

Zbornik
DILEME OB NEPROSTOVOLJNI HOSPITALIZACIJI

Psihiatrična bolnica Begunje, 1995
Urednika: Janez Romih, Andrej Žmitek
Prevodi: Andrej Žmitek, Brigita Selan, Marija Žmitek
Lektoriranje: Marija Žmitek
Oblikovanje: Studio Aleja; Barbara Bogataj-Kokalj
Tisk: Medium d.o.o.
Prvi ponatis: 200 izvodov

Stališča avtorjev posameznih prispevkov se v nekaterih primerih razlikujejo od stališč organizatorjev strokovnega seminarja.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616.89(063)

DILEME ob neprosto voljni hospitalizaciji: Begunje, 28., 29. oktober 1994: (zbornik) / (urednika Janez Romih, Andrej Žmitek; prevodi Andrej Žmitek, Brigita Selan, Marija Žmitek). - Begunje: Psihiatrična bolnica, 1995

Po mnenju Urada vlade za informiranje št. 4/3-12-531/95-23/119 z dne 21. 3. 1995 šteje zbornik med proizvode, za katere se plačuje 5-odstotni davek od prometa proizvodov.

Begunje, 28., 29. oktober 1994

DILEME OB
NEPROSTOVOLJNI
HOSPITALIZACIJI

Psihiatrična bolnišnica Begunje

- 5** UVODNE MISLI; *Janez Romih*
- 10** ETIČNI PROBLEMI STACIONARNEGA OBRAVNAVANJA BOLNIKOV V PSIHIATRIJI; *Lev Miličinski*
- 21** PRAVNA UREDITEV POSTOPKA ZA PRIDRŽANJE V PSIHIATRIČNIH BOLNIŠNICAH; *Aleš Galič*
- 33** VARSTVO PRIDRŽANE OSEBE - SODNA KONTROLA; *Rezka Zorko*
- 39** BOLEZENSKA PSIHIATRIČNA STANJA, KI NAJPOGOSTEJE ZAHTEVAJO HOSPITALIZACIJO PROTI VOLJI BOLNIKA; *Vukoslav Žvan*
- 50** HOSPITALIZACIJA PROTI VOLJI BOLNIKA - DILEMA V SPLOŠNI AMBULANTI; *Mitja Mohor*
- 59** VLOGA IN NALOGE POLICIJE PRI IZVAJANJU NEPROSTOVOLJNE PRIVEDBE OSEBE V PSIHIATRIČNO BOLNIŠNICO; *Bojan Skočir*
- 66** PREGLED NEPROSTOVOLJNIH HOSPITALIZACIJ NA MOŠKEM ODDELKU PSIHIATRIČNE BOLNIŠNICE BEGUNJE V LETU 1993; *Andrej Žmitek*
- 75** NEPROSTOVOLJNA HOSPITALIZACIJA V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI - SITUACIJA V AVSTRIJI; *Egon Michael Haberfellner*
- 82** SLOVENIJA IN ZAGOVORNIŠTVO; *David Brandon*
- 88** ZAKONODAJA REPUBLIKE SLOVENIJE, KI UREJA PODROČJE NEPROSTOVOLJNE HOSPITALIZACIJE; *dodatek*



Janez Romih

Zamisel o današnjem strokovnem srečanju je vzniknila in ni dala več miru iz (kar) številnih razlogov. Mednje zagotovo sodijo razna vprašanja, ki jih v zvezi z neprostovoljno hospitalizacijo (NH) naslavljajo na našo ustanovo različne osebe; večinoma bližnje osebe bolnikov, splošni zdravniki, socialni delavci. Neredko prihaja tudi do dialoga s policijo. Vprašanja se, poenstavljeno rečeno, glasijo: Na kakšen način, v kakšnem vrstnem redu in kdo vse naj sodeluje v omenjenem postopku. Ko psihiatri iščemo smiselne in pravilne odgovore, na oni strani pa je večinoma čutili nujno in človeško stisko, prelistavamo svoje strokovno znanje in izkušnje, preverjamo svoja etična načela in se oziramo po zakonodaji, ki se ukvarja s tem tako zelo posebnim in občutljivim področjem. Zdi se, da naši nasveti, predvsem takrat ko bolnika in njegovo bolezen že poznamo, pripomorejo, da stvari bolje potekajo. Vselej pa ni tako in z nami niso vsi zadovoljni. Nekateri so, recimo, prepričani, da ima bolnišnica tudi zunaj svojih zidov večje kompetence, kot pa smo jih pripravljani priznati. Naj kot anekdoto povem, da ni dolgo tega, ko je nekdo na precej visokem uradniškem nivoju ob prisilni napotitvi konkretnega bolnika vehementno zatrjeval: "Naj kar pridejo ponj iz bolnišnice, saj imajo tam tiste svoje body-builderje." A je treba povedati, da je šlo pri tem dogodku za epizodo, ki je v praksi vendarle bolj izjema kot pravilo.

In recimo, da odslikava v večji meri zmotno predstavo posameznika na sicer odgovornem položaju kot pa nekaj pojavno širšega v odnosu do psihiatrije. Ni pa povsem izključeno, da se glede tega vsaj malo ne motim.

NH številčno gledano niso pomemben segment vseh hospitalizacij. Njihov pomen pa je v številnih dilemah, ki jih postavljajo pred nas. Če se sprijaznimo z dejstvom, da je življenje preraznoliko in ga tudi v primeru NH ni mogoče stlačiti v neki že vnaprej določen možen stereotip, če torej dopuščamo, da je vsak takšen dogodek nekaj enkratnega, potem je jasno, da je še kako potrebna iznajdljivost.

Vendar v smislu razumevanja in tenkočutnosti za drugačnost slehernega obravnavanega bolnika. Marsikdaj je mogoče na ta način delovati tudi preventivno in še ujeti pravi trenutek ter tako speljati

potrebno hospitalno zdravljenje po običajni poti in s sodelovanjem bolnika. Včasih pa opažamo na terenu improviziranje druge sorte. Kot da se ne ve točno, katere od uvodoma omenjenih kompetentnih ali prizadetih oseb naj stopijo v dogajanje, kdaj in v kakšnem zaporedju. Če pri tem kot razlog odmislimo nepoznavanje ali neupoštevanje obstoječe zakonodaje, torej subjektivni dejavnik, bi morda težave lahko pripisali tudi morebitnim njenim pomanjkljivostim. Več o tem kasneje in v posebnem predavanju.

Izrečeno je seveda le eden od pogledov na NH, in sicer odnotraj (iz bolnišnice) navzven. Zanimivo bo slišati, ker imamo to predvideno, kako je videti zadeva, če jo nekdo opazuje in doživlja v obratni smeri, oziroma iz drugega zornega kota.

Doslej nisem omenil pretežno naših psihiatričnih (hospitalnih) dilem v zvezi z obravnavano temo, a ne zaradi tega, ker bi jih ne imeli. Razlog je preprost. Začel sem razmišljati tam, kjer se v življenju tudi najprej pojavi vprašanje, kaj storiti z bolnikom, ki zavrača nujno zdravljenje v bolnišnici. Ko nastane po mnenju zdravnika situacija, ki jo štejemo med urgentne, zato ker ogroža osnovno eksistenco bolnika, poleg tega pa, kar je posebnost psihiatrije, ogroža tudi družbeni aspekt njegove eksistence.

V 49. členu Zakona o zdravstveni dejavnosti RS iz leta 1992 so te okoliščine opredeljene, citiram:

“Bolnika, ki zaradi duševne bolezni ogroža svoje življenje ali življenje drugih ljudi ali povzroča veliko škodo sebi ali drugim, je mogoče napotiti in sprejeti na zdravljenje v bolnišnico tudi brez njegove privolitve.”

Prvo dejanje NH je torej napotitev bolnika. Zato so tudi dileme na začetku zlasti dileme splošnih zdravnikov, psihiatrične pa le v tolikšni meri, kolikor smo v danem trenutku že vpleteni. Kasneje, če teče postopek NH naprej, se dileme skupaj z bolnikom selijo na področje psihiatrije, kjer je potem tudi njihovo težišče.

Iz besedila prej omenjenega člena izhaja, da so kriteriji za napotitev in sprejem isti. Tako se dejansko splošni zdravnik in psihiater vsak na svojem nivoju odgovornosti znajdetata v podobni situaciji. Bistvo te situacije je v tem, da morata presoditi, ali je neko bolezensko stanje preseglo tisti zakonodajno postavljeni prag, ko je iz medicinskih, etičnih in pravnih razlogov zdravniku dovoljeno prezreti bolnikovo tudi zakonito pravico, da lahko to zdravljenje odkloni, in ali je na isti osnovi dovoljeno zdravniku zanikati bolnikovo tudi ustavno zagotovljeno pravico do osebne svobode. Naloga pogosto ni enostavna.

Črta, ki poteka znotraj postavljenih kriterijev in ki naj bi razmejevala možnost ene odločitve od druge, ni namreč tako zelo ostro in jasno zarisana, da bi ne povzročala dilem. Že izraz “duševna bolezen”, ki ga

uporablja in postavlja zakonodajalec kot prvi pogoj, odpira vprašanje, kaj je pravzaprav pod tem mišljeno. Nobenega dvoma ni, da so to psihotična stanja, razvrščena v ICD-9 od oznake 290 - 298. Vendar ali je to vse in ali ni uporaba tega izraza v primeru NH na ta način preveč restriktivna? Izraza "mentally ill" ni več v moderni psihiatrični nozologiji in tudi izraz psihoza izginja iz bazičnih klasifikacij (DSM in ICD), oziroma se ga uporablja le v deskriptivnem pomenu. Pod istim izrazom "disorder" so uvrščena psihotična in nepsihotična stanja. In navsezadnje je v 70. členu Zakona o nepravdnem postopku, ki obravnava pridržanje oseb v psihiatričnih ustanovah navedeno, da "... sodišče odloči o pridržanju osebe, če je zaradi narave duševne bolezni ali duševnega stanja osebe nujno potrebno, da se ji omeji svoboda gibanja in preprečijo stiki z zunanjim svetom, ker ogroža svoje življenje ...". Torej je razumeti, da izraz duševni bolnik ni rezerviran izključno za področje psihoz, marveč naj bi ga v primeru NH uporabljali v širšem razponu, saj ni logično, da bi za napatitev in sprejem bolnika brez njegove privolitve veljali drugačni, ožji kriteriji kot pa za tretjo fazo postopka za pridržanje bolnika v psihiatrični ustanovi. V naši zakonodaji te stvari niso usklajene.

Moti pa me tudi, ker izhodiščni 70. člen Zakona o pridržanju sploh nikjer ne omenja zdravljenja (pojavlja se kasneje) in pretirano poudarja omejevanje svobode. Pridržanje brez zdravljenja ni naloga psihiatrije. Vemo, čigava je. Odvzem prostosti je kot občasna neizogibna inicialna komponenta za psihiatrijo sprejemljiva le v kontekstu zdravljenja bolnika.

S kriteriji 49. člena je v praksi verjetno še najmanj težav, ko gre za ogrožanje življenja. Vzemimo za primer globoko depresivnega bolnika. Zaradi samoobtoževalnih blodenj je manifestno suicidalen in iz istih razlogov odklanja našo pomoč oziroma hospitalizacijo. Tudi ne bo hudih dilem, ko gre za bolnika z bolj ali manj sistematiziranim paranoidnim sistemom, ki ima v anamnezi očitno izkazano resno heteroagresivno obnašanje.

Težave zdravnika se pričnejo, ko je treba presoditi, ali bolnik povzroča veliko škodo sebi ali drugim. Katera vrsta škode je mišljena in kdaj je ta škoda velika? Gre za materialno škodo, zdravstveno, socialno, moralno? Kolega dr. Žmitek je letos v zvezi z nekim bolnikom posredoval zdravnici, ki dela v splošni praksi, svoje misli o tem. Imam jih za tehtne in z njegovim dovoljenjem si jih sposojam. Citiram: "Ali to velja (namreč velika škoda) le v primeru hude fizične agresivnosti oziroma uničevanja premoženja v velikem obsegu? Ali velja to tudi takrat, ko akutno psihotični bolnik z vožnjo motornega vozila ogroža sebe in druge? Ali tudi takrat, ko bolnik sredi zimske noči na stežaj odpira okno in odkriva otroke, češ da

se bodo sicer zadušili? Kaj pa takrat, ko se povzročanje velike škode sebe in drugim "še ni pričelo", pa je to možno ob poznavanju prejšnjih psihotičnih epizod s precejšnjo gotovostjo predvideti (in s hospitalizacijo preprečiti)? Bolnik si v psihotičnem obdobju dostikrat naredi "veliko škodo" tudi posredno, saj se zaradi njegovega motečega vedenja pojavijo v odnosih z bližnjimi hude težave, ki ga obremenjujejo tudi oz. še posebno v obdobju remisije." Tako o tem dr. Žmitek.

Vprašanj je veliko. Morebiti ohlapno in nedorečeno zakonsko besedilo jih lahko še poveča. Kakorkoli že je, pa mora zdravnik računati s tem, da bo s svojimi dilemami ostal praviloma sam. Je tudi logično, saj je edini, ki je strokovno usposobljen in družbeno verificiran za oceno duševne motnje. Še zlasti psihiater. Tudi je razumljivo, da mu bodo pri odločanju o NH bolj pri srcu kriteriji, ki so bližji njegovemu poklicu. Tako bo, zvest svoji zgodovinski tradiciji, na osnovi svojega znanja, izkušnje in intuicije z obžalovanjem sprejel NH vendarle kot zadnjo možnost za majhno število bolnikov, ki to pomoč potrebujejo, a je, ne po svoji krivdi (marveč zaradi narave svoje bolezni, ki je kompromitirala njihovo sposobnost racionalnega odločanja), niso sposobni sprejeti.

V osnovi zdravnikove odločitve, ki sloni izrazito na ugotovljeni potrebi po zdravljenju (in manj na kriterijih nevarnosti za druge), pa bi morala biti tudi dejansko vselej prisotna za bolnika perspektiva zdravljenja. Zato bi se zdravnik v kritičnih trenutkih med drugim moral vprašati: "Ali je to osebo mogoče zdraviti ali ne? Ali je to mogoče narediti samo s hospitalizacijo v psihiatrični ustanovi? In ali bi razumen človek v tej situaciji dal toliko svoje svobode za toliko zdravljenja. Bolj ko bo odgovor pritrdilen, bolj utemeljena in lažja bo njegova odločitev.

Pod zdravljenjem, ki vsebuje perspektivo za bolnika tudi in še zlasti v obdobju NH, si predstavljam strokovno utemeljeno in uravnoteženo uporabo vseh terapevtskih možnosti in nikakor ne izključno medikamentozne oziroma pretežno nevroleptične terapije ter psihoterapevtsko kultiviran in človeško pristen in ne izrazito profesionalno dominanten odnos celotnega zdravstvenega osebja, ki v vseh fazah zdravljenja v največji možni meri varuje bolnikovo individualnost in dostojanstvo ter ga spodbuja k aktivnemu in odgovornemu sodelovanju v terapevtskem procesu.

Čim dlje je v resnici psihiatrija od zgoraj zapisanega, bolj napihnjeno lahko zvenijo ravnokar izrečene besede. Napihnjeno pa bodo bodo zvene tudi, dokler se ne bo izboljšal standard vseh psihiatričnih bolnišnic do nivoja, ki je pričakovan v zdravstvu v celoti. Skoraj prepričan sem, da je lastovka v Idriji tokrat lahko znanilec pomladi.

Postopek pridržanja bomo osvetlili v nadaljevanju. Zato le nekaj misli o tem. Uvodoma sem nekoliko pokritiziral po mojem ne povsem upravičeno improviziranje na terenu (zunaj bolnišnice). Nekaj podobnega bi bilo mogoče samokritično reči za izvajanje postopka o pridržanju. Ne bi pa želel temu dajati že vnaprej negativne konotacije. Diskusija bo verjetno pokazala, da vsaka bolnišnica to počne malo po svoje, sloni pa predvsem na tradicionalnem zaupanju v pravilnost zdravnikove odločitve. Po formalni plati bi se dalo izvajanju marsikaj očitati, med drugim tudi upočasnjeno odzivanje sodišč. Ker pa so v praksi v zvezi s tem izjemno redke pritožbe bolnikov, si za "hip" drznem domnevati, da stvari vsebinsko niso tako zelo sporne. Bojim pa se, da je to le nekoliko prelahkotna in vase zaverovana misel. Preveč samozadovoljna. Kaj pa tisti (sicer redki), ki za nobeno ceno niso pripravljeni sprejeti "kupčije": toliko svoje svobode za toliko zdravljenja. Pri tem izhajajo iz svoje boleče izkušnje s psihiatrijo, takšno, kot je, in vidijo možnost zase v uresničitvi ideje zagovorništva. Ali jim ne bi kazalo, čeprav se s skrajnostmi, iz katerih včasih izhajajo, z njimi ne strinjamo, vendarle bolj prisluhniti.

Večini vas je znano, da od 70. let naprej zahodni svet dobesedno pretresa gibanje za reafirmacijo temeljnih človekovih pravic v sistemu zdravstva. Najbolj dinamična je verjetno evropska scena. Val različnih idej in deklaracij, ki se na nacionalnih in internacionalnem nivoju ukvarjajo s temi vprašanji, je pljusnil tudi prek naših meja. Interes je poleg k splošnim pravicam vseh bolnikov še zlasti obrnjen k tistim skupinam bolnikov, ki so zaradi narave svoje bolezni še posebej vulnerabilni. In to bolniki z duševnimi motnjami nedvomno so.

Srečanje, ki je zraslo iz domačih okoliščin, a ga je mogoče umestiti tudi v širši kontekst, smo si zamislili kot čim bolj bogat, odkrit, živahen in lahko tudi polemičen pretok pogledov in izkušenj ljudi, ki se profesionalno srečujejo na teoretičnem nivoju in v praksi z dilemami ob NH. Zavedamo se, kako zelo občutljivega tkiva naše bivanjske razsežnosti se lotevamo. Človekove pravice so nenehni spremeljevalec človeka in njegovo iskanje samega sebe. Seveda pravice v nenehnem komplementarnem razmerju do dolžnosti. In čeprav slutimo, da stvarjem ne bo mogoče priti do dna, se zdi, da je naše početje smiselno in upravičeno, saj je v njem skrita iniciativa po globljem razumevanju NH. Gre tudi za željo, da se pri nas na tem področju kaj spremeni in izboljša, če je to potrebno in kolikor je v danem trenutku mogoče.