

PSIHIATRIČNA URGENTNA STANJA IN ZDRAVNIK SPLOŠNE MEDICINE

Mitja Mohor

UVOD

Zdravnik splošne medicine se ob srečanju z bolnikom z akutno duševno boleznijo znajde pred zahtevno nalogo. Če je ta naloga morda manj zahtevna za zdravnika, ki se z bolnikom sreča v času redne ambulante in bolnika pozna, prav tako zgodovino, dinamiko in posebnosti njegove bolezni ter okoliščine, ki so za bolnika pomembne, pa postane obravnava bolnika z duševno boleznijo v času dežurstva lahko zelo zapletena.

Težko se je pravilno odločati takrat, kadar zdravnik bolnika ne pozna, okoliščine nastale situacije so nejasne, klinična slika netipična, neredko so prisotni alkohol ali druga psihotropna sredstva, medicinske ali druge dokumentacije ni na voljo, zdravnik je v časovni stiski, pregledovana oseba pa odklanja medicinsko obravnavo ali napotitev v psihiatrično bolnišnico. V takih okoliščinah se verjetnost zdravnikove napačne odločitve poveča. To je razumljivo, saj se zdravnik odloča na osnovi razpoložljivih podatkov. Manj ko jih je na voljo, težje je pravilno ravnati.

Običajno se loti zdravnik obravnave bolnika po naslednjih korakih:

1. ugotovitev, ali je pri pregledovani osebi sploh prisoten zdravstveni problem,
2. ocena o vodilnem problemu,
3. ocena stopnje ogroženosti bolnika in / ali njegove okolice,
4. odločitev o času in vrsti ukrepanja.

Navedeni koraki si logično sledijo in so med seboj povezani. Če ne gremo po vrsti in nismo rešili predhodnih vprašanj, bomo težko ustrezno rešili bolnikov problem. Seveda ta shema ne rešuje problemov, ampak je le v pomoč pri obravnavi bolnika.

ALI SPLOH GRE ZA ZDRAVSTVENI PROBLEM?

Pogosto je težko odgovoriti že na na videz enostavno vprašanje - ali je pregledovana oseba sploh bolna (ali ima duševno bolezen, telesno bolezen, ali je poškodovana, zastrupljena) . Če ni jasnega odgovora, je tudi zdravnikovo poseganje v probleme pregledovane osebe vprašljivo.

Odgovor na to vprašanje mora biti jasen, sicer prežita na zdravnika in na pregledovano osebo dve nevarnosti. Prvo past predstavlja verjetnost, da oseba sploh ni bolna in ne potrebuje zdravniške pomoči, zdravnik pa napačno oceni, da oseba je bolna in da so potrebni medicinske ukrepi za rešitev težav, ki jih oseba ima. Še bolj se zaplete, če zdravnik v takem primeru odredi izvedbo ukrepov, na katere oseba ne pristane (aplikacija zdravila, uporaba ovirnice, hospitalizacija proti volji te osebe).

Druga, za preiskovano osebo nevarnejša možnost je situacija, ko oseba je bolna in potrebuje zdravniško pomoč, zdravnik pa tega ne prepozna in zato ne prične z zdravljenjem. Če pri bolniku ne prepoznamo npr. samomorilne nevarnosti, ima to lahko usodne posledice.

Kadar se izkaže, da oseba ni bolna in da je v stiski zaradi drugih problemov, je prav, da poskuša zdravnik osebi svetovati, kje naj poišče ustrezno pomoč, ali obvesti s privoljenjem te osebe ustrezne službe (npr. socialno službo), ki lahko tej osebi pomagajo. To pogosto ni lahko, ker so problemi posameznika marsikdaj zelo zapleteni, neredko pa tudi zato, ker oseba odklanja vsakršno pomoč.

OCENA O VODILNEM PROBLEMU

Ko je zdravnik ocenil, da je oseba bolna, mora z natančnim pregledom to potrditi in ugotoviti, kateri problem bolnika trenutno najbolj ogroža. Če dobro ocenimo vodilni problem, potem se je lažje odločiti za ustrezno terapijo in potrebne ukrepe.

Ocena vodilnega problema zna biti težavna, ker se lahko prepletajo elementi duševne motnje, vpliv psihotropnih substanc, telesna bolezen in poškodba. Kaj je vodilna motnja pri bolniku, ki so ga pripeljali na pregled, ker je imel epileptični napad in je obležal na cesti v mrzli deževni noči? Nima svojcev, je odvisen od alkohola, ob pregledu je vinjen, zmeden, na glavi ima manjšo raztrganino in odklanja zdravnikovo pomoč.

Za bolnika neredko ni tako pomembna postavitev pravilne diagnoze, kot je pomembna prav pravilna ocena njegove ogroženosti. Bolezen lahko pri dveh bolnikih, ki imata isto diagnozo, poteka povsem drugače, z različno intenzivnostjo, z različnimi vzorci, z različnim odzivom okolice in z različno stopnjo ogroženosti. Zato ne smemo pozabiti, da zdravimo bolnika in ne njegove diagnoze.

OCENA OGRÖŽENOSTI BOLNIKA

Pri ugotavljanju stopnje ogroženosti psihiatričnega bolnika, oziroma v kolikšni meri bolnik ogroža svojo okolico, potrebuje zdravnik strokovno znanje, izkušnje in čim več podatkov o bolniku in okoliščinah, ki so bolnika privedle k zdravniku.

Za praktične potrebe lahko rečemo, da je bolnik z duševno boleznijo ogrožen takrat, kadar mu bolezen povzroča hudo škodo (ne samo somatsko) in / ali obstaja realna nevarnost, da v kratkem času življenjsko ogrozi bolnika ali ljudi v njegovi okolici.

Ogroženost bolnika z duševno boleznijo je lahko zelo relativen pojem, ki je odvisen od bolnika in od presoje zdravnika. Če za depresivnega bolnika, ki je motorično zavrt, poln samoobtoževalnih blodenj, odklanja hrano in razmišlja o samomoru, lahko ocenimo, da je življenjsko ogrožen, pa tega najbrž ni mogoče trditi za maniformnega, ki se v tem stanju zelo dobro počuti, vendar s svojim vedenjem in ravnanjem lahko povzroča sebi in svoji okolici veliko škodo.

Zato je potrebno pri oceni ogroženosti upoštevati tudi druge elemente, ki sicer niso neposredno povezani z nevarnostjo poslabšanja zdravja ali celo smrti, so pa pomembni za bolnikovo nemoteno delovanje in perspektivo v okolju, kjer živi in kjer je zaposlen. Bolnik, ki zaradi duševne bolezni začne z nesmotrnim zapravljanjem denarja in dela škodo v podjetju, bo kljub temu, da ga bolezen življenjsko ne ogroža, v kratkem času ostal brez službe in imetja. Tako ne bo samo bolnik z duševno boleznijo, ampak se bodo pojavile tudi težave v družini in v okolici, kjer biva. Postal bo socialni problem z vsem, kar sodi zraven. Težko se bo ponovno zaposlil, še težje si bo spet pridobil zaupanje v svojem okolju in v podjetju. Tako lahko ocenimo, da je tudi tak bolnik ogrožen in potrebuje čimprejšnjo ustrezno pomoč, ki bo prekinila bolezenski proces in vse spremljajoče posledice.

Odločitev o tem, kdaj je primeren čas za poseg v bolezensko dogajanje, je v veliki meri odvisna od ocene bolnikove ogroženosti, torej od presoje zdravnika. Zdravnik mora znati izbrati primeren trenutek za posredovanje. Včasih je potrebno ukrepati takoj, včasih je bolj modro počakati na ugodne razmere.

Vsekakor pa ne kaže vedno čakati, da se bo bolnikova bolezen razvila do te mere, da bo prišlo do hudih problemov doma, v okolju, kjer dela in kjer živi. Če karikiramo; ogenj je treba začeti gasiti takoj, ko se pojavi, ne šele potem, ko je pol hiše že zgorelo. Seveda je treba gašenje prilagoditi vrsti in obsegu požara, sicer bo škoda zaradi gašenja večja od škode, ki jo je povzročil ogenj.

Kadar bolnik odklanja zdravniško pomoč, je odločitev o začetku zdravljenja toliko težja. Zdravnik včasih ne bo s svojim predlogom zdravljenja naletel le na odklanjanje pri bolniku, ampak tudi na nerazumevanje pri bolnikovih svojcih ali okolici. Predno se zdravnik odloči za določen ukrep, je zato koristno, da oceni, kako se bodo na to odzvali bolnik in njegovi svojci.

Zelo pomembno je, da bolnik zdravniku zaupa. Če se vzpostavi odnos zaupanja, bo bolnik prej upošteval nasvete zdravnika in pristal tudi na sprejem v bolnišnico, čeprav se mu morda to ne zdi potrebno. Zaupanje je lažje doseči izbranemu zdravniku, ki bolnika že dolgo pozna. Dežurni zdravnik zelo težko doseže zaupanje v kratkem času, ki je na razpolago. Zato je toliko pomembnejše, kakšen odnos vzpostavijo zdravnik in ostalo medicinsko osebje do bolnika v tem času.

Včasih zadostuje kot medicinski ukrep ali zdravljenje že pogovor in navodilo bolniku in svojcem. Kadar dežurni zdravnik oceni, da bolnik ni ogrožen, da pa je potrebno nadaljevati z diagnostično - terapevtsko obravnavo, priporoči kontrolo pri izbranem zdravniku splošne medicine ali v psihiatrični ambulanti. V primeru somatske ogroženosti (zastropitev, poškodba, somatska bolezen) bo bolnika po opravljeni nujni medicinski pomoči s spremstvom napotil v ustrezno zdravstveno ustanovo.

Za napotitev v psihiatrično ustanovo se zdravnik odloči, kadar je za to jasna indikacija, neredko pa tudi takrat, ko je ocena ogroženosti težavna in klinična slika nejasna. Tak ukrep zmanjša možnost zdravnikove napačne odločitve, ki bi morebiti bila za bolnika lahko usodna. Sprejemni psihiater ima več prednosti pri obravnavi, saj ima več znanja, izkušenj, morda tudi medicinsko dokumentacijo o tem bolniku. S sprejemom v bolnišnico je na voljo dovolj časa za diagnostiko in dokončno osvetlitev bolezni. Če psihiater ob pregledu bolnika ne bo našel razlogov za sprejem v bolnišnico, mu bo svetoval ambulantno obravnavo.

V primeru, da je bolnik duševno tako bolan, da je njegova ogroženost ali ogroženost njegove okolice velika, je potrebno izvesti hospitalizacijo, tudi če se bolnik s tem ne strinja. Kadar ne gre drugače in se bolnik fizično upira ali postane nasilen, se za izvedbo napotitve v bolnišnico uporabijo sredstva za oviranje (zdravila, ovirnica). Ta sredstva se lahko uporabijo samo, če tako odloči zdravnik, ki mora biti pri tem prisoten.

Če je bolnik tako agresiven, da obstaja nevarnost, da bo poškodoval sebe ali druge, lahko zdravnik zaprosi za pomoč policijo (asistenca). To pomeni, da policisti onemogočijo bolniku, da bi poškodoval sebe ali druge. Pri tem morajo uporabiti najmanjšo možno stopnjo prisile, ki je v danem primeru potrebna za omejitve agresije. Ko policisti onemogočijo bolniku, da bi bil nasilen, oceni zdravnik, če je potrebno uporabiti sredstva za oviranje (zdravila, ovirnica). Bolnika je potrebno v spremstvu zdravstvenega osebja prepeljati z reševalnim vozilom v bolnišnico.

Ves čas postopka napotitve v bolnišnico proti bolnikovi volji mora zdravstveno in policijsko osebje z bolnikom ravnati humano in v največji možni meri spoštovati njegovo osebnost in dostojanstvo.

Zdravnik naj v napotnici, s katero napoti bolnika v psihiatrično bolnišnico, napiše čim več pomembnih podatkov. S tem bo pomagal sprejemnemu psihiatru, da bo lažje ocenil stanje bolnika. Če je mogoče, naj bi se v bolnišnici oglasili tudi bolnikovi svojci, njegovi znanci ali očitvidci, ki lahko sprejemnemu psihiatru opišejo, kaj se je v zadnjem času z bolnikom dogajalo.

Z napotitvijo v psihiatrično bolnišnico je zdravnik razrešil le trenutni problem. Pomembno je, da po končanem zdravljenju bolnik redno prihaja na kontrolne preglede k izbranemu zdravniku in / ali psihiatru, ki ga spremljata in prilagajata zdravljenje njegovemu stanju. Če bolnik po prihodu iz bolnišnice opusti zdravila in ne prihaja na kontrolne preglede, lahko pričakujemo čez nekaj časa poslabšanje njegove bolezni, povrnitev vseh problemov, ki jih bolezen prinaša in ponovno srečanje zdravnika splošne medicine z urgentnim psihiatričnim bolnikom.

ZAKLJUČEK

Različnost problemov in enkratnost situacij, v katerih se znajde urgentni psihiatrični bolnik, je za zdravnika zahtevna preizkušnja ne samo njegovega strokovnega znanja, ampak tudi človeškega pristopa. Pogosto je težko oceniti ogroženost bolnika, še težje pa izbrati pravi čas in pravo mero pri odločitvi o

poseganju v bolezen. Zdravnik ima pri odločitvi redko možnost posveta z drugim zdravnikom, zato se mora odločiti sam in sam tudi prevzeti vso odgovornost za svojo odločitev.

(Ne)uspešnost zdravnikovega dela se pokaže po končani intervenciji. Včasih kot moreč opomin zdravniku glede njegovi zmotljivosti in nemoči, včasih kot prijeten občutek in prijazna spodbuda.

TRIJE PRIMERI IZ PRAKSE

1. primer

Bolnica je stara 40 let. Vrsto let se zdravi zaradi paranoidne shizofrenije. Nekajkrat je bila hospitalizirana. Na kontrolne preglede že dalj časa ne hodi, predpisanih zdravil ne jemlje. Izbrani zdravnici ne zaupa in jo odklanja. Živi sama v svojem stanovanju, čez dan je skoraj vedno odsotna od doma. S sestro, ki živi v isti hiši, se ne razumeta, saj bolnica sestro obtožuje, da jo zastruplja.

Več ljudi je obvestilo izbrano zdravnico, da so opazili, da ima bolnica povečan trebuh in da je najbrž noseča. Povedali so, da odločno zanika, da bi bila noseča, in razlaga, da ima težave z želodcem. Zdravnica se je dogovorila z ginekologom, da je bolnici poslal vabilo za ginekološki pregled. Bolnica se je ob tem zelo razburila in na pregled ni šla. Zdravnica je skušala dobiti mnenje več kolegov o tem, kaj naj stori, vendar so bili odgovori različni. Kadar je zdravnica želela obiskati bolnico, te ni bilo doma. S bolničino sestro se je dogovorila, da jo poskusi prepričati, da bi opravila vsaj test za nosečnost, kar je bolnica odklonila. Tudi predlog (ki se je prilagajal pacientkini razlagi, da ima težave z želodcem), da bi šla na ultrazvok zaradi bolezn želodca, je odklonila. Tako ni bilo jasno, v kolikšni meri je bolnica ogrožena in kakšno je njeno zdravstveno stanje

Zdravnici je čez nekaj časa uspelo vzpostaviti pogovor z bolnico po telefonu. Ta je ponovno zatrdila, da ni noseča, da ima le težave z želodcem, da na pregled k njej ne misli priti, ker ima drugega zdravnika. Temu zdravniku je povsem zaupala, vendar je bil trenutno na dopustu (kasneje se je izkazalo, da omenjeni zdravnik ni zdravnik, se pa ukvarja z zdravljenjem).

Zdravnici so medtem znanci povedali, da ima bolnica, ki jo pogosto srečujejo v mestu, vse večji trebuh in da bo najbrž kmalu rodila.

Zdravnica še vedno ni vedela, ali je bolnica res noseča. Obstajala je nevarnost detomora ob porodu ali zapletov ob porodu in neustrezne oskrbe otroka po porodu, če bi bolnica brez nadzora rodila sama doma.

Možnosti, ki jih je imela zdravnica za ukrepanje, so bile naslednje:

- takojšnja hospitalizacija bolnice proti njeni volji,
- počakati s hospitalizacijo in ta čas izkoristiti za prepričevanje bolnice, da sama pristane na pregled,
- s hospitalizacijo počakati, dokler se bolnica sama zaradi težav (bolečine v trebuhu, drugi simptomi ali porod) ne odloči za zdravniško pomoč,
- hospitalizacija bolnice v primeru, da se pojavijo problemi, ki jo manifestno ogrožajo.

Za katero možnost bi se odločili ?

Ali obstaja še kakšna druga možnost ?

Razplet:

Socialna delavka, ki ji bolnica zaupa, jo je uspela pregovoriti in bolnica je pristala na pregled pri dežurnem zdravniku. Zdravnik je ugotovil ascites in bolnica se je strinjala s hospitalizacijo. Ugotovljen je bil ginekološki malignom.

2. primer

Oče 35 let stare hčere se oglasi ob 21. uri v dežurni ambulanti in pove, da je hči zadnje čase spremenjena, še posebej zadnji teden. Iz službe so že javili, da je hčerka čudna, da med delom moli, se grabi za lase in ni več za delo. Svojci so opazili, da čudno govori in se drugače obnaša. Govorila naj bi o koncu sveta in ima idejo, da je prišel vanjo duh.

Dežurni zdravnik jo takoj v spremstvu očeta obišče na domu. Bolnica deluje prestrašeno, odklanja pogovor. Potem razkrije, da sliši glasove že kakšen teden dni, da je vsebina glasov neprijetna, da jo glasovi zmerjajo. Večji del časa je zatopljena v misli in halucinacije, občasno spremlja dogajanje okoli sebe. Pove, da je vanjo nekaj prišlo, da se premika po njej in da ve, kako se bo tega znebila.

Mož, ki se vrne v tem času iz službe, pove, da tudi sam opaža spremembe pri ženi, in to razlaga s tem, da je vanjo prišel duh. Žena naj bi po njegovem v zadnjem času dobila posebne sposobnosti - na primer veliko fizično moč, saj je pred kratkim brez razloga izruvala neko verigo. Mož je takoj vedel, da je vanjo prišel hudič, in je prepričan, da bo on spravil hudiča spet iz nje. Tudi mladoletna otroka sta prepričana, da je v mamico prišel duh.

Dežurni zdravnik skuša bolničninemu možu razložiti, da je njegova žena duševno zbolela in da je potrebno zdravljenje v bolnišnici. Mož ne vidi za to razloga in pove, da bo sam poskrbel za ženine težave. Zdravniku kljub poskusom ne uspe prepričati moža, zato mu svetuje, naj nanjo pazi (možnost

samomora ali drugih agresivnih dejanj) in naj se naslednji dan z ženo oglasi pri izbranem zdravniku. Zakonca naslednji dan nista obiskala zdravnika, kot jima je bilo svetovano.

Nekaj dni kasneje se pri dežurnem zdravniku ponovno oglasi oče bolnice. Pove, da ga zelo skrbi za hčerino zdravje in tudi življenje. Zdravniku razloži, da se je poročila z možem, ki ima tako kot njegovi svojci zelo neobičajne nazore, povsem so predani veri, imajo posebno vzgojo otrok, odklanjajo zdravila in jih še otrokom ne dajejo, kadar so bolni. Odkar je poročena, se je bolnica zelo spremenila, posebej še v zadnjem času. Povsem je odvisna od moža, ki ima v vsem glavno besedo.

Po prvem obisku zdravnika pri njej je mož bolnico z otroki odpeljal k svoji materi in svojim sorodnikom. Mati ima baje v tej družini glavno besedo. Vsi v družini so prepričani, da je v bolnici duh. Tam je bolničino stanje iz dneva v dan slabše, baje nič ne je, samo moli in je čisto spremenjena. Oče se boji za njeno življenje in zahteva, da zdravnik takoj ukrepa.

Kako bi rešili opisan primer ?

Razplet :

Dežurni zdravnik je o problemu obvestil bolničinega izbranega zdravnika. Ta je poklical bolnico in njenega moža (oba sta njegova pacienta, z zdravnikom se že vrsto let poznajo in oba mu zaupata) in se dogovoril za obisk v njegovi ambulanti. Po nekaj ambulantnih obiskih je zdravniku uspelo prepričati moža, da je odpeljal bolnico na pregled k psihiatru. Za predlagano hospitalizacijo bolnice se zakonca nista odločila, zato se je psihiater odločil za ambulantno vodenje. Bolnica je dobila antidepresivno in nevroleptično terapijo. Psihiater je omenil verjetnost inducirane psihoze – induktor naj bi bil mož.

3. primer

Policija sporoči v dežurno ambulanto, da na mostu (s katerega sta letos s samomorilnimi nameni skočili že dve osebi) že nekaj ur stoji ob ograji moški in gleda dol. Tam so že policisti in želijo, da to osebo pregleda zdravnik.

Zdravnik ob prihodu vidi moškega, ki se ob ograji mostu pogovarja s policisti. Star je 50 let. V razgovoru pove, da stoji na mostu nekaj ur zato, ker rad opazuje reko, ki teče pod mostom. To počne večkrat. Včasih pa je po ure dolgo v gozdu in vedno se najdejo ljudje, ki ga sprašujejo, kaj da počne. Na vprašanje, če ima namen skočiti z mosta, odgovori, da ne. Na mostu bo toliko časa, dokler se mu bo zdelo, potem pa bo nadaljeval svoj sprehod in odšel domov. Trenutno je na bolniški, ima probleme z živci, ne zmore svojega

dela, z izbranim zdravnikom ni zadovoljen. Čez nekaj dni se mu izteče bolniška in ne ve, kako bo šlo na delu. Jemlje neka zdravila za živce, ki mu jih je ambulantno predpisal psihiater, pa ne ve katera. V psihiatrični bolnišnici se še ni zdravil.

Zdravnik iz razgovora ugotovi, da je bolnik orientiran, dolgovezen, lepljiv. Ne najde jasnih elementov psihoze. Bolnik je zmerno depresivno razpoložen, ima probleme v službi, ni pa manifestno suicidalen in tudi sam zanika suicidalne ideje.

Zdravnik predlaga bolniku pogovor s psihiatrom, vendar bolnik to odločno odkloni. Tudi predlog, da bolnika odpelje v Zdravstveni dom, kjer bi se lažje natančneje pogovorila, bolnik zavrne.

Zdravniku preostaneta dve odločitvi:

- bolnika prepelje proti njegovi volji v psihiatrično bolnišnico,
- bolnika pusti z navodili na mostu.

Kako bi ukrepali v tem primeru ?

Kako bi argumentirali svojo odločitev ?

Razplet:

Zdravnik se ne odloči za hospitalizacijo proti volji bolnika in mu naroči, naj se čim prej oglasi na kontrolni pregled pri izbranem zdravniku ali psihiatru. Bolnik je po zdravnikovem odhodu še nekaj časa stal na mostu in nato odšel domov.

Približno 2 tedna kasneje kliče zvečer sin tega bolnika in pove, da oče gozi s samomorom in da je odšel na pokopališče. Reševalci ga ne najdejo na pokopališču, ampak pred blokom, kjer stanuje. S seboj ima vrečko in v njej vrv, na katero naj bi se nameraval obesiti. Pove, da ne more več tako živeti in da bo naredil konec. Po pogovoru z zdravnico privoli v prevoz v psihiatrično bolnišnico.

Hospitalizacija je trajala 13 dni. Med bivanjem v bolnišnici je bil bolnik ves čas umirjen in vodljiv. Odpustne diagnoze so bile: psihoorganska spremenjenost (stanje po kraniocerebralni poškodbi pred 25 leti), organska afektivna motnja (blaga depresivnost) in organska halucinoza. V terapiji sta bila priporočena Tegretol in Zoloft. Predlagana je bila predstavitev invalidski komisiji.

Na kontrolnih pregledih se slika ni bistveno spremenila. Občasno je še ponujal samomor kot možno rešitev težav.