano stanje, alkoholna ljubomora i delirantno stanje najčešći su poremećaji vezani za zlorabu alkohola pri kojima je potrebna hitna psihijatrijska intervencija [3].

Statistički podaci pokazuju da danas u RH čak milijun ljudi konzumira alkohol. Od 250.000 zabilježenih ovisnika o alkoholu, godišnje se liječi njih 50.000. Zbog razornog učinka na obiteljsko socijalno i radno funkcioniranje, SZO je pokrenula niz javnozdravstvenih međunarodnih i nacionalnih programa prevencije i sprječavanja bolesti ovisnosti [1].

Blaga alkoholna intoksikacija uzrokuje opuštenost, euforiju i pričljivost bolesnika. Kod alkoholiziranih bolesnika koji pokazuju znakove depresije i osjećaj beznađa postoji visok rizik samoubojstva. Alkoholičari obično imaju dubok osjećaj krivnje u vezi njihovog problema i mogu biti po prirodi defenzivni. Takvim bolesnicima treba pristupiti s poštovanjem i pokušavati im olakšati, prenoseći neosuđujući stav verbalnim i neverbalnim izrazima [6]. Kod teške intoksikacije su prisutni agresivnost, labilno ponašanje, te pogrešno prosuđivanje. Najčešće komplikacije su ozljede glave, frakture, prometne nesreće i suicidi. Klinička slika alkoholne intoksikacije je različita a ovisi o količini popijenog alkohola. S 0,3 do 0,8 promila alkohola u krvi se javljaju promjene u ponašanju, jaki motorni i kognitivni problemi. Kod alkoholiziranog stanja sa 0,8 do 2 promila dolazi do slabije koordinacije pokreta i promjena raspoloženja. S 2 do 3 promila se javljaju znakovi alkoholne intoksikacije, to su: nistagmus, ataksija, dizartrija, midrijaza, vomitus i crvenilo lica. Ako je u krvi prisutno više od 3 promila dolazi do vitalne nestabilnosti, a kod koncentracije veće od 5 promila dolazi do kome i/ili smrti za koje je zaslužan respiratorni arrest. Alkoholiziranost do 2,5 g/kg se može psihijatrijski zbrinuti.

Veće vrijednosti alkohola u krvi se moraju zbrinjavati u internističkim jedinicama intenzivne medicine [7].

Patološko opijeno stanje je sumračno stanje i otrovanje alkoholom što uzrokuje agresivno ponašanje. Ono traje nekoliko minuta do nekoliko sati. Bolesnici su vrlo agresivni i opasni stoga ih je potrebno prisilno zadržati na psihijatrijskom odjelu. Primjenjuju se neuroleptička sredstva za suzbijanje straha i psihomotornog nemira. Bitan je stalno nadzor stanja do prestanka simptoma. Kod patološkog opijenog stanja agitirani bolesnici mogu počinuti kaznena djela [7].

Delirium tremens (delirij uzrokovan apstinencijom od alkohola)

Rana procjena i liječenje najbolji su način prevencije delirium tremensa. Ako bolesnik počne halucinirati i gubiti orijentaciju, napad delirium tremens je neminovan. Često su obilježeni generaliziranim toničko-kloničkim grčevima. Za kontrolu napada može se dati diazepam 10-20 mg IV. Mnogo veće doze benzodijazepina mogu biti potrebne za razdoblje od 7 do 10 dana u slučaju suportivne njege i u svrhu izbjegavanja prekomjernih slušnih i vizualnih podražaja za bolesnika. Za to vrijeme neophodno je učestalije praćenje vitalnih znakova. Ostale uzroke napadaja treba isključiti iako se oni javljaju u kontekstu sindroma ustezanja od alkohola. Neliječen delirium tremens ima stopu smrtnosti od oko 15% i najčešće zahtijeva smještaj u JIM zbog optimalnog liječenja i potrebe za primjenom fenobarbitona i/ili propofola. Jedno je od najozbiljnijih hitnih stanja povezanih s bolesnicima ovisnima o alkoholu [6].

2.3.2. Shizofrenija

Shizofrenija je psihička bolest karakterizirana poremećajima mišljenja, percepcija i afekta. Česta je bolest kroničnog tijeka. U etiologiji veliku ulogu ima genetika, nedostatak u afektivnom odnosu majke i djeteta, razvojno razdoblje te socijalne prilike i stresovi u obitelji i zajednici. Bolesnici su nezainteresirani za sebe i okolinu te svoje dosadašnje aktivnosti. Prisutni su socijalna povučенost, smanjena komunikacija i poremećaj spavanja. Poremećeno je doživljavanje vlastitog integriteta. Osnovni simptom je derealizacija, a uz to su prisutne i sumanute misli koje su nerealne i bizarne te slušne, vidne, cenestetske i njušne obmane osjetila.

Razlikuju se četiri oblika shizofrenije:

- simpleks oblik
- hebefrenija

- paranoidno halucinatorni oblik
- katatonija
- shizoafektivni oblik. U svakom obliku dominiraju drugačiji simptomi [7].

Najčešći bolesnici koji boluju od shizofrenije, a zahtijevaju hitnu psihijatrijsku intervenciju, jesu bolesnici s paranoidno-halucinatornom formom shizofrenije. Bolesnici mogu biti u stanju intenzivnog straha i agitiranosti, što može dalje rezultirati agresivnim i opasnim ponašanjem. Takvi bolesnici od straha mogu pokušati samoubojstvo. Ali u pravilu njihova agresija je usmjerena prema drugima. Takve bolesnike obično treba zadržati u bolnici i podvrgnuti ih odgovarajućem liječenju. Kako je poznato da bolesnici koji boluju od shizofrenije imaju sklonost prema suicidalnom ponašanju i suicidu, svako takvo stanje zahtijeva hitnu psihijatrijsku intervenciju i hospitalizaciju [3]. Bolesnici sa shizofrenijom također češće dolaze u hitnu službu i češće se primaju u bolnicu za nepsihijatrijska stanja od opće populacije. Ovi bolesnici pate od nesrazmjernog opterećenja nedijagnosticirane i / ili nedovoljno liječenih kroničnih bolesti, što stvara izuzetno složene potrebe zdravstvene skrbi. Pridržavanje režima antipsihotika je posebni problem kod ovih bolesnika obzirom na to da velika većina njih ima periode u kojima ne uzimaju lijekove što dosta utječe na ishod liječenja [8].

2.3.2.1. Manija

Manični bolesnik obično dolazi u hitnu psihijatrijsku službu zbog posljedica svojega nekontroliranog ponašanja na javnim mjestima, radnom mjestu i u obitelji. Takav bolesnik je nekritičan i bez uvida u svoje stanje, te odbija preporuke svojih najbližih da se javi psihijatru. U kliničkoj slici maničnog bolesnika lako je uočiti tipične simptome manije, među kojima je prije svega povišeno raspoloženje. Bolesnik ne može kontrolirati svoje ponašanje, pozornost mu je hipervigilna, logoroičan je, pojavljuje se bujica ideja, brzo prelazi s teme na temu. Može biti okupiran idejama veličine. Bolesnik je prepun planova i odbija hospitalizaciju jer mora raditi na realizaciji svojih sumanutih ideja. Ako se inzistira na hospitalizaciji, bolesnik može postati agresivan. Ne preporuča se da članovi obitelji budu ti koji će bolesnika dovesti u bolnicu (poglavito na hitni prijem), jer možda neće uvidjeti iracionalnost maničnog razmišljanja i nepredvidivost maničnog ponašanja. Često policija i/ili prijevoz hitne pomoći s obučanim osobljem moraju biti uključeni u prijevoz bolesnika.

U liječenju je bitna opservacija bolesnika, primjena odgovarajućih lijekova (litij) uz redovitu kontrolu koncentracije litija u krvi [3].

2.3.3. Depresija

Oboljeli od depresije također su česti bolesnici i hitnim psihijatrijskim ambulancama i takve se bolesnike obično hospitalizira. To se posebno odnosi na one bolesnike koji su suicidalni.

Depresija nema ograničeno vrijeme trajanje, a bez profesionalne pomoći simptomi ne mogu nestati. Bolesnici su nerijetko suicidalni, pogotovo žene, kod kojih je pojavnost ove bolesti puno češća nego kod muškaraca. Veliki depresivni poremećaj uključuje niz simptoma:

- Svakodnevno depresivno raspoloženje
- Smanjeno zanimanje i uživanje u aktivnostima
- Gubitak tjelesne težine ili dobivanje tjelesne težine
- Nesanica ili hipersomnia
- Psihomotorna agitacija ili retardacija
- Umor i gubitak energije
- Osjećaj krivnje i bezvrijednosti
- Smanjena sposobnost koncentracije
- Razmišljanja o smrti [3].

Ako je depresija praćena alkoholizmom, rizik od samoubojstva znatno je povećan. Liječenje mora biti multidimenzionalno uz antidepresive, te psihoterapijske i socioterapijske metode. Najvažnije načelo u zbrinjavanju depresivnih bolesnika je zaštita od suicidalnih nagona. Suicid je moguć u bilo kojoj fazi depresije i ne može se predvidjeti sa sigurnošću.

Liječenje bolesnika s depresijom iziskuje multimodalni pristup, jer etiologija depresije obično jest multifaktorijalna. Liječenje depresije često je diktirano simptomom koji se čini kao najdominantniji problem. Ako se uoči nesanica i poremećaj apetita, čest izbor može biti mirtazapin 15 mg, titriran svaka 3 do 4 tjedna prema potrebi do 30 do 60 mg. Za bolesnika sa značajnom anksioznošću, paroksetin 20 do 30 mg, može biti dobar izbor. Postoje dokazi da su antidepresivi s dvostrukim djelovanjem poput inhibitora ponovne pohrane serotonina / norepinefrina (SNRIs) poput venlafaksina i duloksetina mogu biti učinkovitiji u liječenju psihijatrijskih simptoma, posebno depresije popraćene somatskim tegobama i simptomima periferne neuropatije povezane s dijabetesom [6].

Triciklički antidepresivi (amitriptilin, maprotilin) prilično su učinkoviti u liječenju velike depresije, a neka istraživanja sugeriraju da mogu biti osobito učinkovita terapija za teže vrste depresije. Postoji, međutim, rizik od fatalnog predoziranja tim lijekovima.

Selegilin, selektivni reverzibilni inhibitor monoaminoksidaze-A (MAO-A), sada je dostupan u obliku flastera. Doza od 10 mg, relativno je selektivna, ali u većim dozama može biti neselektivna, s rizikom interakcije s drugim serotonergička sredstva.

Bupropion je pokazao djelotvornost kao pojačanje učinka lijekova kod bolesnika koji ne reagiraju na selektivne inhibitore ponovne pohrane serotonina (SSRI), poput fluoksetina, paroksetina i sertralina. Navodi se da bupropion može pomoći kod seksualne disfunkcije koja se pripisuje određenim SSRI-ma. Za trajnu remisiju depresivnih epizoda, često je presudna kontrola podležućih medicinskih stanja. Moraju se riješiti zlouporabe bilo kakvih tvari ili alkohola. Depresija uzrokovana alkoholom ima tendenciju poboljšanja u 2 do 4 tjedna. Ako je bolesnik nakon tog razdoblja značajno depresivan, on može patiti od primarnog afektivnog poremećaja i indicirano je liječenje antidepresivima.

Ovisno o profilu nuspojava, određeni antidepresivi se mogu koristiti za poticanje sna i stimulaciju apetita. Nesanica i nedostatak apetita obično prvi odgovore na terapiju antidepresivima, posebice mirtazapinom. Razina energije početi poboljšavati tijekom sljedeća 2 do 4 tjedna. Može postojati paradoksalan porast rizika od samoubojstva u ovoj fazi, kada dolazi do povećanja razine energije i koncentracije s trajnim depresivnim simptomima. Ako se u ovom trenutku bolesnike otpusti bez odgovarajućeg nadzora, oni mogu izvršiti suicidalne namjere. Bolesnike treba educirati o vremenskom tijeku terapijskog odgovora na antidepresive kako ne bi postali obeshrabreni vidljivim nedostatkom poboljšanja simptoma. Ako nema poboljšanja do 4 tjedna, doziranje se može povećati; za odgovor je potrebno dopustiti još 4 tjedna. Ako nema vidljivog odgovora nakon tog vremena, u liječenje bi trebalo uvesti litij do postizanja terapijske razine u plazmi od najmanje 0,6 mmol / L [6].

S litijem se obično vidi poboljšanje raspoloženja u roku od 7 do 10 dana, u tom slučaju se pacijent može održavati na litiju čak 6 do 9 mjeseci. Dok je bolesnik na terapiji litijem moraju se poštovati uobičajene mjere opreza uključujući praćenje funkcije štitnjače, razine ureje i kreatinina u krvi i elektrokardiogram (EKG). Ako se ne vidi odgovor na litij, trebalo bi uvesti buspiron (BuSpar), 10 do 15 mg tri puta dnevno, atipične antipsihotike poput

olanzapina i beta blokator pindolol. Ako se pokaže da depresija ugrožava život bolesnika, uporaba elektrokonvulzivnih terapija može biti održiva i prikladna opcija [6].

2.3.4. Posttraumatski stresni poremećaj - PTSP

PTSP može se manifestirati stanjem koje zahtijeva hitnu psihijatrijsku intervenciju, ali najčešće ne zahtijeva hitnu psihijatrijsku intervenciju. Bolesnici s uobičajenom kliničkom slikom podvrgavaju se planiranom i kontinuiranom liječenju.

Hitnu psihijatrijsku pomoć često zahtijevaju oboljeli od PTSP-a s tzv. malignim tijekom bolesti. Maligni tijek bolesti se očituje nasilnim ponašanjem, eksplozivnošću, socijalnom izopćenošću i izolacijom, gnušanjem prema samome sebi i stalnim ponovnim doživljavanjem traume. Oboljeli od PTSP-a koji su agresivni, suicidalni i akutno alkoholizirani zahtijevaju hospitalizaciju [3].

Nakon što liječnik utvrdi koji su lijekovi bolesniku pomogli u prošlosti, može mu se ponuditi PO oblik lijeka. Ako se takav lijek odbije i postoji trajna opasnost od agitacije, bolesnik se može liječiti kombinacijom antipsihotika i lorazepamom koji se daje IM. Bilo koji benzodijazepin se može davati PO, ali lorazepam (uz midazolam) se pouzdano apsorbira IM putem. Lorazepam može davati IM u dozi od 1 do 3 mg, ovisno o bolesnikovoj veličini i tjelesnom habitusu te razini agitiranosti. Važno je napomenuti da je IM lorazepam kontraindiciran ako bolesnik uzima klozapin, jer je objavljeno nekoliko slučajeva respiratornog zastoja i smrti ovom kombinacijom. Njegovu upotrebu se također treba izbjegavati ako je povećana razina alkohola ili ako se sumnja se intoksikaciju drugim hipnotikom. Oralni i IM antipsihotici zajedno s lorazepamom, mogu biti osobito korisni kod nasilnog ili maničnog bolesnika s PTSP-om. Ti lijekovi uključuju haloperidol 5 do 10 mg PO ili IM, te flufenazin 2,5 do 5 mg PO ili IM. Doza se može ponavljati svakih 30 do 45 minuta, ako je potrebno. Uobičajena praksa je upotreba kombinacije haloperidola ili flufenazina 5 mg u kombinaciji lorazepamom 1 do 2 mg davano PO ili IM [6]. Atipični antipsihotici postali su dostupni za IM upotrebu i dokazali su svoju učinkovitost. Međutim, oni su uglavnom skupi i nisu lako dostupni u hitnoj službi. Jedan primjer je ziprasidon 20 mg IM. Kliničko iskustvo pokazuje da je djelotvorno sredstvo za kratkoročnu kontrolu agitacije. Drugi lijek dostupan za parenteralnu upotrebu je olanzapin. Dostupan je za injekcije u lagenama od 10 mg. Najviša razina olanzapina u krvi u prvom satu nakon IM primjene je četiri do pet puta veća nego kod oralne primjene što osigurava jaku sedaciju i neke antipsihotičke i antimanijiske učinke [6].

Ako je bolesnik donekle suradljiv, može se primijeniti IV ili IM droperidol za akutnu agitaciju. Droperidol nosi određen rizik od produženja QTc intervala i treba ga izbjegavati

ako bolesnik ima smetnje provođenja ili uzima druge lijekove koji mogu imati slične učinke na provođenje srčanog impulsa. Njegovi umirujući učinci obično ne traju duže od sat vremena [6].

2.3.5. Adolescentna kriza

Adolescenti se pojavljuju zbog suicidalnih ideja ili pokušaja samoubojstava, zloupotrebe droga, problema sa školom, roditeljima ili zakonom, neželjenih trudnoća, alkoholizma i psihoza. Simptomi ovise o dobu, spolu i psihopatologiji. U načelu adolescentne krize su povezane s problematičnim odnosima u obitelji i iz tog je razloga uvijek potrebno razmotriti obiteljsku dinamiku. Adolescentna kriza može biti znak pojave nekog dubljeg psihičkog poremećaja kao što su shizofrenija, poremećaji raspoloženja i zloraba droga. Potrebno je što prije započeti s individualnom i obiteljskom psihoterapijom i imati u vidu dugogodišnje ciljeve. Nažalost, postoje obitelji koje nisu u stanju promijeniti svoje ponašanje i osigurati odgovarajuće uvjete za liječenje i oporavak bolesnika [3].

Unaprijed izrađeni planovi prevencije u nekoj društvenoj zajednici omogućuju direktno djelovanje na rizične čimbenike na koje se može utjecati, kao što su adekvatan odgoj djece, uravnoteženi obiteljski odnosi, izbjegavanje izloženosti djece fizičkom, emocionalnom i seksualnom zlostavljanju te osiguravanje potpore i sigurne okoline u školi [9].

2.4. Intoksikacije kao hitni psihijatrijski problem

Psihoaktivne tvari utječu na percepciju i ponašanje pojedinca. Ukoliko se unose u organizam učestalo dolazi do oštećenja tjelesnih sustava i problema ponašanja uz prisutnu toleranciju i simptome sustezanja. Tada se može se dijagnosticirati ovisnost. Zloraba psihoaktivnih tvari je veliki javnozdravstveni problem koji uzrokuje mortalitet. Simptomi se razlikuju s obzirom na psihoaktivnu tvar.

Heroin se ubraja u najteže droge i izaziva tešku ovisnost. Izaziva euforiju, opuštenost i smirenost. Intoksikacija heroinom uzrokuje midrijazu, analgeziju, hipoalgeziju, usporenost, slabost seksualnih nagona te nerazumljiv govor. Jednom kada se posumnja na predoziranje heroinom ili drugim opioidima, početno se liječenje treba usredotočiti na potporu bolnikovog dišnog puta i disanja. Treba obratiti pažnju na dubinu i brzinu ventilacije.

Treba dati nalokson, kratko djelujući opioidni antagonist, poželjno IV putem. Bolesnik s apnejom i oni s ekstremno niskom frekvencijom disanja ili plitkim disanjem trebaju se ventilirati pomoću balona s maskom i dodatnim kisikom prije i tijekom primjene naloksona kako bi se smanjila mogućnost akutnog respiratornog distres sindroma. Bolesnici s apnejom trebali bi primiti veće početne doze naloksona (0,2 do 1 mg). Bolesnicima u kardiorespiratornom arestu nakon mogućeg predoziranja opioidima treba dati najmanje 2 mg naloksona. Kad su prisutni spontani udisaji, početna doza Naloksona je od 0,04 do 0,05 mg IV, a dozu treba titrirati svakih nekoliko minuta, sve dok frekvencija disanja ne bude 12 ili veća. Cilj primjene naloksona nije normalna razina svijesti, već adekvatna ventilacija. U nedostatku znakova ustezanja od opioida, ne postoji maksimalna sigurna doza Naloksona. Međutim, ako se klinički učinak ne pojavi nakon 5 do 10 mg, treba preispitati dijagnozu. Nalokson se može davati nazalno, SC ili IM ako dođe do kašnjenja u osiguravanju IV pristupa. Kada se daju tim putevima, dolazi do sporije apsorpcije i odgođenog uklanjanja, zbog čega se lijek mnogo teže titrira. Nalokson se također apsorbira u respiratornom traktu, pa se prema tome, može primijeniti u endotrahealnu cijev ili nebulizirati.

Konceptualno gledano, mala je uloga nebuliziranog ili nazalnog naloksona u bolničkom okruženju jer se primijenjena doza određuje ventilacijom bolesnika, tako da će najozbiljnije otrovani bolesnici apsorbirati najmanje količine antidota. Respiratorni put i drugi načini primjene manje su predvidljivi. Pored toga, potreban je IV pristup ovim bolesnicima jer će biti potrebni i drugi lijekovi.

Ako kliničar "previdi" odgovarajuću dozu naloksona kod pojedinca ovisnog o opioidu, uslijedit će sindrom ustezanja. Simptomi toga trebaju se samo opservirati i potpuno liječiti, a ne dodavati opioide. Da bi se prevladao antagonizam naloksona potrebna je velika doza opioida. Što je još važnije, budući da nalokson ima kratko trajanje djelovanja, svaki primijenjeni opioid rezultirat će još većom toksičnošću kada učinci naloksona prestanu.

Nakon što se ventilacija uspostavi naloksonom, mogu biti potrebne ponovljene doze, ovisno o količini i trajanju djelovanja opioida. Kao alternativa ponovljenom doziranju, infuzija naloksona može se pripremiti određivanjem ukupne početne doze potrebne za ponovno uspostavljanje disanja i davanjem dvije trećine te doze svakog sata [10].

Apstinencijska kriza se javlja oko 24 do 48 sati nakon posljednjeg uzimanja. Javljaju se abdominalni grčevi, proljev, znojenje, rinoreje, midrijaze, nesanice i bolovi koji su prisutni čak do 10 dana.

Liječnik se može odlučiti liječiti bilo s opioidnim ili ne-opioidnim lijekovima. Kad god je to moguće, koristi se jedna vrsta lijekova za liječenje akutnog ustezanja. Metadon ili buprenorfin je dobar izbor. Metadon 10 mg IM ili 20 mg oralno je obično dovoljan za ublažavanje simptoma akutnog ustezanja bez stvaranja intoksikacije. Buprenorfin 4 do 8 mg sublingvalno se može dati za tu indikaciju. Ako simptomi potraju 30 do 60 minuta nakon početne doze, može se dati druga doza do 24 mg. Nadoknada tekućina daje se ako je potrebno zbog gubitaka u obliku 250 do 500 ml IV bolusa izotoničnog kristaloida koji se mogu ponoviti po potrebi. Pomoćni lijekovi mogu uključivati alfa-2 adrenergičke agoniste, benzodiazepine, antiemetike i antidijaroičke. Lijekovi koji su uobičajeni u praksi:

- Mučnina i povraćanje: Prometazin 25 mg IM ili IV
- Proljev: loperamid 4 mg oralno ili oktreatid 50 mcg SC
- Anksioznost ili disforija i grčevi u mišićima: diazepam 1 do 10 mg oralno, IV ili IM

Apstinencijski sindrom može završiti suicidom ili smrću [11].

Kanabis uzrokuje osjećaj sreće, relaksacije i intenzivniji doživljaj okusa, mirisa i boja. Prisutan je poremećaj osjećaja za vrijeme. Korisnici mogu imati napadaje panike, a ukoliko korisnici boluju od shizofrenije, konzumiranje kanabisa pogoršava simptome bolesti što predstavlja vrlo opasno stanje.

Blaga intoksikacija obično je praćena disforijom kod novih ili kroničnih korisnika marihuane nakon gutanja ili udisanja jakih proizvoda.

Većinom liječenje se sastoji od smještanja bolesnika u zamračenu sobu i umirujućim razgovorom. Benzodiazepini kratkog djelovanja (npr. lorazepam) mogu biti korisni u kontroli anksioznosti i imaju dobar profil nuspojava.

Teška intoksikacija - jaki fiziološki učinci rijetki su nakon upotrebe kanabisa i njihova prisutnost trebala bi potaknuti liječnika da razmotri mogućnost uzimanja drugih rekreativnih droga, poput kokaina, amfetamina i fenciklidina ili postojeće duševne bolesti. Značajna agitacija ili borbenost koja se ne uspijeva kontrolirati razgovorom i benzodiazepinima može zahtijevati upotrebu drugih lijekova, ovisno o uzroku i rijetko se susreću kod intoksikacije samo kanabisom. Bol u prsima kod ovakvih bolesnika mora pobuditi sumnju na akutni koronarni sindrom, pneumotoraks ili astmatski napadaj. Poseban entitet se kod intoksikacije je kanabisom uzrokovan sindrom povraćanja. Obično se primjećuje kod kroničnih ovisnika ali se može javiti i akutno. Bolesnici se mogu žaliti na bolove u trbuhu, povraćanje ili mučninu koji obično prolaze primjenom vrućih tuševa. Akutno liječenje sastoji se od

simptomatske njege, uključujući IV nadomještanje tekućine, antiemetike (npr. ondansetron) i benzodiazepine. Također se preporučuje prekid upotrebe marihuane. Ograničeni dokazi govore o uspješnoj uporabi haloperidola za prekid teških epizoda hiperemeze koji nisu odgovarali na gore navedene mjere [12].

Konzumacija kokaina stimulira središnji živčani sustav pa se javlja euforija a budnost je povećana. S obzirom da je kokain kratkog djelovanja liječenje akutne intoksikacije je nepotrebno. Problem je kod apstinencije koja može napredovati do depresije i uzrokovati suicidalne ideje. U slučaju jake psihomotorne agitacije bolesnici se po potrebi sediraju benzodiazepinima, nakon što se osigura da nisu hipoglikemični ili hipoksični. Preporuča se davanje diazepama u početnoj dozi od 10 mg IV, zatim 5 do 10 mg IV svakih 3 do 5 minuta dok se agitacija ne kontrolira. Bolesnika se mora pratiti zbog respiratorne depresije i hipotenzije. Lorazepam ili midazolam IM se mogu koristiti ako IV pristup nije dostupan, ali njihov vršni učinak obično kasni (10 do 20 minuta). Hipertermične bolesnike treba brzo ohladiti, optimalno tijekom 30 minuta ili manje, do ciljane unutarnje tjelesne temperature <38,9 ° C. Uranjanje u led ili ledenu vodu najbrža je metoda hlađenja za jako hipertermične bolesnike, hlađenje isparavajućim sprejom može biti dovoljno kod umjereno hipertermičnih bolesnika.

Stimulacija kardiovaskularnog sustava kokainom najvećim je djelom posredovana putem simpatičkog živčanog sustava. Kao takva, sedacija benzodiazepinima, primjenom odgovarajuće doze i načina primjene, predstavlja prvu terapiju za kardiovaskularne komplikacije koje proizlaze iz akutne intoksikacije kokainom. Terapija benzodiazepinima općenito je dovoljna za ublažavanje kardiovaskularnih simptoma.

U bolesnika s refraktornom ili simptomatskom hipertenzijom izazvanom kokainom, Fentolamin se može koristiti za suzbijanje alfa-adrenergičkih vazokonstriktivnih učinaka kokaina. Međutim, uporaba sredstava za blokiranje alfa-adrenoceptora, kao što je fentolamin, može uzrokovati tahikardiju. Prikladni alternativni lijekovi za liječenje tvrdokorne hipertenzije uključuju vazodilatatore bez beta-blokirajućih učinaka, poput nitroglicerina ili nitroprusida. Fentolamin se daje u obliku IV bolusa. Uobičajena doza je 5 do 10 mg IV svakih 5 do 15 minuta ako je potrebno. Beta-adrenergički antagonisti (tj. beta-blokatori), uključujući miješane alfa / beta- blokatore poput labetalola i karvedilola, ne bi se smjeli koristiti za kardiovaskularne komplikacije povezane s akutnom intoksikacijom kokainom.

Hipertenzivna emergencija također se može pojaviti u akutnoj intoksikaciji kokainom i obično se definira kao povišeni krvni tlak povezan s oštećenjem organa. Ne postoje ciljevi liječenja koji su posebno definirani za hipertenzivne slučajeve povezane s kokainom, ali

početni je cilj liječenja u hipertenzivnoj krizi brzo sniziti dijastolički tlak na oko 100 do 105 mmHg. Ovaj bi cilj trebalo biti postignut u roku od 2 do 6 sati, s tim da maksimalni početni pad srednjeg arterijskog krvnog tlaka ne prelazi 25 posto prvotne vrijednosti. Kokainom uzrokovanu hipertenziju treba liječiti razborito s obzirom na njezinu obično samoograničavajuću prirodu (hipertenzija uglavnom prestaje kada se kokain metabolizira) i važno je izbjegavanje hipotenzije. Liječenje benzodijazepinima, moguće u kombinaciji s gore spomenutim lijekovima u većini je slučajeva dovoljno. Ako bolesnik više nije akutno uznemiren i nema ostalih znakova simpatičke stimulacije (npr. tahikardija, dijaforeza), ali i dalje perzistira značajna hipertenzija, ona vjerojatno nije uzrokovana kokainom. U takvim slučajevima, hipertenziju treba liječiti na temelju bolesnikovih medicinskih komorbiditeta i kliničkog statusa. Intoksikacija kokainom obično uzrokuje hipertenziju, ali masivna intoksikacija može rezultirati hipotenzijom zbog blokade natrijevih kanala, srčane disritmije ili srčane ishemije. Bolesnici s hipotenzijom liječe se IV fiziološkom otopinom. Ako hipotenzija potraje nakon 2 do 3 L brzo infudirane fiziološke otopine, mogu se dati vazopresori s direktnim djelovanjem i titrirati do učinka. Treba učiniti elektrokardiogram (EKG), a ako postoje znakovi proširivanja QRS kompleksa (što sugerira blokadu natrijevih kanala), treba primijeniti hipertonični natrijev bikarbonat u dozi od 1 do 2 mEq / kg bolusom kroz veliku venu. Trebalo bi ponoviti EKG kako bi se procijenilo je li došlo do suženja QRS-a kao odgovora na liječenje [13].

Psihijatrijski bolesnici u konačnici se mogu i predozirati, nažalost, i svojom vlastitom terapijom od kojih su najopasniji **triciklički antidepressivi (TCA) i litij**.

Znakovi trovanja **TCA** obično uključuju sedaciju, ali mogu uključivati i zbunjenost, delirij ili halucinacije. Smetnje provođenja srčanog impulsa, aritmije, hipotenzija i antikolinergička toksičnost (hipertermija, crvenilo, proširene zjenice) također su česti. Klinički tijek bolesnika s trovanjem TCA može biti nepredvidiv, a bolesnici koji se pojave odmah nakon gutanja mogu se u početku biti dobrog općeg stanja, ali brzo pogoršavaju, zbog varijabilne kinetike apsorpcije. U većini slučajeva, akutni intoksikacija s TCA od 10 do 20 mg / kg dovodi do značajne toksičnosti za kardiovaskularni i središnji živčani sustav (CNS).

Liječenje ovakvih bolesnika fokusira se na procjeni i, ako je potrebno, osiguranju dišnog puta, disanja i cirkulacije. Oni su često moribundni i potrebna im je intubacija za osiguranje dišnog puta i ventilaciju. Dodatni kisik treba davati po potrebi. Početne mjere uključuju sljedeće:

- Natrijev bikarbonat za liječenje srčane toksičnosti, što se očituje produljenom QRS kompleksom ili ventrikularnom aritmijom.
- Fiziološka otopina koja se daje kao IV bolus za liječenje hipotenzije. IV bolusi od 250 do 500 ml mogu se dati i ponoviti prema potrebi.
- Benzodijazepini za kontrolu agitacije. Preporuča se lorazepam (1 mg IV) ili diazepam (5 mg IV), koji se ponavljaju u intervalima od 5 do 10 minuta, prema potrebi. Benzodijazepine treba koristiti oprezno, jer agitacija može brzo preći u duboku sedaciju.

Nužna je česta ponovna procjena bolesnika s poznatom ili sumnjom na intoksikaciju TCA-om jer se razina budnosti može brzo promijeniti. Bolesnici mogu očitovati psihomotornu uznemirenost i delirij u početnim satima nakon gutanja, samo da bi u kasnijim fazama razvili progresivni sopor i komu. Stoga je potrebno pomno nadgledanje, uključujući pulsnu oksimetriju i kardiološki monitor. U bolesnika kojima je potreban tretman natrijevim bikarbonatom, arterijska kanila olakšava često ispitivanje acidobaznog statusa. Nakon osiguranja dišnog puta i hemodinamske stabilnosti bolesnika, može se pristupiti dekontaminaciji gastrointestinalnog trakta. Preporuča se koristiti 1 g / kg aktivnog ugljena (maksimalna doza 50 g) u bolesnika koji se prezentiraju unutar dva sata od gutanja [14].

Trovanje litijem može biti akutno, kao što se događa kada bolesnik koji nije na litijevoj terapiji popije bočicu litijevih tableta u pokušaju samoubojstva; akutno-kronična, kao što se događa kada bolesnik koji je na litijevoj terapiji također ingestira velik broj tableta odjednom; ili kronična, kao što se događa kada kod bolesnika sa odgovarajućim režimom uzimanja litija dolazi do oštećenja bubrežne funkcije.

Simptomi i znakovi toksičnosti razlikuju se ovisno o ukupnom opterećenju tijela litijem i brzini pojave toksičnosti. Stariji bolesnici su posebno u riziku od toksičnosti litija zbog niže brzine glomerularne filtracije i smanjenog volumena raspodjele. Toksičnost litija može se pojaviti i s manjim padom bubrežne funkcije, kao rezultat nefrotoksičnih interakcija lijekova ili zbog dehidracije iz bilo kojeg razloga.

Bolesnici s akutnom intoksikacijom često imaju mučninu, povraćanje i proljev. Ako su povraćanje i proljev jaki, može se razviti dehidracija i ugroziti bubrežna funkcija, što smanjuje sposobnost izlučivanja litija i pojačava toksičnost litija. Iako toksičnost litija može uzrokovati promjene na elektrokardiogramu, opasne aritmije ili drugi važni klinički učinci su rijetki. Neurološki simptomi se kasno razvijaju u akutnom trovanju litijem jer je potrebno vrijeme da se lijek apsorbira i prodre u središnji živčani sustav. Potencijalni neurološki

simptomi i znakovi uključuju sporost, ataksiju, zbunjenost ili uznemirenost i neuromuskularnu ekscitabilnost, što se može očitovati kao nepravilni grubi drhtaji, fascikulacije ili mioklonizmi. Jaka intoksikacija litijem može dovesti do napadaja, nekonvulzivnog epileptičkog statusa i encefalopatije. Liječenje počinje procjenom i stabilizacijom dišnog puta, disanja i cirkulacije. Uključuje IV nadoknadu za održavanje brzine glomerularne filtracije i nadomještanje gubitaka, dekontaminaciju probavnog sustava u odabranim okolnostima i hemodijalizu u slučajevima teške toksičnosti. Potencijalne komplikacije od toksičnosti litija, uključujući izmijenjeni mentalni status i napadaje, liječe se suportivno. Benzodiazepini su prva linija terapije kod napadaja. Aktivni ugljen ne sprječava apsorpciju nabijenih čestica poput litija i nema koristi u liječenju intoksikacije samim litijem. Irigacija cijelog crijeva otopinom polietilen glikola (PEG) može biti učinkovita u bolesnika s gutanjem velike količine ili gutanjem litija s produženim oslobađanjem. Litij se lako dijalizira zbog male molekulske mase, zanemarivog vezivanja za proteine plazme i malog volumena raspodjele. Stoga je hemodijaliza liječenje izbora za tešku toksičnost litijem [15].

Psihoaktivne tvari provociraju brojne psihičke poremećaje. Ne postoji antidot koji može poništiti učinak djelovanja droga. Bitan je pristup bolesniku i simptomatsko liječenje [6].

2.5. Nuspojave psihijatrijskih lijekova kao uzroci hitne psihijatrijske intervencije

Psihijatrijski bolesnici relativno često traže hitnu psihijatrijsku pomoć zbog nuspojava koje izazivaju lijekovi koje uzimaju. Pojavljivanje vrlo čestih nuspojava antipsihotika je u više od jedne na deset osoba dok je čestih nuspojava u više od jedne na sto osoba. Obzirom da se radi o najzastupljenijim skupinama nuspojava u ovome će se poglavlju posebno naglasiti za svaki antipsihotik.

Haloperidol

Vrlo česte nuspojave: agitacija, nesanica, ekstrapiramidni poremećaji, hiperkinezija. Česte nuspojave: psihotični poremećaj, depresija, glavobolja, tremor, hipertenzija, distonija, akatizija, diskinezija, bradikinezija, hipokinezija, tardivna diskinezija, somnolencija, povraćanje, mučnina, konstipacija, suha usta, hipersalivacija, povišene vrijednosti jetrenih

testova, osip, retencija urina, erektilna disfunkcija, poremećaj vida, ortostatska hipotenzija, smanjenje ili povećanje tjelesne težine [16].

Flufenazin.

Vrlo česte nuspojave nisu zabilježene. Česte nuspojave: pseudoparkinsonizam, distonija, akatizija, okulogirne krize, tardivna diskinezija [16].

Klorpromazin

Učestalost nuspojava se ne može utvrditi iz dostupnih podataka. Proizvođač navodi slijedeće moguće nuspojave: alergija, maligni neuroleptički sindrom, omaglica, epileptički napad, usporenost, poremećaj tjelesne temperature, ortostatska hipotenzija, povećanje tjelesne težine, glaukom, galaktoreja, ginekomastija, retencija urina [16].

Promazin

Vrlo česte nuspojave: sedacija, suha usta, hipotenzija, tahikardija, konstipacija, retencija urina, замуćen vid, pseudoparkinsonizam. Česte nuspojave nisu zabilježene [16].

Levomepromazin

Vrlo česte nuspojave: sedacija, ortostatska hipotenzija, suha usta. Česte nuspojave: leukopenija, galaktoreja, povećanje tjelesne težine, hipertenzija, produljenje QT intervala [16].

Klozapin

Vrlo česte nuspojave: sedacija, tahikardija, hipersalivacija, konstipacija. Česte nuspojave: leukopenija, porast tjelesne težine, disartriya, akatizija, tremor, glavobolja, zamagljeni vid, ortostatska hipotenzija, mučnina, povraćanje, suha usta, povišeni jetreni enzimi, retencija urina, umor [16].

Sulpirid

Vrlo česte nuspojave nisu zabilježene. Česte nuspojave: sedacija, nesanica, porast tjelesne težine, povišene vrijednosti jetrenih enzima i hormona prolaktina, nemir, potreba za stalnim kretanjem, grčevi mišića [16].

Risperidon

Vrlo česte nuspojave: nesanica, parkinsonizam, glavobolja, sedacija. Česte nuspojave: bronhitis, pneumonija, erektilna disfunkcija, porast tjelesne težine, depresija, razdražljivost,

distonija, diskinezija, tremor, zamagljeni vid, tahikardija, hipertenzija, konstipacija, mučnina, povraćanje, edemi [16].

Olanzapin

Vrlo česte nuspojave: porast tjelesne težine, sedacija, povišena razina prolaktina u plazmi. Česte nuspojave: eozinofilija, povišena razina glukoze, kolesterola, triglicerida, pojačani apetit, akatizija, parkinsonizam, diskinezija, omaglica, ortostatska hipotenzija, konstipacija, suha usta, osip, erektilna disfunkcija, aritmija, edemi, umor [16].

Kvetiapin

Vrlo česte nuspojave: sedacija, glavobolja, suha usta, porast tjelesne težine, nemir, parkinsonizam, porast vrijednosti kolesterola i triglicerida. Česte nuspojave: tahikardija, konstipacija, slabost, edem ruku i nogu, ortostatska hipotenzija, hiperglikemija, zamagljen vid, noćne more, razdražljivost, depresija, povraćanje, poremećaj menstrualnog ciklusa [16].

Sertindol

Vrlo česte nuspojave: upala nosa koja uzrokuje svrbež, kihanje, curenje iz nosa, nemogućnost ejakulacije. Česte nuspojave: ortostatska hipotenzija, sedacija, suha usta, povećanje tjelesne težine, edem ruku i nogu, smanjen volumen ejakulata, impotencija, produljeni QT interval [16].

Ziprasidon

Vrlo česte nuspojave nisu zabilježene. Česte nuspojave: nemir, distonija, akatizija, parkinsonizam, tremor, zamagljeni vid, konstipacija, mučnina, povraćanje, hipersalivacija, dispepsija, suha usta, mišićni rigor, astenija, umor [16].

Aripiprazol

Vrlo česte nuspojave nisu zabilježene. Česte nuspojave: nesanica, dijabetes, tjeskoba, nemogućnost mirovanja, glavobolja, tremor, umor, sedacija, zamagljeni vid, mučnina, konstipacija, hipersalivacija, povraćanje [16].

Amisulprid

Vrlo česte nuspojave: nemir, hipersalivacija, tremor, spazam mišića. Česte nuspojave: nekontrolirani pokreti ruku i nogu [16].

Paliperidon

Vrlo česte nuspojave: nesanica. Česte nuspojave: infekcije gornjih dišnih puteva, infekcija urinarnog trakta, influenza, hiperprolaktinemija, hiperglikemija, povećanje tjelesne težine, povećani tek, agitiranost, depresija, anksioznost, sedacija, akatizija, parkinsonizam, distonija, diskinezija, glavobolja, tahikardija, hipertenzija, nazalna kongestija, mučnina, povraćanje, dispepsija, konstipacija, artralgijske, amenoreja, galaktoreja, pireksija, astenija, umor, reakcija na mjestu injekcije [16].

Važno je da medicinska sestra/tehničar koja priprema i primjenjuje terapiju zna koje nuspojave može očekivati obzirom na pojedini antipsihotik. Tijekom primjene antipsihotika mogu se javiti brojne i različite nuspojave, od kojih su neke i fatalne. Gotovo da nema organskog sustava na kojem ovi lijekovi ne mogu izazvati poremećaje. Međutim, ako se nuspojave dobro poznaju i antipsihotici racionalno koriste, rizik antipsihotične terapije je prihvatljiv. Nuspojave se mogu otkloniti i štetne posljedice izbjeći.

Akatizija – obično se pojavljuje tijekom prvih deset dana liječenja antipsihoticima. Klinički se manifestira motoričkim nemirom u obliku stalne potrebe za kretanjem. Zbog toga se bolesnik ne može koncentrirati.

Maligni neuroleptički sindrom – stanje karakterizirano hiperpireksijom, rigidnošću mišića i poremećajem svijesti.

Tardivna diskinezija – pojavljuje se nakon dvije do šest godina primjene antipsihotika u oboljelih od shizofrenije. Simptomi su abnormalne kretanje mišića usta, jezika, obraza, a manifestiraju se u obliku mljackanja, žvakanja, napuhivanja obraza i protruzije jezika. Najbolji način prevencije je davanje najmanje moguće doze antipsihotika uz razdoblje izostavljanja lijeka. [3]

Intervencije medicinske sestre/tehničara kod nuspojava izazvanih primjenom psihijatrijskih lijekova

Medicinska sestra /tehničar mora provjeriti vitalne znakove prije i poslije davanja terapije. Preporučljiv je povećan unos tekućine i hrana bogata vlaknima kako bi se prevenirala opstipacija. Medicinska sestra /tehničar mora preporučiti bolesniku uzimanje male količine vode kako bi se prevenirala suhoća usta te korištenje balzama za usne. Educirati bolesnika da ne vozi nakon što je popio terapiju. Educirati bolesnika da nosi duge rukave i da štiti kožu zbog fotosenzibilnosti. Kako bi se prevenirale ozljede povezane s

oštećenjem središnjeg živčanog sustava potrebno je da medicinska sestra /tehničar: osigura sigurnu okolinu bolesniku, omogući zaštitnu ogradu i adekvatno osvjetljenje, osigura kontinuirano praćenje bolesnika. Medicinska sestra /tehničar mora educirati bolesnika i obitelj o nuspojavama lijekova. Može se javiti i oštećenje fizičke aktivnosti koja je povezana s ekstrapiramidalnim nuspojavama. Kako bi se ono preveniralo potrebno je da medicinska sestra /tehničar osigura sigurnu okolinu kako se bolesnik ne bi ozlijedio, obavijestiti liječnika ako se javi tremor i pomoći bolesniku u obavljanju aktivnosti koje ne može samostalno obaviti. Oštećena urinarna funkcija najčešće je povezana s nuspojavama autonomnog živčanog sustava, kod takvih stanja potrebno je pratiti diurezu, osigurati adekvatan unos tekućine, poticati bolesnika na redovito pražnjenje mokraćnog mjehura i davati terapiju prema odredbi liječnika. Smanjivanjem nepotrebne aktivnosti i osiguranjem mira za odmor, pomoći bolesniku u onim aktivnostima koje ne može obavljati samostalno [17].

3. Intervencije medicinske sestre/tehničara

Zdravstvo je djelatnost čija je temeljna uloga briga za bolesne. U brizi za bolesne se događaju neželjeni događaji i incidenti. Osoblje koje radi na psihijatrijskim odjelima ili hitnim prijemima najčešće intervenira prema osobama u kriznom stanju kao što su stanje akutne psihotičnosti, intoksikacije, tjelesno stanje ili stanja koja izazivaju promjene svijesti i afekta, boli, prisustvo, tzv. „tragičnog trijasa“ kao uvoda u autodestruktivno i suicidalno ponašanje [18].

Intervencije se provode kad ponašanje bolesnika postaje opasno za pojedinca i okolinu. Intervencije moraju imati terapijsko i sigurnosno opravdanje. U psihijatrijskoj praksi se mora procijeniti je li takvo ponašanje bolesnika uzrokovano mentalnim poremećajem ili stvarnim lošim namjerama čime se bavi forenzička psihijatrija [19]. Zadatak medicinske sestre/tehničara je da u prvom kontaktu s bolesnikom i njegovom pratnjom pokuša steći povjerenje, ublaži neugodu dolaska u bolnicu i pokuša pripremiti bolesnika za susret s liječnikom. Prvi susret s bolesnikom je od velikog značaja za kasniji tijek liječenja. Medicinska sestra/tehničar treba ljubazno pozdraviti i predstaviti se, te zamoliti bolesnika da se sam predstavi. Razgovor voditi s ciljem boljeg međusobnog upoznavanja, stvaranja ozračja opuštenosti, povjerenja, iskrenosti i empatije tako da bolesnik doživi da ga razumijemo i da mu želimo pomoći. Potom slijedi intervju kojim se procjenjuje izgled, držanje i ponašanje bolesnika kako bi se mogla postaviti tzv. sestrinska dijagnoza, odnosno odrediti psihički status bolesnika. U intervjuu se procjenjuje izgled, držanje i ponašanje bolesnika. Potrebno je utvrditi da li je ponašanje povezano s normalnom ili promijenjenom svijesću. Medicinska sestra/tehničar analizira verbalnu komunikaciju u koju spadaju: brzina govora, intonacija, ritam, rječitost, jakost glasa, neobični obrasci i bizarni sadržaji te postojanost igre riječi, rimovanja, ponavljanje istih pojedinih riječi ili afazija. Medicinska sestra/tehničar analizira i neverbalnu komunikaciju: geste, mimiku lica, pogled, te procjenjuje stanje svijesti, pažnje, mišljenja, pamćenja. Medicinska sestra/tehničar promatra kako se kontakt uspostavlja, daje li bolesnik adekvatne podatke o sebi i drugima, je li orijentiran u prostoru, vremenu, prema sebi i drugima. Bolesnika treba pitati o postojanju obmana osjetila i pratiti njegovo spontano ponašanje. Uz sve navedeno, medicinska sestra/tehničar procjenjuje bolesnikovo raspoloženje i voljne funkcije, fizički status i socijalni status. Sestrinska dijagnoza je iskustvena, radna dijagnoza i ona je u svezi s daljim postupcima sestre. Nakon

postavljanja dijagnoze, planira se intervencija. Potrebno je stalno provjeravati rezultate postignutog kako bi se promijenili ciljevi ili načini intervencije [20].

3.1. Specifičnosti rada medicinske sestre/tehničara na psihijatrijskom odjelu

Rad medicinske sestre/tehničara na psihijatrijskom odjelu razlikuje se od rada na drugim odjelima. Somatska se medicina prvenstveno bavi trenutačnim tjelesnim problemom bolesnika. Tijekom liječenja duševnih bolesnika psihijatrijska sestra/tehničar, prvenstveno brine o emocionalnom stanju bolesnika. Stvaranjem relacije s bolesnikom dobiva dobar uvid u ključne čimbenike o kojima ovisi terapijski proces. Medicinska sestra/tehničar uključuje najbliže članove obitelji kao odgovorne partnere u proces liječenja koji bi trebao biti na dobrobit bolesnika i ostalih članova obitelji. U svakodnevnom radu u psihijatriji ništa manje značajno nije obraćanje pozornosti na specifične reakcije bolesnika na bolest. Medicinske sestre/tehničari koje rade na psihijatrijskim odjelima svjedoče da o kvaliteti njenog odnosa prema bolesniku ovisi kvaliteta zdravstvene njege [21].

3.1.1. Poučavanje o zdravlju i bolesti

Poučavanje je postupak pod kojim se razumijeva određena prilagodba vanjskih uvjeta poučavanja konkretnoj situaciji učenja. Postupak poučavanja obuhvaća pojedina usmjerenja prema nadređenim ciljevima (npr. postizanju samostalnosti) te pretpostavke o procesu poučavanja i učenja. Poučavanje o zdravlju vitalna je funkcija zdravstvene njege. Kako navodi V. Henderson da sestre/tehničari pomažu pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju aktivnosti koje doprinose zdravlju ili oporavku (ili mirnoj smrti), a koje bi pojedinac obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju i znanje, a pomoć treba pružiti na način koji će doprinijeti što bržem postizanju njegove samostalnosti. Procjena potrebne snage, volje i znanja obavlja se putem procesa zdravstvene njege kao sustavnog logičnog i racionalnog pristupa rješavanju bolesnikovih problema [22].

Potrebno je shvatiti komunikaciju s bolesnikom ključnim čimbenikom u rješavanju problema. Medicinska sestra/tehničar mora usvojiti posebna znanja za uspostavu odnosa u kojem će bolesnik i njegove potrebe biti u središtu pozornosti. Komunikacija s bolesnicima u vrlo različitim situacijama omogućuje sestrama/tehničarima donošenje odluka za koje često nemaju primjere u udžbenicima niti su ih mogli naučiti u formalnom obrazovanju. S obzirom

na razvoj medicine i eksploziju novih tehnologija koje se primjenjuju u medicini, medicinske sestre/tehničari se danas susreću s mnogo više etičkih izazova koji im otežavaju donošenje odluka, a samim time je i poučavanje bolesnika mnogo složenije. Etički kodeks profesije jedan je od najvažnijih dokumenata koji tvori okvir unutar kojega sestre/tehničari donose svoje odluke. Podučavanje treba obuhvatiti i bolesnikovu obitelj i ostale osobe koje će biti zadužene za njegovu skrb.

3.1.2. Zakonski okviri zbrinjavanja hitnih stanja u psihijatriji

Kompleksnost i društvena važnost suicidalnosti i agresivnosti su prisilile zajednicu da se odredi njima što je rezultiralo formiranjem kolektivne norme, kojom pojedino društvo pokušava odrediti granice do kojih je spremno tolerirati agresivnost, ali i pravo pojedinca na raspolaganje vlastitim životom. Potrebno je razgraničiti opasnost za okolinu od formi neprilagođenog ponašanja koje opterećuje zajednicu. Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama propisuju se uvjeti za primjenu mjera i postupanje prema osobama s duševnim smetnjama. Prisilno zadržavanje u psihijatrijskim ustanovama najozbiljnija je deprivacija slobode koje društvo može nanijeti pojedincu. Oduzimanje slobode koje je poduzela državna izvršna vlast mora bez odgode ratificirati sudbena vlast [23].

Može se izdvojiti članak 5.st.1.toč.e Europske konvencije za zaštitu prava čovjeka kojim se propisuje da svatko ima pravo na slobodu i osobnu sigurnost, osim u sljedećim slučajevima propisanim zakonom:

- Ako se radi o zakonitom lišenju slobode radi: sprečavanja širenja zaraznih bolesti i o pritvaranju umobolnika, alkoholičara, ovisnika o drogi i skitnicama
Zadržavanje bolesnika protiv njegove volje u psihijatrijskoj ustanovi i uključivanje u dijagnostičke i terapijske postupke (prisilno liječenje) pretpostavlja dva zakonska preduvjeta:
- Težu duševnu smetnju – koja po svojoj naravi ili intenzitetu ograničava ili otežava psihičke funkcije bolesnika toliko da mu je prijeko potrebna psihijatrijska pomoć
- Ugrožavajuće ponašanje - koje proizlazi iz teže duševne smetnje, a ozbiljno i izravno ugrožava vlastiti i/ili tuđi život, zdravlje i/ili sigurnost [3].

Prisilno zadržavanje definirano je člankom 27. ZZODS-a:

“Osoba s težim duševnim smetnjama koja zbog tih smetnji ozbiljno i izravno ugrožava vlastiti ili tuđi život, zdravlje ili sigurnost, smjestit će se u psihijatrijsku ustanovu

po postupku za prisilno zadržavanje i prisilni smještaj propisanim ovim Zakonom” [23].

Ako bolesnik odbija hospitalizaciju, liječnik odlučuje hoće li ga zadržati zbog osiguranja sigurnosti bolesnika i njegove okoline. Tad su potrebna dva liječnika, psiholog i član obitelji koji mogu potvrditi da je bolesnik psihički bolestan i opasan. Liječnik u slučaju pokušaja suicida mora obavijestiti policiju i socijalnu službu. S obzirom da prisilna hospitalizacija nužno podrazumijeva značajan zahvat u osnovna ljudska prava i slobode osobe sa duševnim smetnjama, postupak za prisilnu hospitalizaciju mora biti normiran i vođen tako da osigura donošenje zakonitih odluka i u materijalnom i u formalnom smislu, uz poštivanje svih prava osoba koje su bez svoje suglasnosti zadržane u zdravstvenim ustanovama [24].

3.1.2.1. Mjere prisile

Kao posebno ugrožavajući moment s aspekta zaštite slobode pojedincu jesu mjere prisile kojima je svrha fizički ograničiti kretanje i djelovanje bolesnika s težim duševnim smetnjama. Mjere prisile smiju se primijeniti samo iznimno, ako je to jedino sredstvo u otklanjanju neposredne opasnosti koja proizlazi iz ponašanja bolesnika. One se primjenjuju samo ako opasnost nije uklonjena drugim neprisilnim mjerama, a smiju trajati koliko je nužno da se otkloni opasnost.

Odluku o primjeni prisilne mjere donosi specijalist psihijatar. Njihova je primjena standardizirana Pravilnikom o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama, koji je propisalo Ministarstvo zdravlja (NN, 16/2015.) Mjere prisile moraju biti medicinski opravdane i ne smiju biti primijenjene kao kazna prema bolesniku, ni nametnute od osoblja kao stega, pogodnost ili odmazda [3].

Članak 6. Pravilnika o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama navodi da u slučaju iznimne žurnosti, odluku o primjeni mjera prisile mogu donijeti doktor medicine druge specijalnosti ili medicinska sestra/tehničar i o tome su obvezni odmah obavijestiti psihijatra. Medicinske sestre/tehničari mogu primijeniti mjere prisile samo u iznenadnim i hitnim situacijama kada procjene da postoje ozbiljna opasnost da bolesnik ugrozi osobnu i sigurnost okoline, a pritom obvezno procjenjuju: znakove nasilnog i samodestruktivnog ponašanja i posljedice koje bi mogle nastati ako ne bi primijenili mjeru prisile, vodeći se pritom svojim saznanjem i iskustvom o ponašanju svakog bolesnika pojedinačno [25].

4. Psihijatrijske ustanove

Sve psihijatrijske ustanove uključene su u opći plan zaštite mentalnog zdravlja s ciljem prevencije poremećaja, borbe za unapređenje zdravlja, liječenja bolesti i rehabilitacije osoba s mentalnim smetnjama.

4.1. Psihijatrijske bolnice

Psihijatrijske bolnice suvremenog tipa razvile su se tek u novije vrijeme, iako su ustanove u koje su smješteni mentalni bolesnici zbog čuvanja, poznate još iz davnih vremena. Formirale su se iz nekadašnjih psihijatrijskih azila. Prema preporuci SZO bolnice ne bi smjele imati više od 300-400 kreveta. Uz akutne bolesnike, karakterizira ih veći ili manji broj kroničnih bolesnika koji se nalaze na dužem ili trajnom boravku. Znatan postotak u takvim bolnicama čine gerijatrijski bolesnici, odnosno mentalno poremećene starije osobe. Unutar psihijatrijske bolnice stvaraju se neposredniji međuljudski odnosi i bolja terapijska atmosfera.

4.2. Psihijatrijski odjeli

Organizirani su za kraći boravak bolesnika radi dijagnosticiranja i liječenja akutnih bolesnika. Objedinjeni su s drugim granama medicine i mogu se nadopunjavati.

4.3. Specijalne psihijatrijske ustanove

Različite ustanove za nedovoljno razvijenu djecu i mladež, ustanove za teško odgojivu djecu, specijalne ustanove za sociopate i sl.

4.4. Dnevne psihijatrijske bolnice

To je oblik parcijalne hospitalizacije. Ustanova u kojoj bolesnik ostaje tijekom dana, a navečer odlazi kući u svoju obiteljsku sredinu. U takvim ustanovama pažljivo je organiziran program liječenja: grupni rad, suradnja s obitelji, patronažnom službom i centrima za

socijalni rad. Osim dnevnih bolnica, postoje i drugi oblici parcijalne hospitalizacije duševnih bolesnika, kao što su noćne i vikend bolnice.

4.5. Sestrinske bolnice

Tip bolničke ustanove koja kod nas još nije organizirana. Naglasak je na zdravstvenoj njezi psihijatrijskog bolesnika, gdje je liječnik samo konzilijarni član tima. Organizirane su najčešće za kronične bolesnike i starije osobe s mentalnim poremećajima.

4.6. Izvanbolničke psihijatrijske ustanove

Izvanbolničke psihijatrijske ustanove uključuju: ambulante, savjetovališta, poliklinike, klubove liječenih bolesnika (npr. alkoholičari), telefonske službe, centre za krizna stanja, kazneno-popravne domove i sl. [26].

5. Zaključak

Svaki medicinski i nemedicinski djelatnik u radu s hitnim psihijatrijskim bolesnikom mora biti svjestan realne opasnosti koja mu ponekad prijete. Moramo biti u stanju prepoznati strahove koji su posljedica te opasnosti i koristeći se strahovima kao signalima, moramo intervenirati na način koji će otkloniti ili umanjiti potencijalnu štetu. Svi članovi tima moraju staviti pod kontrolu svoje emocije sa svrhom da se bolesniku pruži najbolja moguća pomoć. To nije laka zadaća ali je svladavanje te zadaće uvjet bez kojeg nema uspješnog rada u hitnoj psihijatrijskoj službi. Hitna stanja u psihijatriji su brojna i zahtijevaju veliku spretnost medicinskog osoblja posebice kod suicidalnog bolesnika. Hitna stanja predstavljaju opasnost za bolesnika i njegovu okolinu. Najčešći razlozi za hitnu psihijatrijsku intervenciju jesu agitiranost, agresivnost i nasilničko ponašanje, suicidalnost, rane intoksikacije i akutne nuspojave primijenjenih lijekova. Najčešći psihijatrijski poremećaji i bolesti pri kojima nastaje potreba za hitnom psihijatrijskom intervencijom su shizofrenija, ovisnosti o alkoholu i drogama, paranoidne psihoze, PTSP, bipolarni afektivni poremećaj, reaktivna stanja.

U hitnim psihijatrijskim ambulantama često je potrebno i zbrinuti adolescente koji su upali u krizu zbog suicidalnih ideja ili pokušaja samoubojstva, zloupotrebe droga, problema sa školom, roditeljima ili zakonom, neželjenih trudnoća, alkoholizma i psihoza. Psihoaktivne tvari utječu na percepciju i ponašanje pojedinca i u hitnim psihijatrijskim ambulantama čest su slučaj intoksikacije istima. Zluporaba psihoaktivnih tvari je veliki javnozdravstveni problem. Kod hitnih psihijatrijskih stanja potrebna je žurna intervencija koja mora biti vođena od strane stručnih djelatnika osposobljenih za takva stanja. Poučavanje o zdravlju vitalna je funkcija zdravstvene njege, a kroz poučavanje učimo kako postaviti bolesnika i njegove potrebe u središte. Rad medicinske sestre/tehničara na psihijatrijskom odjelu je drugačiji od rada na nekom drugom odjelu. Temelj dobrog odnosa s psihijatrijskim bolesnikom je dobra komunikacija s njim i obitelji, te empatičan odnos tijekom kojega se nužno držati zakonskih regulativa i poštivati prava bolesnika. Sve psihijatrijske ustanove uključene su u opći plan zaštite mentalnog zdravlja.

6. Popis literature

1. P. Filaković i sur.: Psihijatrija, Medicinski fakultet Osijek, 2014.
2. <https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/svjetski-dan-mentalnog-zdravlja/> dostupno 08.07.2020.
3. J. Vlado, D. Ostojić: Hitna stanja u psihijatriji, Medicinska naklada, Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb, 2018.
4. D. Begić: Psihopatologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2016.
5. V. Pereković i sur.: Epidemiologija suicida na osječkom području, Med. Vjesn. 2002; 34(1-4) i 2003; 35(1-4): 11-17
6. HR. Khouzam, D. Tiu Tan, TS. Gill: Handbook of emergency psychiatry. Philadelphia Mosby, 2007.
7. D. Moravek: Psihijatrija, Medicinska Naklada, Zagreb, 2000.
8. M. Hardy et al.: Antipsychotic adherence and emergency department utilization among patients with schizophrenia, Schizophr. Res., 2018.
9. A. Sujoldžić, V. Rudan, A. De Lucia: Adolescencija i mentalno zdravlje, 1. izdanje, Zagreb, Institut za antropologiju, 2006.
10. https://www.uptodate.com/contents/acute-opioid-intoxication-in-adults?search=heroin20overdose§ionRank=1&usage_type=default&anchor=H14&source=machineLearning&selectedTitle=1~150&display_rank=1#H14, dostupno 10.07.2020.
11. https://www.uptodate.com/contents/opioid-withdrawal-in-the-emergency-setting?search=heroin%20overdose&topicRef=300&source=see_link, dostupno 10.07.2020.
12. https://www.uptodate.com/contents/cannabis-marijuana-acute-intoxication?search=cannabis20hyperemesi20treatment&source=search_result&selectedTitle=1~13&usage_type=default&display_rank=1#H2437113, dostupno 09.07.2020.
13. https://www.uptodate.com/contents/cocaine-acute-intoxication?search=cocaine%20intoxication&source=search_result&selectedTitle=1~53&usage_type=default&display_rank=1, dostupno 09.07.2020.

14. https://www.uptodate.com/contents/tricyclic-antidepressant-poisoning?search=tricyclic%20antidepressants&source=search_result&selectedTitle=3~133&usage_type=default&display_rank=3, dostupno 05.07.2020.
15. https://www.uptodate.com/contents/lithium-poisoning?search=lithium%20toxicity&source=search_result&selectedTitle=1~55&usage_type=default&display_rank=1, dostupno 06.07.2020
16. M. Blažević: Sestrinske intervencije kod pojavnosti nuspojava antipsihotika, Diplomski rad, Zagreb, 2019.
17. B. Mushtaq: Role of psychiatric nurse for client receiving anti-psychotic drugs. *Pharm Pharmacol Int J.* 2018;6(3):222–223.
18. V. Jengić, S. Katalinić: Krizna stanja i primjena mjera prisile u psihijatriji, Zbornik Pravnog Fakulteta Sveučilišta u Rijeci, 1991.
19. M. Rueve, R. Welton: *Violence and Mental Illness, Psychiatry*, 2008.
20. <http://psihijatrija.blogspot.com/2011/10/sestrinska-skrb-na-psihijatrijskom.html>, dostupno 05.07.2020.
21. Lj. Moro, T. Fančičković i sur.: *Psihijatrija*, Zagreb, Medicinska naklada, 2009.
22. S. Franković i sur.: *Zdravstvena njega odraslih*, Zagreb, Medicinska naklada, 2010.
23. <https://www.zakon.hr/z/181/Zakon-o-za%C5%A1titi-osoba-s-du%C5%A1evnim-smetnjama>, dostupno 07.07.2020.
24. O. Ćemalović, E. Mujkić: *Prisilno zadržavanje i prisilni smještaj osoba sa duševnim smetnjama u zdravstvene ustanove – medicinski i pravni aspekti*, Fondacija Centar za javno pravo, 2014.
25. https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2015_02_16_303.html, dostupno 08.07.2020.
26. I. Jakovljević: *Hitna stanja u psihijatriji*, Diplomski rad, Varaždin, 2016.

7. Popis tablica i slika

1. Slika 2.2.2. Agresivan bolesnik, izvor: HR. Khouzam, D Tiu Tan, TS. Gill: Handbook of emergency psychiatry, Philadelphia Mosby, 2007..... str. 10



IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, Petar Ladan (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Hitna stanja u psihijatriji (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Petar Ladan
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, Petar Ladan (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Hitna stanja u psihijatriji (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Petar Ladan
(vlastoručni potpis)