

HOSPITALIZACIJA PROTI VOLJI BOLNIKA- DILEMA V SPLOŠNI AMBULANTI

Mitja Mohor

Kljub načelu, da je bolnik tisti, ki ima glavno besedo pri zdravljenju, zdravnik pa naj bi imel vlogo svetovalca, ki pozna stroko in predlaga najprimernejšo pot diagnostike in terapije, je obravnava pacienta vse prej kot preprosta matematična enačba, ki bi jo potem, ko bi se enkrat naučili pravil, vedno reševali na isti način brez problemov. V resnici je seveda drugače.

Vemo, da je bolnik v tem odnosu vedno v podrejenem položaju, ker mu manjka znanje medicine. Prav zaradi tega je odvisen od zdravnika, ki mu mora čimbolj razumljivo predstaviti situacijo, v kateri se nahaja, in možnosti, ki se ponujajo za razrešitev problema. Splošni zdravnik se pri obravnavi bolnika ne more omejiti le na golo stroko. V splošni ambulanti je za uvedbo učinkovitega zdravljenja poleg diagnoze potrebno upoštevati še bolnikovo osebnost, njegove navade, značilnosti njegovega domačega in poklicnega okolja in še kaj, kar dostikrat nima zveze z medicino. Ti dejavniki utegnejo biti s pacientovim zdravstvenim problemom tako tesno povezani, da samo znanje medicine ne zadostuje in tudi v knjigah ne bomo našli odgovorov ali pa bodo za konkretni primer povsem neuporabni.

Napotitev bolnika v bolnišnico proti njegovi volji je problem, s katerim se splošni zdravniki vedno znova srečujemo in nam vedno zastavi kopico novih vprašanj, ko na stara še nismo našli jasnih odgovorov.

Poskusimo osvetliti nekaj elementov, ki vplivajo na napotitev pacienta v bolnišnico in na njeno zavrnitev.

Splošni zdravnik se s pacientom lahko sreča v različni vlogi: kot bolnikov lečeči zdravnik ali kot dežurni zdravnik .

Kdaj je indicirana napotitev v bolnišnico, bo lažje presodil lečeči zdravnik, ki pozna bolnika že vrsto let. Težje se bo odločil dežurni zdravnik, ki bolnika praviloma vidi prvič, nima na razpolago vse pomembne zdravstvene dokumentacije in bo zato ocenjeval le trenutno stanje pacienta. Prav tako ni vseeno, kje in kdaj poteka obravnava

MITJA MOHOR, dr.med.
Zdravstveni dom Kranj
Gospodarska 10
64000 Kranj

bolnika: v ambulanti, na hišnem obisku ali na terenu, v rednem času ali sredi noči.

Za analizo celotne situacije so torej potrebni podatki o pacientu, zdravnikovo znanje, da jih lahko ovrednoti, in čas, ki ga ima na razpolago za odločitve. Pomanjkanje podatkov, znanja ali časa lahko prispevajo k nezanesljivi ali napačni presoji situacije in k večji možnosti napačnega ravnanja. Zato se zdravniki v nejasnih primerih pogosto odločajo za hospitalizacijo.

Zdravnikova ocena bolnikovega stanja ni ne enostavna ne absolutna in je podvržena napakam. Zaradi tega je toliko težje pacientu predlagati hospitalizacijo, saj mnogokrat ni na razpolago dovolj argumentov, še težja pa je odločitev, kdaj hospitalizirati bolnika celo proti njegovi volji in kako odločno vztrajati na njeni izvedbi .

Bolniki v praksi dokaj pogosto podvomijo o potrebnosti hospitalizacije in želijo slišati še dodatna pojasnila, redkeje pa hospitalizacijo odločno odklonijo. Kadar je bolnik odklonil napotitev v bolnišnico, je prav, da mu zdravnik razloži, kakšne posledice ima lahko ta odločitev za zdravje bolnika. Če je bolnik razumel svojo situacijo in tudi pomen svoje odločitve, bi moral zdravnik bolnikovo odločitev spoštovati.

Splošni zdravnik se znajde v zagati takrat, ko ocenjuje, da je hospitalizacija potrebna, ne more pa zanesljivo presoditi, ali je bolnikova odklonitev posledica duševnih motenj v najširšem pomenu besede (akutne, kronične psihoze, psihoorganski sindromi, dementna stanja, zastrupitve z alkoholom in drugimi snovmi...) ali pa je bolnik povsem razumsko izbral odločitev, ki je morda na prvi pogled v nasprotju s situacijo, v kateri se nahaja (bolnik z napredovalo maligno boleznijo...)

Ko ocenjujemo bolnikovo sposobnost razumevanja situacije, lahko naletimo na ves spekter bolnikovih umskih zmožljivosti: od popolnoma trezne presoje do stanja nezavesti. Kako bo zdravnik ravnal v mejnih situacijah, ki običajno prevladujejo, mu ne more vnaprej svetovati nihče. Ni pravila, ki bi popolnoma obvarovalo zdravnika pred napako in bolnika pred njenimi posledicami. Zdravnik se odloča v korist bolnika, žal pa dostikrat ni jasno, kaj je bolniku dejansko v korist, in se ravnanje lahko ocenjuje šele retrogradno. Popravnega izpita pri tem ni. Zdravnik si lahko pomaga pri odločitvi tako, da razmišlja, kako bi se odločil, če bi bil sam na mestu bolnika. Vendar je tudi to gledanje subjektivno in zato lahko vprašljivo.

Zdravnik ima na razpolago možnost hospitalizacije proti volji bolnika.

Pred uporabo tega sredstva mora oceniti, da bi se opustitev hospitalizacije z veliko verjetnostjo končala s poslabšanjem zdravja bolnika ali celo z njegovo smrtjo, da pacient ni zmožen trezne razsoje situacije in da je tak postopek dolgoročno bolniku v korist. Ta tri načela skupaj prispevajo k lažji odločitvi za hospitalizacijo proti volji bolnika, zaradi svoje relativnosti pa so v konkretnih primerih le orientacija. Zato bo zdravnik, kadar ni siguren v indikacijo za hospitalizacijo, poskušal s prepričevanjem bolnika, ne bo pa ukrepal proti njegovi volji.

Čeprav so v praksi ponavadi psihiatrični bolniki tisti, pri katerih duševne motnje občasno ali trajno ogrožajo bolnika in (ali) njegovo okolico, in je zato potrebna hospitalizacija proti njegovi volji, se srečujemo tudi s somatskimi bolniki in poškodovanci, kjer se nam zastavljajo podobna vprašanja. Tudi somatski bolniki so lahko življenjsko ogroženi in so zaradi bolezni, poškodbe ali zastrupitve (npr. alkohol) zmanjšano sposobni ali nesposobni realno oceniti situacijo in iz tega razloga odklonijo hospitalizacijo.

Odločitev, čigava volja se v mejnih primerih upošteva, zapletejo dodatno še bolniki, ki že prej niso mogli prosto odločati o svojem zdravljenju. Gre za obsežno populacijo ljudi, za katere so dolžni skrbeti drugi. V to skupino lahko štejemo vse otroke do polnoletnosti in osebe, ki imajo določenega skrbnika (duševno manjrazvite osebe, nekatere duševno bolne osebe...), pa tudi osebe, ki sicer formalno nimajo skrbnika, a so psihično v takem stanju, da težko ocenjujejo, kaj je njihov interes, in v njihovem imenu odločajo sorodniki (psihično spremenjeni starostniki...). Kako naj se uveljavi resnični interes takega bolnika, kadar svojci ali skrbniki na eni in zdravnik na drugi strani ne najdejo soglasja glede zdravljenja ?

Še en vidik hospitalizacije proti volji bolnika je ves čas prisoten. Vedno obstaja možnost zlorabe tega ukrepa v namene, ki nimajo nobene zveze z zdravstvenim interesom bolnika. Ta nevarnost, četudi danes najbrž le teoretična, bo obstajala toliko časa, dokler bo obstajal ukrep hospitalizacije proti volji bolnika, zato mora družba imeti vzpostavljene učinkovite mehanizme, ki zavarujejo državljane pred tovrstnimi zlorabami. Javnost o hospitalizacijah proti volji bolnika ni natančno informirana in se špekulacije okrog tega občasno pojavljajo v medijih. Zdravstvena služba v primeru neprostopoljne hospitalizacije bolnika, ki ni pristajal na bolnišnično zdravljenje, imel pa je akutne duševne motnje, iz razumljivih razlogov ne more seznanjati javnosti z zdravstvenim stanjem bolnika,

njegovo diagnozo in vsemi okoliščinami, ki so opravičevale tak poseg. S tem bi kršili zdravniško tajnost. Za obravnavo spornih primerov obstajajo pooblaščen organi, ki imajo pravico in dolžnost ugotavljati, če je bil postopek speljan korektno in v interesu bolnika.

Najbolj občutljiva je Izvedba hospitalizacije proti volji bolnika. Sam ukrep je seveda prisila, saj sili bolnika v nekaj, na kar on ne pristaja. Pri tem upoštevamo individualnost vsakega primera in presodimo, katera je zgornja meja prisile, ki jo je še smiselno in upravičeno uporabiti, da bo ta ukrep dolgoročno pacientu koristil in ne škodoval.

Preden se zdravnik odloči za neko stopnjo prisile, je prav, da izčrpa vse druge možnosti prepričevanja, ki niso nasilne. Prisila seveda ne pomeni samo fizično silo, lahko je tudi verbalna. Žal včasih brez fizične prisile ne gre. Najpogosteje se uporablja pri tistih psihiatričnih bolnikih, ki so zaradi narave svoje bolezni življenjsko ogroženi ali pa realno ogrožajo okolico.

V praksi je uporaba fizične sile dokaj redka, ker se običajno že z nenasilnimi ukrepi doseže hospitalizacija. Bolniki, ki so odklonili zdravniško pomoč, se na pokus prisilne hospitalizacije najpogosteje odzovejo s pasivnim uporom, le redko pa nastopijo z aktivnim upiranjem ali celo z agresijo do zdravstvenega osebja. Kadar je bolnik agresiven in ogroža sebe ali druge, zaprosi zdravnik za pomoč policijo. Dostikrat že sama prisotnost uniformiranih oseb umiri bolnika, včasih pa to ne pomaga in policisti fizično omejijo bolnika ter s tem omogočijo zdravstvenemu osebju, da mu aplicira zdravilo ali nadene ovirnico. Tako se zmanjša možnost, da bi prišlo do poškodb bolnika ali osebja.

Kot drugi bolniki naj bi se načeloma tudi ti transportirali v bolnišnico v reševalnem vozilu, le izjemoma v vozilu policije. V tem primeru je prav, da pacienta spremlja zdravstveni delavec do bolnišnice. Kadar je kljub uporabljenim medicinskim postopkom in pripomočkom bolnik še vedno ogrožujoč zase in za okolico, lahko zaprosimo za prisotnost policista v reševalnem vozilu, da pomaga pri fizični omejitvi bolnika zdravstvenemu tehniku ali medicinski sestri med prevozom v bolnišnico. Vloga policije je v teh primerih izključno pomoč zdravstvenemu osebju pri umiritvi agresivnega bolnika. Zato je tudi vsa odgovornost v zvezi s tem postopkom zdravnikova.

Pri izvedbi hospitalizacije proti volji bolnika naj bo vedno prisoten zdravnik. Njegova prisotnost je pomembna iz več razlogov. Prvi je ta, da zdravnik pacientu na razumljiv način razloži, zakaj je hospitalizacija potrebna. Velikokrat bo že ta razgovor zadostoval, da bo bolnik pristal, in

s tem odpadejo neprijetni zapleti. Samo zdravnik je tisti, ki lahko ugotovi, ali sploh gre za bolnika, ali je hospitalizacija res potrebna in kakšna stopnja prisile je še upravičena pri izvedbi takšne hospitalizacije. Zdravnik naj bo zraven med samo izvedbo, saj lahko intervenira, če bi prišlo do neprimerne ravnanja z bolnikom, in odredi aplikacijo ustreznega zdravila ali ovirnice, če je za to indikacija.

Neprostopvoljna hospitalizacija ni neprijetna samo za bolnika, ampak tudi za osebo, ki to izvaja. Pomembno je, da se z bolnikom ravna spoštljivo. Postopek naj vsebuje le tiste prisilne ukrepe, ki so nujno potrebni. Z bolnikom skušajmo ravnati tako, da nas ne bo doživljal kot kaznovalce ali sovražnike. Ravnanje z bolnikom je pomembno tudi za drugič, če se bo situacija ponovila. Kadar bolnik nima slabih izkušenj s prisilno hospitalizacijo, bo lažje pristal na ponovno hospitalizacijo kot v primeru, če z njim prvič niso korektno ravnali.

V korist bolnika in za kritje ravnanja zdravnika je prav, da zdravnik ob napotitvi čim bolj natančno opiše situacijo in stanje bolnika. Sprejemni zdravnik v bolnišnici se bo na osnovi teh informacij lažje orientiral in ukrepal. Če se da, naj se v bolnišnici oglasijo tudi svojci bolnika, ki bodo s podatki o bolezni pacienta prispevali k ustreznejši obravnavi.

Omenimo še nekaj pasti, na katere lahko naleti zdravnik in bi se jim lahko z drugačnim ravnanjem izognil.

Včasih napiše zdravnik napotnico za bolnišnico in nalog za reševalni prevoz na osnovi podatkov svojcev, sosedov ali očitvidcev, ne da bi bolnika sam videl. Tudi če gre za bolnika, pri katerem je že bila potrebna neprostopvoljna hospitalizacija, je potrebno vsakič znova s pregledom pacienta oceniti, ali je tudi tokrat tak postopek upravičen. Redko se izkaže, da se svojci ali sosedi želijo tako začasno ali za stalno odkrižati bolnika, ki jim je postal odveč ali moteč. Včasih so v ozadju tudi drugi motivi (dedovanje...). Vse to seveda niso razlogi za omenjeno hospitalizacijo.

Kadar zdravnik prepusti izvedbo samo reševalcem (vozniku reševalnega vozila in zdravstvenem tehniku ali medicinski sestri), ne bo pacientu nihče razložil, zakaj mora v bolnišnico, nihče ga ne bo vprašal za njegov pristanek in bolnik se bo razumljivo bolj upiral. Brez pregleda in prisotnosti zdravnika je tak postopek vsaj etično in strokovno vprašljiv. Če zdravnik ni prisoten, ne more srednji medicinski kader odločati o stopnji prisile, ki se bo uporabila, niti o aplikaciji zdravil ali o uporabi ovirnice.

Neprostopvoljna hospitalizacija skriva v sebi veliko vprašanj, ki so

lahko tudi življenjskega pomena za bolnika. Od splošnega zdravnika pričakujemo, da bo nanje vedno odgovoril takoj in pravilno. Pri tem pa pozabljamo, da to najpogosteje objektivno ni mogoče. Situacije, v katerih se znajdetta bolnik in njegov zdravnik, so lahko tako različne in nepredvidljive, da jih kljub skrbni obravnavi včasih ni možno zadovoljivo rešiti. Zato je prav, da pri presoji ravnanja zdravnika ocenjujemo predvsem, v kakšni pogojih se je odločal, in ne samo končnega rezultata odločitve.

PRIMERI IZ PRAKSE

1. primer

Dežurno zdravnico kličejo, da potrebujejo pomoč, ker se je neki moški hotel obesiti. Zdravnica je na mestu dogodka izvedela, da se je omenjeni mož skregal z ženo, ji povedal, da se bo obesil, šel v klet in se zaklenil v sobo. Ko so sorodniki s pomočjo sosedov vdrl v sobo, so našli moža z odtrgano vrvo, na katero se je poskušal obesiti. Ob pregledu je bil moški somatsko neprizadet, psihično urejen in zmerno vinjen, vidna je bila odrgrnina na vratu. Med pogovorom z zdravnico je pacient kadil, na čase je bil aroganten in žaljiv. Povedal je, da so se mu nakopičili problemi doma in v službi. Od žene je zdravnica izvedela, da že več let pije in da se je enkrat že zdravil v psihiatrični bolnišnici. Samomora še ni poskušal. Zdravnica mu je predlagala hospitalizacijo, ker je ocenila, da kljub verjetni demonstraciji obstaja možnost ponovnega poskusa samomora. Pacient je bil ogorčen nad njenim predlogom in je zavrnil kakršnokoli terapijo ali hospitalizacijo. Zatrdil je, da bo vedno ravnal tako, kot je njemu prav, da je on gospodar svojega življenja in se drugi nimajo pravice v to vmešavati. Kljub njegovi odklonilnosti do zdravniške oskrbe se je zdravnica z njim pogovarjala slabo uro. Opazila je, da je bil zadovoljen, ker se je nekdo zanimal za njegove probleme.

Zdravnica pri pacientu ni opazila znakov duševne bolezni. Poklicala je lokalno psihiatrično bolnišnico, kjer je v pogovoru z dežurnim psihiatrom izvedela, da se je ta pacient v bolnišnici že zdravil, vendar ne zaradi duševne bolezni, ampak zaradi odvisnosti od alkohola. Moški je bil ves čas odklonilen do hospitalizacije.

Kako bi ravnali ?

Zdravnica se ni odločila za hospitalizacijo proti njegovi volji in je dala pacientu in njegovim svojcem ustrezna navodila.

Pacient po tem dogodku ni več poskušal napraviti suicida.

2. primer

Očividci so klicali v dežurno ambulanto po pomoč, ker so naleteli na žensko, ki je hotela skočiti z mostu. Reševalci so jo pripeljali v ambulanto. Čeprav ni želela govoriti o vzrokih za svoje ravnanje, je omenila čustveno stisko, v kateri se je nahajala. Ker ni videla izhoda iz krize, se je odločila za samomor. Zatrdila je, da je šlo le za trenutno krizo in da sedaj ne obstaja več nevarnost, da bi pomislila na samomor. Zdravnik je iz pogovora skušal ugotoviti, ali je pri ženski prisotna duševna bolezen, vendar ni našel prepričljivih znakov za to. Ker je kljub temu predvidel možnost, da ima ženska latentno psihozo, ki jo je privedla do suicidalnega poskusa, ji je predlagal še pregled pri psihiatru. Ženska je predlog odločno zavrnila in vztrajala, da gre domov.

Kako bi ravnali ?

Kljub dvomom v lastno odločitev je zdravnik odredil hospitalizacijo proti volji bolnice. Pacientki je razložil, da je hospitalizacija potrebna zaradi nevarnosti, da bi ji ponovni poskus samomora uspel, ker kriza po njegovem še ni minila. Zdravstveno osebje ni uporabilo ne ovirnice (prisilnega jopiča), ne zdravil, potrebno pa je bilo bolnico z nekaj fizične sile spraviti v reševalo vozilo. Bolnica se je le pasivno fizično upirala. V psihiatrični bolnišnici se je izkazalo, da je pacientka bila psihotična, vendar še v fazi, ko je svoja psihotična doživetja še uspevala obvladovati in prikrivati.

3. primer

V dežurno ambulanto pride moški star okrog 55 let v spremstvu odrasle hčere. Hči pove, da ga je našla nezavestnega na betonskih tleh, vendar je kmalu prišel k sebi. Prihajata predvsem zaradi rane na čelu. Poškodovani je ob pregledu neprizadet, pogovornjiv, na levi strani čela ima okrog 3 cm dolgo rano, ostali somatski pregled je v mejah normale, nevroloških izpadov nima, dogodka se ne spominja, časovno je slabo orientiran, ima jasno izražen zadah po alkoholu. Zanika, da bi ta dan pil alkohol, hči pa pove, da oče redno pije. Opravijo toaleta rane in RTG skeleta glave, ki je brez posebnosti. Zaradi verjetnega pretresa možganov predlaga zdravnik poškodovancu obravnavo v bolnišnici. Pacient to zavrne in zahteva, da mu rano zašijejo v ambulanti, v bolnišnico pa ne bo hodil,

ker za to ni razloga. Zdravnik ponovno razloži poškodovancu in njegovi hčeri, kakšne komplikacije se lahko skrivajo za tako poškodbo glave in da je nekajdnevno opazovanje na kirurškem oddelku nujno.

Kako bi ravnali ?

Po dolgotrajnem prepričevanju je poškodovani pristal na hospitalizacijo.

4. primer

V dom upokoјencev so klicali dežurnega zdravnika, ker je starejša oskrbovanka začela težko dihati. Ob pregledu je bila bolnica že prizadeta z znaki hitro razvijajočega se pljučnega edema. Glede na splošno slabo stanje bolnice je bilo vprašljivo, ali je hospitalizacija smiselna. Kljub temu se je zdravnik po tem, ko je bolnici apliciral ustrezno terapijo, odločil za hospitalizacijo. Pacientka zaradi somatske prizadetosti ni bila v stanju izražati svojo voljo glede hospitalizacije. Zaradi potrebnega hitrega ukrepanja ni bilo časa za iskanje privoljenja svojcev.

V drugem primeru so sredi noči klicali dežurnega zdravnika k starejši bolnici na dom, ker je težko dihala. Tudi tu je šlo za pljučni edem in pacientka je bila močno prizadeta, skoraj že umirajoča. Takoj je dobila ustrezno terapijo, po kateri je bilo zaznati zmerno izboljšanje, zato se je zdravnik odločil za hospitalizacijo. Tudi v tem primeru bolnica ni bila v stanju izjaviti svojo voljo glede hospitalizacije. Zdravnik je svojcem povedal, da so možnosti za preživetje bolnice majhne, vendar je vseeno predlagal zdravljenje v bolnišnici. Svojci so se s tem strinjali.

Kako bi ravnali ?

Kako naj bi zdravnik v teh dveh primerih ravnal, če bi svojci ali skrbniki nasprotovali hospitalizaciji ?

Prva bolnica je umrla že med prevozom v bolnišnico.

Pri drugi bolnici je med reševalnim prevozom prišlo do znatnega izboljšanja, zdravljenje v bolnišnici je potekalo ugodno in bolnica je bila odpuščena domov brez večjih težav.

5. primer

V dežurno ambulanto so reševalci pripeljali nezavestno 21 let staro žensko potem, ko so očividci sporočili, da leži v mestu na pločniku dekle. Ob pregledu pacientke je zdravnik posumil, da gre za akutno zastrupitev z opiodi, najbrž s heroinom. Pacientka je dobila naloxon intravenozno, po katerem se je v nekaj minutah zbudila in povsem ujasnila. Povedala je, da

si je vbrizgnila preveč heroina in da je najbrž zato izgubila zavest. Zdravnik je zaradi nevarnosti, da bi pri bolnici ponovno nastopila nezavest (naloxon ima krajšo razpolovno dobo od opioidov), odredil prevoz pacientke v bolnišnico zaradi opazovanja. Bolnica na to ni pristala. Počutila se je povsem zdravo in je zahtevala prost odhod. Zdravnik ji tega ni omogočil in bolnici je ponovno razložil, zakaj je potrebna hospitalizacija. Pacientka se s tem ni strinjala. Prav tako ni dovolila, da bi o dogodku obvestili policijo ali njene starše, s katerimi je živela.

Kako bi ravnali ?

Ali bi o tem dogodku obvestili policijo ?

Ali bi o tem dogodku obvestili starše ?

Pacientka je bila odpeljana z reševalnim vozilom v bolnišnico. Čeprav je bil ta ukrep proti njeni volji, se temu ni fizično upirala. Zdravnik je o dogodku obvestil policijo. Prav tako je obvestil starše, ki so v razgovoru povedali, da se dekle že dalj časa ukvarja z uživanjem drog.

Kasneje se je izkazalo, da si pacientka mamila ni vbrizgala sama, ampak ji ga je vbrizgala njena kolegica.