

IZ SESTRINSKE PRAKSE

PRISILNA HOSPITALIZACIJA PSIHIJATRIJSKOG BOLESNIKA

Intenzivna skrb je najprimjereniji oblik zbrinjavanja, psihijatrijskog bolesnika. Prostor, oprema, liječnik specijalist, dovoljan broj educiranih sestara nužan je preduvjet funkcioniranja takve jedinice. Od prvog susreta s bolesnikom medicinska sestra osim što njeguje, vrlo brzo postaje osoba povjerenja, pomaže, razumije tegobe i stalno je prisutna kao najbliži saveznik na putu ozdravljenja. Educirana sestra nade pravu riječ da često i oni s najtežim psihičkim smetnjama razumiju dobronamjernost i pokazuju suradnju. Psihijatrija je medicinska disciplina koja se bavi psihički poremećenim ljudima, odnosno uzrocima, kliničkom slikom i liječenjem psihičkih poremećaja. Budući da se svojim ponašanjem psihijatrijski bolesnik razlikuje od bolesnika sa somatskim oboljenjima tako se i organiza-

cija i njega bitno razlikuje od njega bolesnika s drugim oboljenjima. S obzirom na to da je znanje stečeno u školi, s područja psihijatrije vrlo oskudno, medicinska sestra treba proći određene oblike edukacije, da bi smanjila vlastiti strah od psihijatrijskog bolesnika. Izobrazba pospješuje razumijevanje odnosa između medicinske sestre i bolesnika i pomaže medicinskoj sestri da se osjeća sigurnijom u radu i u intervencijama. Nositelj zdravstvene njege na psihijatrijskom odjelu je medicinska sestra - tehničar čiji rad organizira viša medicinska sestra. Razlikujemo dva načina prijema bolesnika u bolnicu, a tako i na psihijatrijsku kliniku: primanje redovnog bolesnika i primanje hitnog bolesnika. Hitni psihijatrijski bolesnik na kliniku gotovo nikad ne dolazi sam, već u pratnji policije, obitelji, socijalne službe i dr. To su bolesnici koji su dovedeni zbog jasno izraženog agresivnog ponašanja u kući ili na javnim mjestima. Radi se uglavnom o bolesnicima koji boluju od endogenih psihoza, organskih psihičkih oboljenja, alkoholizma u odmakloj fazi, te o onima

kod kojih su izraženi poremećaji osobnosti i dr. Tu se i javlja pojam prisilne hospitalizacije. Sam bolesnik smatra da mu liječenje nije potrebno te na nagovor ili njemu prihvatljivo ili neprihvatljivo obrazloženje biva doveden na kliniku. Često sam slučaj dirigira mjesto prijema. Samo uvođenje bolesnika na odjel nekada predstavlja problem što je odraz njegova straha. Njegova agresivnost biva sve veća, a osoblje smatra najvećim neprijateljem. Nakon manje ili više uspješno obavljena razgovora s psihijatrom u kojem se nastoji uvjeriti bolesnik da mu je hospitalizacija nužna, da je tu siguran, da će mu se pružiti pomoć, bolesnika se smješta i daje mu se propisana terapija. No u nekim slučajevima, ovisno o dijagnozi, bolesnici ne prihvaćaju hospitalizaciju. Ako liječnik procijeni da su sve druge terapijske mjere iscrpljene i da bolesnika nismo uspjeli privoljeti na suradnju, promjenjujemo neke fizičke mjere, uz pomoć mehaničkih sredstava koja su nam dopuštena. Tijekom trajanja mehaničkog zbrinjavanja obavezno treba biti prisutan liječnik mada se zna dogoditi da se bolesnik koji je mimo smješten na odjel agitira, te se nema ni vremena ni mogućnosti pozvati liječnika, što se zna dogoditi u popodnevnom ili noćnim satima, kada je broj osoblja smanjen. Tada medicinska sestra ili tehničar mora zaštititi sebe ili druge bolesnike ili samog bolesnika. Nažalost i pored primjene najsuvremenijih metoda liječenja nije iščezla potreba za primjenom fizičko-mehaničkih mjera koje se kori-

nije iščezla potreba za primjenom fizičko-mehaničkih mjera koje se koriste samo onda kada nismo postigli takav terapijski rezultat koji bi jamčio da bolesnik neće nauditi sebi ili drugima. To se događa kada primjenom raspoloživih mjera (a ne zaboravimo da opće tjelesno stanje bolesnika, njegova dob, oštećenosti krvotoknog sustava i dr. znaju ozbiljno ograničiti primjenu odgovarajuće biološke terapije) ne možemo smiriti nemir jedne psihoze, sedirati delirantnog bolesnika i u dovoljnoj mjeri utjecati na razbistrivanje njegova senzorijska ili kada postoji očigledna opasnost od suicida. U svim tim slučajevima ne samo da je preporučljivo već je i prijeko potrebno zaštititi okolinu od bolesnika, odnosno bolesnika od njega samog. To se postiže obično tako da se primjenom fizičko-mehaničkih mjera ograniči bolesnikova motorna

pokretljivost. Fizičko-mehaničke mjere primjenjuju se vrlo selektivno i kratko vrijeme samo dok to nalaže aktualno stanje bolesnika. Moramo imati na umu da smo bolesnika stavili u prisilno nepokretan položaj te ga treba opskrbiti kao nepokretnog bolesnika. Takav bolesnik zahtijeva intenzivnu psihijatrijsku skrb, a to znači stalnu pažnju iskusne i educirane sestre. Ove regresivne mjere koje se poduzimaju predstavljaju kasnije probleme u uspostavljanju kontakta s bolesnikom. Kod dolaska u bolnicu običaj je da policija potpiše izjavu da se bolesnik agresivno ponašao, odnosno obitelj da se taj bolesnik prisilno hospitalizira. To je potrebno zbog toga što prilikom fizičkog svladavanja bolesnika može doći do tjelesnih ozljeda osoblja, pa i bolesnika što nije rijedak slučaj. Dode li do ozljeđivanja osoblja, to se tretira kao ozljeda na radu te su nadoknade za te ozljede minimalne ili nikakve. Dok se danas sve više govori o forenzičkoj psihijatriji, psihijatrijskom vještačenju osoba koje su počinile određena krivična djela i kojima se nerijetko izriču mjere obaveznog psihijatrijskog liječenja, dotle o pravima osoba koje rade taj posao nema ni riječi. Kako prisilna hospitalizacija nije riješena zakonski, što bi se dalo učiniti ili komu se i preko koga tražiti da se ista točno definira u člancima zakona? Smatramo da bi bilo vrijeme da se i nas kao osoblje zaštititi u situacijama kada je prisilna hospitalizacija nužna, a kada osim psihičkih trauma nekolicina nas bude i fizički ozljeđena. Stoga bi bilo nužno da se prisilna hospitalizacija definira u člancima zakona kao način mjere provođenja. S druge pak strane gledano tijekom našeg školovanja predmet psihijatrije bio je zastupljen u vrlo malom broju sati teoretske nastave, a da se ne govori o vježbama koje su nužne jer nismo nigdje mogli naučiti kako postupiti u takvim situacijama. Stoga dolaskom na psihijatrijske odjele moramo učiti od starijih kolega a koji su isto učili od svojih prethodnika. No sada se postavlja pitanje na koji si način možemo pomoći i što učiniti? Držimo da bi se prije dolaska sestre-tehničara na psihijatrijske odjele ponajprije trebala učiniti selekcija (zdrava ličnost, želja za taj poziv), a napose bi trebala dodatna izobrazba koja bi omogućila upoznavanje sebe samog i tako omogućila lakši pristup i rad sa psihijatrijskim pacijentima. Vjerujemo da bi se i neke riskantne i složene situacije na drugačiji, adekvatniji način rješavale ili bi im barem pristup bio blaži.

Ovim člankom želimo otvoriti dva pitanja:

1. zakonske odredbe u realizaciji prisilne hospitalizacije,
2. adekvatna izobrazba psihijatrijske sestre.

Gordana Kosić, Nada Kaurić - KBC Rijeka

