



## Wątpliwości prawne dotyczące przyjęcia bez zgody pacjentki przewlekle dializowanej – opis przypadku

*Legal doubts concerning compulsory admission of a patient on maintenance dialysis – case report*

BEATA TRĘDZBOR, KATARZYNA PIEKARSKA-BUGIEL, KRZYSZTOF KUCIA, GRZEGORZ GIEMZA,  
RADOSŁAW STEPAŃCZAK

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

### STRESZCZENIE

**Cel.** Przedstawiono wątpliwości prawne związane z przyjęciem bez zgody do oddziału psychiatrii pacjentki przewlekle dializowanej.

**Przypadek.** 43-letnia pacjentka przewlekle dializowana z powodu niewydolności nerek, odmówiła w trakcie pobytu w oddziale nefrologii zgody na dializoterapię, co poskutkowało zagrożeniem jej życia. Konsultujący psychiatra podejrzewał proces psychotyczny.

**Komentarz.** Pomimo potwierdzenia rozpoznania zaburzeń urojeniowych pacjentka została postanowieniem Sądu wypisana w trybie natychmiastowym. Autorzy pozostali z wątpliwościami natury etycznej.

### SUMMARY

**Objective.** In the paper legal doubts are discussed concerning compulsory admission to a mental hospital of a female patient receiving maintenance dialyses.

**Case.** The 43-year-old woman on maintenance dialysis due to chronic renal insufficiency refused further dialyzing during her hospitalization at a Nephrology Department. Her denial posed a threat to life, and the consulting psychiatrist suspected a psychotic process.

**Commentary.** Even though the diagnosis of delusional disorder was confirmed, the patient was discharged with immediate effect on the grounds of a court decision. Ethical doubts remained with the authors.

**Słowa kluczowe:** przewlekła niewydolność nerek / dializoterapia / zespół urojeniowy

**Key words:** chronic renal failure / maintenance dialysis/ delusional disorder

Wprowadzenie leczenia przewlekłej niewydolności nerek za pomocą powtarzanej dializoterapii pozwoliło na istotne wydłużenie okresu przeżycia pacjentów. Wraz z rozwojem techniki dializacyjnej rozszerzono znacznie wskazania do jej stosowania [1, 2, 3]. Zapoczątkowało to pojawienie się dodatkowych problemów natury nie tylko medycznej ale również psychologicznej i społecznej [1, 2, 3, 4]. Zaczęto przywiązywać coraz większą wagę do występujących u niektórych pacjentów w trakcie dializoterapii zaburzeń psychicznych [1, 2].

Na stan psychiczny pacjentów dializowanych wpływ wywiera zarówno stres związany z ze stanem somatycznym (niebezpieczeństwo śmierci, zmiana obrazu własnego ciała wywołana brakiem oddawania moczu, rygor dietetyczny), jak również problem przystosowania się do przewlekłej dializy (zależność od maszyny dializującej). Nie bez znaczenia pozostaje utrata szeregu istotnych w życiu źródeł satysfakcji: pracy, niezależności a także wystąpienie dysfunkcji seksualnych związanych z procesem chorobowym [4, 5, 6, 7, 8].

U około 10% pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek występują różnego typu zaburzenia psychiczne. Do najczęstszych z nich należą: depresja, otępienie, nadużywanie leków i alkoholu, lęk, organiczne zaburzenia osobowości, sporadycznie zaburzenia psychotyczne [1, 5, 6]. Te ostatnie mają charakter zespołów paranoicznych, w obrazie których dominują usystematyzowane urojenia ksobne, jak

również prześladowcze lub niewierności małżeńskiej. Urojenia prześladowcze dotyczą najczęściej przekonania, że personel medyczny chce w jakiś sposób skrzywdzić osobę dializowaną [1, 3, 4, 8].

### OPIS PRZYPADKU

43-letnia pacjentka, rozwódka, z wyższym wykształceniem pedagogicznym. Od 31 r.ż. poddawana dializoterapii z powodu przewlekłej niewydolności nerek.

W 15 r.ż. zdiagnozowano u pacjentki obustronny niedosłuch. W 22 r.ż. doznała urazu głowy z wstrząśnieniem mózgu oraz urazu wargi górnej w wyniku wypadku komunikacyjnego. Bezdzienna, jedna ciąża zakończona śmiercią dziecka w 6 miesiącu życia płodowego.

Pacjentkę po raz pierwszy hospitalizowano psychiatrycznie bez zgody w październiku 2004 r. po przekazaniu z oddziału dializoterapii. Przyczyną przyjęcia było zachowanie pacjentki podczas dializy – silne napięcie, pobudzenie psychoruchowe, liczne urojenia prześladowcze wobec personelu oddziału nefrologii. Chora kwestionowała stosowane metody lecznicze przez co uniemożliwiała skuteczne przeprowadzanie dializ. Rozpoznano zaburzenia urojeniowe i uznano powyższą sytuację za zagrażającą zdrowiu i życiu pacjentki. Mimo braku zgody na hospitalizację

psychiatryczną chorą przyjęto do oddziału wbrew woli, powiadomiono sąd rejonowy i poddano leczeniu bez zgody. Uzyskano ustąpienie niepokoju i czynnej agresji. Ponieważ pacjentka wyraziła zgodę na dalsze stosowanie dializoterapii została wypisana z oddziału, pomimo zupełnego braku krytycyzmu wobec przejawianych zaburzeń psychiatrycznych.

W lipcu 2006 roku chora została przyjęta do kliniki nefrologii z powodu bólów w klatce piersiowej oraz hipertermii. Rozpoznano zapalenie płuc i włączono antybiotykoterapię. Pacjentka odmówiła koniecznej modyfikacji leczenia. W 7 dobie hospitalizacji podjęto próbę wykonania kolejnej hemodializy przy użyciu przetoki tętniczo-żyłnej, która nie powiodła się z powodu wykrzepnięcia przetoki. Chorej zaproponowano dializoterapię przy użyciu cewnika centralnego, na co nie wyraziła zgody, wskutek czego opuściła 3 kolejne dializy. Chorą skonsultowano psychiatrycznie ze względu na zespół urojeniowy w wywiadzie. Psychiatra wobec sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia z powodów internistycznych (hiperkaliemia, mocznica) zaproponował wykonanie dializy bez zgody chorej w oparciu o artykuł 34 Ustawy o zawodzie lekarza [9]. Pacjentce założono cewnik do hemodializ i przeprowadzono 3 kolejne dializy. O postępowaniu powiadomiono sąd rejonowy. Po kolejnej konsultacji psychiatrycznej zalecono przymusowe leczenie psychiatryczne. Pacjentka trafiła na izbę przyjęć kliniki psychiatrii gdzie wyraziła zgodę na badanie psychiatryczne, ale odmówiła hospitalizacji. Lekarz dyżurny po konsultacji z kierownikiem kliniki podjął decyzje o przyjęciu chorej bez jej zgody na obserwację w oddziale psychiatrycznym.

Przy przyjęciu pacjentka była zorientowana wszechstronnie, w nastroju i napędzie psychomotorycznym nieznacznie obniżonym, drażliwa, nieufna. Wypowiadała treści mogące świadczyć o urojeniach prześladowczych, w szczególności wobec personelu stacji dializ. Była skoncentrowana na licznych dolegliwościach somatycznych. Nie stwierdzono zaburzeń spostrzegania. Negowała obecność myśli i tendencji samobójczych. Postawiono wstępne rozpoznanie: obserwacja w kierunku zaburzeń urojeniowych uwzględniając w rozpoznaniu różnicowym osobowość paranoiczną.

W badaniu somatycznym stwierdzono nieliczne trzeszczenia u podstawy lewego płuca, rozległe zasinienia w prawej i lewej okolicy pachwinowej, liczne blizny i sińce na lewym przedramieniu, przetokę tętniczo-żylną, założony cewnik centralny, obustronny niedosłuch. Konsultujący internista oprócz przewlekłej niewydolności nerek rozpoznał lewostronne zapalenie płuc, wtórną anemię, nadciśnienie tętnicze, przewlekłe zapalenie wirusowe wątroby typu C. W badaniu neurologicznym nie stwierdzono odchyłań.

W związku z brakiem zgody na hospitalizację psychiatryczną zawiadomiono sąd rejonowy o zatrzymaniu pacjentki bez zgody zgodnie z art. 24 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego [10].

W trakcie pobytu na oddziale pacjentka przyznała, iż była wielokrotnie dializowana w różnych ośrodkach na terenie całej Polski. Do większości wykonywanych dializ zgłaszała zastrzeżenia. Podawała liczne objawy niepożądane będące jej zdaniem skutkiem dializ. Była przekonana, iż dysponuje wiedzą medyczną nabytą z podręczników, która pozwala jej oceniać przeprowadzany sposób leczenia. Zgłosiła się do prokuratury z prośbą o ochronę, pisała do sądu najwyż-

szego, prezydenta i rzecznika praw obywatelskich. Uważała, że personel medyczny celowo wykorzystuje ją w walce o polepszenie stanu służby zdrowia. Jednocześnie wyrażała obawę, że personel medyczny może ją specjalnie skrzywdzić wykonując w nieodpowiedni sposób dializy, ponieważ prowadzi ona sprawy w sądzie dotyczące nieprawidłowości w udzielaniu świadczeń medycznych. Chciała, aby zainstalowano kamery na stacji dializ w celu kontroli pracy personelu. Pisała do ABW z prośbą o zapewnienie jej bezpieczeństwa.

W podsumowaniu badania psychiatrycznego na oddziale stwierdzono u pacjentki orientację wszechstronną prawidłową, nastrój nieznacznie obniżony, momentami drażliwy, napęd psychoruchowy nieco obniżony, nie stwierdzono zaburzeń spostrzegania. Wypowiadała usystematyzowane urojenia prześladowcze spełniające kryteria diagnostyczne zaburzeń urojeniowych wg ICD-10 [11]. Pacjentka była skoncentrowana na dolegliwościach somatycznych, bezkrytyczna wobec wypowiedzianych treści i przejawianych zachowań. Zaprzeczała myślom i tendencjom samobójczym.

Dostarczona do kliniki pełna dokumentacja medyczna dotychczasowego leczenia psychiatrycznego potwierdziła słusność diagnozy. W trakcie pobytu na oddziale nie wyraziła zgody na badanie psychologiczne. Nie stosowano psychofarmakoterapii ani przymusu bezpośredniego. Pomimo licznych zastrzeżeń do pracy personelu medycznego chora wyraziła zgodę na wykonanie dializy w okresie pobytu w klinice.

Wizytująca sędzia po wysłuchaniu pacjentki i zebraniu wywiadu zarządziła natychmiastowe wypisanie jej z kliniki i wniosła o umorzenie postępowania. W uzasadnieniu swojej decyzji sędzia stwierdziła, iż zachowanie pacjentki nie zagraża bezpośrednio jej życiu ani życiu i zdrowiu innych osób.

## KOMENTARZ

Konsultujący psychiatrę izby przyjęć musiał rozstrzygnąć dwa podstawowe problemy w związku z przyjęciem pacjentki bez zgody do oddziału psychiatrii: czy badana osoba zagraża bezpośrednio swojemu życiu i czy jest chora psychicznie?

O ile druga wątpliwość mogła być rozstrzygnięta zgodnie z art. 24 ustawy na podstawie 10-dniowej obserwacji, o tyle pierwsza wątpliwość wymagała natychmiastowej decyzji lekarza.

Komentarz do ustawy określa istotne kryteria w ocenie bezpośredniego zagrożenia życia: rodzaj zachowania, jego skutki, odległość czynu w czasie, określenie prawdopodobieństwa czynu na podstawie dotychczasowej częstotliwości zachowań. Do zachowań, które mogą bezpośrednio zagrażać życiu należą: dokonane akty agresji lub autoagresji, usiłowane, lecz powstrzymane akty agresji wobec siebie lub innych, akty agresji przygotowywane w taki sposób, że same czynności zawierają w sobie rzeczywisty i poważny stopień zagrożenia, słowne groźby dokonania zamachu samobójczego lub zamachu na inne osoby, jeżeli sposób i okoliczności uzasadniają obawę ich spełnienia, ostre stany psychiatryczne wiążące się z „biernym” ryzykiem zagrożenia życia pacjenta rzadziej innych osób [12].

Naszym zdaniem, zarówno badanie psychiatryczne w izbie przyjęć, jak i dostarczona dokumentacja medyczna były wystarczające do podejrzenia psychozy i przyjęcia pacjentki w trybie art. 24 ustawy. Obserwacja kliniczna podczas pobytu w oddziale psychiatrycznym potwierdziła występowanie zaburzeń urojeniowych [11]. Mogą pojawiać się wątpliwości czy nie należało pacjentki przyjąć do oddziału zgodnie z art. 23 i rozpocząć leczenie. Lekarz izby przyjęć podjął inną decyzję. Wynikała ona z trudności szybkiej weryfikacji czy skargi pacjentki miały istotnie charakter chorobowy, czy też były przejawem osobowości paranoicznej co wykluczałoby możliwość przyjęcia bez zgody.

Rodzą się wątpliwości, czy odmowy (z powodów psychotycznych) poddania się kolejnym dializom nie można było uznać za bezpośrednie zagrożenie dla życia.

Otwartym pozostaje pytanie, czy można było pozostawić pacjentkę w oddziale nefrologii i poddawać ją kolejnym przymusowym dializom w oparciu o art. 34 Ustawy o zawodzie lekarza. Wprawdzie wyżej wymieniona ustawa zezwala na zastosowanie procedury o podwyższonym ryzyku w przypadku bezpośredniego zagrożenia życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, ale tylko wobec osoby małoletniej bądź niezdolnej do świadomego wyrażenia zgody [9]. W oparciu o analizę dokumentacji medycznej opisującej stan psychiczny pacjentki z tego okresu autorzy uważają, że nie była ona niezdolna do wyrażenia zgody i tym samym popełniono błąd prawny wykonując dializy bez jej zgody. Autorzy pracy pozostają z wątpliwościami natury etycznej.

## PIŚMIENNICTWO

1. Afelterowicz Z. Stan psychiczny dializowanych. W: Rutkowski B. red. Dializoterapia w praktyce lekarskiej. Gdańsk: Mak-med; 2004. s. 474–481.
2. Witorzeńć M. Przystosowanie chorych z przewleklą schyłkową niewydolnością nerek do leczenia dializami powtarzalnymi (znaczenie czynników psychospołecznych). *Psychiatr Pol.* 1992; 26 (1–2): 115–118.
3. Witorzeńć M. Aspekty psychiatryczne leczenia powtarzalnymi dializami. *Psychiatr Pol.* 1992; 26 (1–2): 110–114.
4. Witorzeńć M. Obraz psychopatologiczny osób wykazujących reakcję rezygnacyjną w czasie leczenia dializami powtarzalnymi. *Psychiatr Pol.* 1992; 26 (1–2): 104–109.
5. Kimmel PL, Levy NB. Psychologia i rehabilitacja. W: Książek A. red. Podręcznik dializoterapii. Lublin: Czelej Sp. z o.o.; 2003. s. 287–291.
6. Bereza B. Ocena nastroju pacjentów w terminalnej fazie niewydolności nerek. *Nefrol Dial Pol.* 2007; 11: 40–44.
7. Kimmel PL. Psychosocial factors, behavior compliance and survival in urban hemodialysis patients. *Kidney Int.* 1998; 54: 245–254.
8. Kimmel PL. Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. *Am J Med.* 1998;105: 214–221.
9. Ustawa o zawodzie lekarza z 5 grudnia 1996 r. (Dz. U. Nr 28 z 1997 r. poz.152).
10. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z 19 sierpnia 1994 r. (Dz. U. Nr 111, poz.535).
11. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10. Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” i Instytut Psychiatrii i Neurobiologii; 2000.
12. Duda J. Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Warszawa: WP Lexis Nexis; 2006.

*Wpłynęło: 14.01.2008. Zrecenzowano: 28.01.2008. Przyjęto: 25.03.2008.*

*Adres: Dr Beata Trędzbor, Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, ul. Ziołowa 45/47, 40-635 Katowice, e-mail: beataziarko@poczta.onet.pl*