1 מענה רפואי למטופל אובדני או למטופל עם חשד להפרעה נפשית מגבילה

כללי

1. לעיתים צוותי מד"א נדרשים להעניק טיפול רפואי ראשוני למטופל בעל נטיות אובדניות המצוי במצב נפשי סוער או למטופל שנחשד כבעל הפרעה נפשית הפוגעת בשיקול הדעת או בביקורת המציאות – שיתכן ופועלים בצורה לא רציונלית.
2. ברוב המקרים יהיה זה בן משפחה, בן זוג, שכן, או עובר אורח שפנו למד"א, אך לעיתים יהיה זה המטופל עצמו שביצע את הפניה.
3. צוות מד"א נאלץ לעיתים קרובות להתמודד עם מצב מורכב שבו מטופלים אלו מסרבים להיבדק, לקבל טיפול רפואי או להסכים לפינוי רפואי.

המטרה

להנחות את צוותי ה־ALS של מד"א בנושא המענה הרפואי למטופל אובדני או למטופל שנחשד כבעל הפרעה נפשית הפוגעת בשיקול הדעת או בביקורת המציאות.

הגדרות

1. **מטופל החשוד כלוקה בנפשו** – כאשר **איש הצוות הבכיר בהכשרתו המקצועית בזירת האירוע** מתרשם כי המטופל סובל מהפרעה נפשית חריפה, ויש חשש לפגיעה בשיקול דעתו או בביקורת המציאות שלו (למשל, התקף פסיכוטי או דיכאון מג'ורי). לחלופין, כאשר מדובר במטופל השוהה במוסד וצוות המוסד הציגו כסובל מהפרעה נפשית מגבילה.
2. **מטופל אובדני** – מטופל אשר לפי המידע שבידי הצוות בזירת האירוע מאיים לבצע, או מבצע בפועל, מעשים שכוונתם לפגוע בעצמו, או שחלפו פחות מ־24 שעות מאז שביצע בפועל ניסיון אובדני.
3. **מצב חירום או מצב חירום רפואי** – **איש הצוות הבכיר בהכשרתו המקצועית** סבור כי נוצרו נסיבות שבהן אדם מצוי בסכנה **מיידית** לחייו או שקיימת סכנה **מיידית** כי תיגרם לאדם נכות חמורה בלתי הפיכה אם לא יינתן לו טיפול רפואי **דחוף,** או שמדובר בנסיבות שבהן אדם מהווה סכנה **מיידית** לחיי הזולת או לשלמות גופו ובריאותו של הזולת.
4. **סירוב לקבלת טיפול** – אי־הסכמה של מטופל או של אפוטרופוס לגוף המטופל (נוכח במקום) לקבלת טיפול רפואי. הסירוב יכול להיות בכתב, בעל פה או בדרך של התנהגות.
5. **התנגדות אקטיבית** – סירוב לקבלת טיפול רפואי בדרך של אמירה או בדרך של התנהגות אשר **לא מאפשרת** לתת טיפול רפואי או לבצע פינוי רפואי ללא שימוש באמצעים פיזיים (כגון הגבלת המטופל, שימוש בתרופות הרגעה).

2 מענה רפואי למטופל אובדני או למטופל עם חשד להפרעה נפשית מגבילה

פירוט

בכל מקרה הקשור למטופל אובדני או למטופל הנחשד כלוקה בהפרעה נפשית מגבילה ומהווה איום (**עלול לסכן את עצמו או את הזולת סיכון פיזי מיידי**) – על צוותי ה־ALS של מד"א לפעול כדלקמן:

1. יש לבצע הערכה ראשונית של הזירה תוך כדי הקפדה על בטיחות אנשי הצוות (אין להתעמת עם מטופל המתנגד אקטיבית לבדיקה או לטיפול רפואי).
2. יש לבצע, **ככל האפשר,** הערכה של מצבו הרפואי והנפשי של המטופל, תוך כדי התייחסות לפרטים אלה (ראו נספח) –
   - תשאול המטופל וסביבתו – נסיבות האירוע הנוכחי, מחלות רקע, טיפול תרופתי קבוע, אשפוזים קודמים וכדומה.
   - בדיקה גופנית של המטופל ובפרט – מצב הכרה, התמצאות בזמן ובמרחב, מדדים חיוניים לרבות חום, רמת סוכר בדם.
   - הערכת מצבו הקוגניטיבי של המטופל – למשל התמצאות בזמן ובמרחב, זיהוי בני המשפחה.
   - תיאור מצבו הנפשי של המטופל, למשל שקט או אגרסיבי, רואה או שומע הזיות, מחשבות שווא, מחשבות אובדניות.
3. יש לבצע, **ככל האפשר,** הערכה של מידת המסוכנות הפיזית של המטופל לעצמו או לזולת.
4. צוות BLS יבקש חבירה לצוות ALS בכל מצב שבו איש הצוות הבכיר בהכשרתו המקצועית מעריך כי המטופל אובדני, מהווה סיכון פיזי לעצמו או לזולת ומתנגד התנגדות אקטיבית לבדיקה, לטיפול רפואי או לפינוי רפואי.
5. צוות ALS ייוועץ עם הרופא במוקד הרפואי ועם הפסיכיאטר המחוזי (בסיוע המוקד הרפואי) בכל מצב שבו איש הצוות הבכיר בהכשרתו המקצועית מעריך כי המטופל אובדני, מהווה סיכון פיזי לעצמו או לזולת ומתנגד התנגדות אקטיבית לבדיקה, לטיפול רפואי או לפינוי רפואי – ויפעל בהתאם להנחיותיהם.
6. הרופא במוקד הרפואי ישקול צורך בשימוש בתרופות סדטיביות במידה והמטופל מהווה סכנה מיידית לעצמו ו/או לסביבתו. 1 דורמיקום 2 קטמין 3 דרופדירול.
7. אם איש צוות ALS הבכיר בזירה מעריך כי המטופל אינו אובדני, כי אינו מצוי במצב של סכנה פיזית מיידית לעצמו או לזולת, כי הוא מצוי במצב קוגניטיבי ונפשי תקין וכי הוא מתנגד התנגדות אקטיבית לבדיקה, לטיפול רפואי או לפינוי רפואי – יש להחתימו על טופס סירוב לקבלת טיפול רפואי או פינוי רפואי ולדווח למוקד המרחבי.

1 **דורמיקום**

מתן תוך־ורידי I.V –
- מבוגרים: 2.5–5 mg.
- ילדים: 0.1 mg/kg (עד למקסימום של 5 mg).
- במקרה הצורך אפשר לתת מנה נוספת לאחר 5 דקות.

מתן תוך־שרירי I.M (עדיפות לירך) –
- מבוגרים: 5 mg.
- ילדים: 0.15 mg/kg (עד למקסימום 5 mg).
- במקרה הצורך אפשר לתת מנה נוספת לאחר 10–15 דקות.
- במטופלים מעל גיל 75 מומלץ לתת מינון בגבול התחתון של טווח הטיפול ו/או להגדיל את מרווח הזמן בין המנות.
- שילוב של קטמין עם מידזולם יאפשר להשיג אפקט טוב יותר תוך כדי שימוש במינונים נמוכים יותר, וכן יצמצם את תופעות הלוואי.

2 **קטמין**
- מתן תוך־ורידי I.V – מינון 1 mg/kg. במקרה הצורך אפשר לתת מנה נוספת לאחר 5-10 דקות.
- מתן תוך־שרירי I.M (עדיפות לירך) – 2 mg/kg. במקרה הצורך אפשר לתת מנה נוספת לאחר 5-10 דקות.

2 **דרופרידול**

מבוגרים
- 5 mg מתן ב־I.M, או 2.5 mg מתן ב־I.V. במידת הצורך אפשר לחזור על המנה לאחר 20–30 דקות.
- מעל גיל 75 אפשר לטפל במנה אחת בלבד.

ילדים
- אפשר לטפל מעל גיל 16 בלבד במינון הזהה למבוגרים.

נספח
הערכת מצב קוגניטיבי ונפשי

הערכת מצב קוגניטיבי

מטרת ההערכה היא לבחון אם המטופל מסוגל לקבל החלטה מושכלת בדעה צלולה. הערכה זו מבוססת על כמה שאלות –

1. התמצאות בזמן (יום, חודש, שנה).
2. התמצאות במקום (רחוב ומספר, עיר, מדינה).
3. התמצאות בסביבה (בני משפחה, שכנים, מכרים).
4. האם קיים חשד שהמטופל מצוי תחת השפעת תרופות, סמים או אלכוהול.

הערכת מצב נפשי

מטרתה לבחון (בדיקה ראשונית וכללית) את מצבו הנפשי של המטופל ולהעריך את מידת המסוכנות הפיזית שלו לעצמו או לזולת. הערכה זו מבוססת על כמה מדדים:

1. התנהגותו הכללית של המטופל, כגון צורת לבוש, צורת הליכה, אי־שקט פסיכומוטורי, התנהגות אלימה כלפי הסביבה וכדומה.
2. קיומן של מחשבות שווא (דלוזיות) או של חזיונות שווא (הלוצינציות), כגון שמיעת קולות, ראיית מראות שאינם קיימים, דיבור "לאוויר" וכדומה.
3. הצהרת המטופל על רצונו למות או רצונו לפגוע בעצמו.
4. "עדות סביבתית" לניסיון אובדני שבוצע לאחרונה (כגון ריבוי חפיסות כדורים ריקות בזירת האירוע) או לפגיעה אחרת במטופל או בזולת, כולל דיווחים של הסובבים.

הערכת מידת שיתוף הפעולה של המטופל

מטרתה לבחון אם המטופל יסכים לקבל סיוע רפואי ומה מידת הכפייה שתידרש אם הוא לא יסכים. הערכה זו מבוססת על תשאול ישיר של המטופל ומידת שיתוף פעולה שלו בפועל (למשל, אם הוא מושיט יד למדידת לחץ דם או אם הוא מתלווה לאיש הצוות ונכנס לאמבולנס).

קווים מנחים לפינוי

פירוט בעמוד 320.