

PREGLED NEPROSTOVLJNIH HOSPITALIZACIJ NA MOŠKEM ODDELKU PSIHIATRIČNE BOLNIŠNICE BEGUNJE V LETU 1993

Andrej Žmitek

Namen tega prispevka je prikazati nekatere značilnosti pacientov, ki so bili v letu 1993 prijavljeni sodišču zaradi neprostovoljne hospitalizacije v naši bolnišnici.

V uvodu želim na kratko predstaviti hišo, v kateri se nahajamo. Psihiatrična bolnišnica Begunje pokriva gorenjsko regijo, ki šteje okoli 200 000 prebivalcev. Odliv v druge psihiatrične bolnišnice je majhen in približno izenačen s prilivom. Letno sprejme bolnišnica okoli 1 200 pacientov. Dispanzerska dejavnost je organizirana v bolnišnici; pozitivna stran tega dejstva je dobra povezava med hospitalnim in ambulantnim zdravljenjem, negativna stran pa slabša dostopnost dispanzerja zaradi oddaljenosti lokacije bolnišnice. Manjši del pacientov se vključi v pohospitalno zdravljenje v psihiatričnem dispanzerju v ZD Kranj.

Poročilo zajema neprostovoljne hospitalizacije na moškem oddelku, ki ima skupaj 117 postelj, vštete so tudi postelje, zasedene s kroničnimi pacienti. Intenzivni oz. zaprti oddelek, kjer vsaj spočetka potekajo praktično vse neprostovoljne hospitalizacije, ima dvanajst postelj. V letu 1993 smo imeli skupaj 691 moških sprejemov. Po 46. členu Zakona o zdravstveni dejavnosti (1) prijavljamo vse neprostovoljno hospitalizirane paciente sodišču najkasneje v 48 urah. Leta 1993 je bilo na moškem oddelku tako prijavljenih 31 sprejemnih pacientov, to je 4,34% od vseh sprejemov. Natačnejši pregled razloga za prijavo sodišču pokaže naslednjo situacijo:

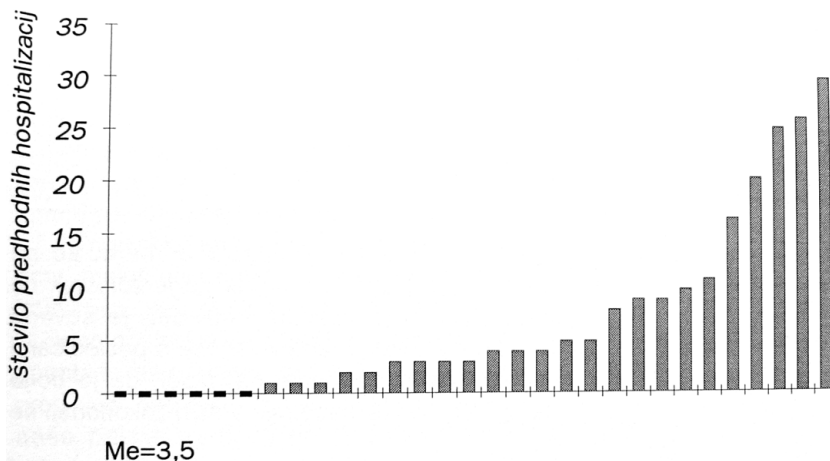
- odklonitev hospitalizacije ob sprejemu	14	-	45,16%
- odklonitev hospitalizacije kasneje	6	-	19,35%
- ni jasne odklonitve	4	-	12,90%
- nesposobnost izražanja volje	5	-	16,13%
- nejasen vzrok za prijavo	2	-	6,45%

ANDREJ ŽMITEK, dr.med.
Psihiatrična bolnišnica Begunje
Begunje 55
64275 Begunje

Nedvomno odklonitev hospitalizacije je izrazilo 20 pacientov. Pri štirih pacientih, ki formalno niso odklanjali hospitalizacije, se je zdravnik odločil za prijavo, ker je smatral, da ti pacienti hospitalizacije dejansko ne sprejemajo. Pet pacientov je bilo ob sprejemu v takem psihičnem stanju, da po mnenju zdravnika niso bili sposobni niti sprejeti niti odkloniti hospitalizacije (trije z demenco, dva s shizofrenijo); tudi ti pacienti torej niso izrecno odklonili hospitalizacije. Prijavljanje takih pacientov zahteva Zakon o nepravdnem postopku v svojem 71. členu (2) na in na videz zaradi tega ni nič narobe. Vendar pa se zdi ta zahteva vprašljiva, saj npr. travmatologom verjetno nihče ne nalaga dolžnosti, da prijavljajo sodišču poškodovance z motnjami zavesti; v takem primeru bi moral pač zdravnik odločiti namesto pacienta. Tudi v praksi je tu prihajalo do zapletov, a o tem kasneje. Za dva pacienta iz popisa ni bil razviden vzrok za prijavo sodišču, eden od obeh je bil očitno prijavljen po pomoti in je iz nadaljnje obdelave izključen. Devetindvajset pacientov smo sprejeli na intenzivni (zaprti) oddelek, enega pa na odprtega in kasneje v teku hospitalizacije premestili na zaprtega.

Število predhodnih hospitalizacij kaže naslednji diagram:

Diagram 1:



Pacienti so imeli od nič do 31 predhodnih hospitalizacij. V literaturi najdemo podatek, da so neprostoVOLjni sprejemi pogostejši ob prvih hospitalizacijah (3). Naše izkušnje tega ne potrjujejo, saj le šest pacientov

pred indeksno hospitalizacijo še ni bilo hospitaliziranih. Omeniti velja, da so bili neprostovoljno sprejeti pacienti ob prejšnjih ali kasnejših hospitalizacijah večinoma sprejeti prostovoljno; le malo je tistih, ki so praviloma sprejeti proti volji. Odgovor na vprašanje, kateri so vzroki za odklanjanje hospitalizacije pri pacientu, ki hospitalizacijo običajno sprejema, pa je nedvomno kompleksne narave in presega obseg tega poročila.

Literatura navaja, da so neprostovoljno sprejeti pacienti običajno mlajši v primerjavi s tistimi, ki so sprejeti prostovoljno (3). Razlog za to vidijo avtorji v generacijskem konfliktu, saj vzorci vedenja mladih že ob odsotnosti duševne bolezni pogosto zbudajo pozornost. Ponuja se tudi drugačna razlaga, namreč za naravni potek shizofrenije je značilna obilnejša produktivna psihopatološka simptomatika v zgodnjem obdobju; produktivna simptomatika pa je za okolje dosti bolj opazna kot socialni umik, defekt na motivacijskem področju in togo čustvovanje, ki prevladujejo kasneje v poteku psihoze. Naši podatki kažejo v isto smer kot podatki iz literature, saj je mediana vrednost starosti skupine neprostovoljno sprejetih pacientov znašala 32 let, pri kontrolni skupini prostovoljno sprejetih pa 40 let. Ta razlika pa ne doseže statistične pomembnosti zaradi majhnega vzorca in velike standardne deviacije.

Zunanji razlog za hospitalizacijo pri pacientih, ki so jasno odklonili hospitalizacijo (N=20), je napogosteje ogrožanje sebe ali drugih:

- ogrožanje sebe in/ali drugih	9	-	45,0%
- škodovanje sebi in/ali drugim	5	-	25,0%
- kombinacije	3	-	15,0%
- predvideno ogrožanje/škodovanje	2	-	10,0%
- razlog ni jasen	1	-	5,0%

O upravičenosti neprostovoljne hospitalizacije v primeru, ko se dejanje ogrožanja ali škodovanja še ni zgodilo, vendar ga je zdravnik na podlagi poznavanja pacienta in njegove bolezni predvidel, je seveda mogoče razpravljati. Stiska pacienta, ki se v remisiji sooča s posledicami svojega vedenja v psihotičnem stanju, napeljuje na misel, da je bolje hospitalizirati prej kot kasneje. Zaenkrat to vprašanje v naši zakonodaji še ni zadovoljivo razdelano.

Klinična slika ob sprejemu:

- paranoidni sindrom	11	-	36,64%
- manični sindrom	10	-	33,33%
- sindrom demence	3	-	10,00%
- drugo	6	-	20,00%

Klinična slika ob sprejemu brez privolitve je bila pri enajstih pacientih (36,64%) paranoidni sindrom, pri desetih (33,33%) pa manični sindrom. Trikrat se pojavlja sindrom demence in šestkrat manj značilne klinične slike. Odsotnost delirantnega sindroma je moč razložiti z znano sugestibilnostjo delirantnih pacientov, ki običajno pristanejo na hospitalizacijo; drugi vzrok pa je verjetno kratko trajanje delirija, saj le-ta pri večini pacientov izzveni pred rokom, ki ga določa zakon za prijavo pacientov sodišču. Odsotnost depresivnega sindroma v kliničnih slikah proti volji sprejetih pacientov gre verjetno na račun bolezensko prizadete volje depresivnih pacientov, ki posledično ne izrazijo direktnega nasprotovanja hospitalizaciji. Glede na že citirani 71. člen Zakona o nepravdnem postopku bi morali torej vsaj del depresivnih pacientov prijaviti sodišču, ker so ovirani v izražanju svoje volje. Klinična presoja o tem, kdaj pacient doseže stanje, ko ne more izraziti svoje volje, pa je vsekakor težavna. To je razlog, da smo v naši bolnišnici še pred kratkim sodišču prijavljali vse paciente z diagnozo iz psihotičnega območja, torej s šiframi Mednarodne klasifikacije bolezni od vključno 290.0 do vključno 299.9, pa če so bili hospitalizirani prostovoljno ali neprostovoljno in sprejeti na odprti ali zaprti oddelek. Posledica take prakse je bila seveda ta, da sodno-zdravniška komisija pri najboljši volji ni mogla pregledati vseh prijavljenih. Zato se je včasih zgodilo, da resnično neprostovoljno sprejeti pacienti niso prišli na vrsto.

To prakso smo uspeli spremeniti. Vendar pa se občasno še zgodijo prav anekdotični dogodki. Neki pacient je že več let hospitaliziran v naši bolnišnici. Ker se je njegova bolezen že precej ublažila, ga je zdravnik večkrat poskušal odpustiti, vendar se je temu pacient z vsemi močmi upiral; to smo kolegi komentirali z besedami, da bi bil indiciran odpust proti volji pacienta. Ironija pa je hotela, da je bil ta pacient na podlagi naše prijave sodišču pregledan pred sodno-zdravniško komisijo kot pridržanec.

Vsi pacienti so bili v obdobju, ko so odklanjali bolnišnično zdravljenje, hospitalizirani na zaprtem (intenzivnem) oddelku. Zaprtost tega oddelka je relativna; zdravnik vsak dan za vsakega pacienta določi,

ali mu je dejansko preprečen izhod iz oddelka, ali gre lahko iz oddelka v spremstvu osebja ali pa ima prost izhod - torej tako, kot bi bil na odprtem oddelku. Večina pacientov na intenzivnem oddelku je hospitalizirana prostovoljno. Način zdravljenja prostovoljno in neprostovoljno hospitaliziranih pacientov se razlikuje le v tem, da je možnost gibanja neprostovoljno hospitaliziranih pacientov običajno pač bolj omejena.

Vrsto medikamentozne terapije, ki so jo prejeli pacienti, kaže naslednja razpredelnica:

- nevroleptik	30	-	100,00%
- depo nevroleptik	12	-	40,00%
- antiparkinsonik	9	-	30,00%
- litijev karbonat	9	-	27,67%
- anksiolitik	7	-	23,33%
- drugo	6	-	20,00%

Vsi pacienti so vsaj v določenem obdobju hospitalizacije prejeli nevroleptik. Noben pacient ni prejel antidepresivne medikacije. Tu velja omeniti, da naša zakonodaja ne predivideva odklonitve medikamentoznega zdravljenja, če je pacient hospitaliziran proti volji. V nešem prostoru so bile že podane pobude za uzakonitev možnosti odklonitve medikacije. Opozoriti želim na negativne izkušnje v okolju, kjer taka zakonska možnost obstaja (4). Pacient, ki je medikacijo odklonil, čaka hospitaliziran na oddelku, dokler ustrezna instances ne odobri medikamentoznega zdravljenja (kar se praviloma zgodi). Ta interval traja lahko različno dolgo. Običajno je potrebno za toliko tudi podaljšati hospitalizacijo zaradi zakasnelega pričetka zdravljenja - s tem je dejansko omejevanje pacientove svobode podaljšano.

Dolžina hospitalizacije pri naši skupini pacientov je trajala od sedem do stoena dvajset dni (pri tem ni upoštevan pacient, ki je še vedno hospitaliziran, torej dlje kot leto dni). Mediana vrednost dolžine hospitalizacije znaša trideset dni, kar je v grobem primerljivo s povprečno ležalno dobo 27-30 dni, ki velja za sprejemne paciente v naši bolnišnici. Del pacientov je bil med hospitalizacijo premeščen na odprti oddelk, del pa odpuščen neposredno z zaprtega oddelka. Zaradi že omenjene zasnove intenzivnega (zaprtega) oddelka premestitve niso bile posebej obdelane. Omeniti velja še to, da med hospitalizacijo večina pacientov sprejme potrebo po zdravljenju. To bo posredno razvidno iz podatkov o izidu zdravljenja in o sodelovanju pacientov v pohospitalni obravnavi.

Odpustne diagnoze kaže naslednja razpredelnica:

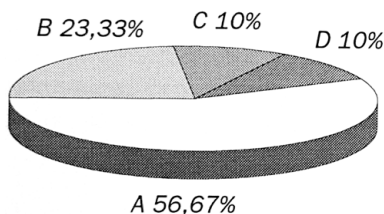
- 290.0	1	-	3,33%
- 290.4	2	-	6,67%
- 295.3	11	-	36,67%
- 295.7	4	-	13,33%
- 295.8	1	-	3,33%
- 296.0	5	-	16,67%
- 296.2	2	-	6,67%
- 297.0	1	-	3,33%
- 298.3	2	-	6,67%
- 298.4	1	-	3,33%

Po pogostosti izstopa paranoidna shizofrenija, druga je manična faza manično-depresivne psihoze in tretja shizoafektivna psihoza.

Diagram2:

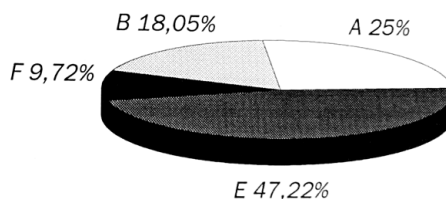
Primerjava opazovane in kontrolne skupine po diagnostični strukturi

OPAZOVANA SKUPINA



A shizofrenija
 B manična psihoza
 C reaktivna psihoza
 D demenca

KONTROLNA SKUPINA



E odvisnost od alkohola
 F ostalo

V diagramu so diagnoze združene v skupine; tu za grobo primerjavo lahko služi po slučajnostnem izboru formirana kontrolna skupina naših hospitaliziranih pacientov iz neke druge študije (5). Očitno je, da se skupini v diagnostičnem pogledu močno razlikujeta. Diagnoza "odvisnost od alkohola" (vključno z alkoholnimi psihozami) se v skupini

neprostovoljno hospitaliziranih sploh nepojavlja, medtem ko ima tako diagnozo skoraj vsak drugi pacient v kontrolni skupini. Nasprotno je v skupini neprostovoljno hospitaliziranih pacientov shizofrenija dvakrat pogostejša kot v kontrolni skupini.

Psihično stanje pacientov ob odpustu kaže naslednja razpredelnica:

- popolna/dobra remisija; uvid	9	-	30,00%
- delna remisija; uvid	2	-	6,67%
- delna remisija; nepopoln uvid	4	-	13,33%
- delna remisija; ni uvida	9	-	30,00%
- ni remisije; ni uvida	5	-	16,67%
- umrl	1	-	3,33%

Pri 80% pacientih je bila dosežena vsaj delna remisija simptomatike. Polovica pacientov je dosegla popolno, dobro ali delno remisijo simptomatike in hkrati uvid v bolezen, ki po oceni zdravnika ni bil le na verbalnem nivoju. Pri skoraj polovici pacientov bolezenski uvid ni bil zadovoljiv. En pacient je umrl, šlo je za somatski zaplet v okviru ateroskleroze.

Odnos pacienta do neprostovoljne hospitalizacije se posredno pokaže v pohospitalnem obdobju. Ko je pacient iz bolnišnice odpuščen, ga ni mogoče prisiliti k ambulantnemu zdravljenju, če sam tega ne želi. Izjema je le obvezno zdravljenje na prostosti po čl. 65 Zakona o kazenskem postopku (6), ki pa ga odreja sodišče in ne sodi v okvir tega poročila. Dobro pacientovo sodelovanje v ambulantnem zdravljenju torej dopušča sklep, da travma neprostovoljne hospitalizacije pacientu ni vzbudila trajnejšega odpora do bolnišnice in psihiatra.

Zadnja tabela kaže sodelovanje pacientov pri ambulantnem zdravljenju.

Sodelovanje v posthospitalni obravnavi

Redne amb. kontrole	13	-	43,33%
Neredne amb. kontrole	4	-	13,33%
Ni naročen	2	-	6,67%
Premeščen v drugo PB	2	-	6,67%
Ni se vrnil z izhoda	5	-	16,67%
Samovoljno zapustil bolnišnico	1	-	3,33%
Še hospitaliziran	1	-	3,33%
Umrli	1	-	3,33%

Podatki nakazujejo povezavo psihičnega stanja ob odpustu in uspeha pohospitalne obravnave. Približno toliko pacientov, kot jih je doseglo do odpusta vsaj delen bolezenski uvid, je v opazovanem obdobju (od desetih mesecev do leta in pol) redno sodelovalo v ambulantni obravnavi.

V zaključku bi rad povedal nekaj, česar ni mogoče izpeljati iz podatkov, ki sem jih navedel. Glede na splošno družbeno klimo v Sloveniji in na naše približevanje Evropi je moč sklepati, da bomo v naslednjih leti priče spremembi zakonodaje, ki ureja neprostoovoljno hospitalizacijo. Upam, čprav za to upanje ni nobenih trdnih osnov, da zakonodajalec ne bo nekritično sledil tistim uredbam, ki formalno zagotavljajo duševnemu bolniku pravico do največje možne svobode. V praksi včasih takšne uredbe otežujejo pravočasno uvedbo zdravljenja in s tem ne le zmanjšujejo kvaliteto bolnikovega življenja, marveč tudi bolnika prepuščajo njegovi boleznim in ga s tem v bistvu napravijo nesvobodnega. Ali je shizofreni bolnik, ki je pod vplivom bolezenskega doživljanja prepričan, da je njegovo življenje ogroženo, in zato pusti službo, v socialnem in telesnem smislu propada, si ne upa več iz stanovanja, svoboden? V kolikor bo zakonodajalec uveljavljal maksimalno zaščito človekovih pravic (na škodo pravice do zdravljenja), takega bolnika ne bo mogoče zdraviti, če ne bo postal fizično agresiven do drugih ali do sebe oziroma ne bo napravil materialne škode v zares velikem obsegu. In ko bodo prišli sorodniki obupani, ker bolnik propada pred njihovimi očmi, po pomoč k zdravniku, bo ta dejal, da dokler bolnik sam ne želi iti v bolnišnico, ni mogoče storiti ničesar. In morda bo še dodal s Kurtom Vonnegutom, vdanim v usodo: "Tako gre to."

LITERATURA

1. Uradni list RS št.: 9/92, člen 49
2. Uradni list SRS št. 30/86, čl. 71
3. Isohanni M., Nieminen, Relationship between involuntary admission and the therapeutic process in a closed ward functioning as a therapeutic community, *Acta Psyciatr Scand* 1990: 81: 240-44
4. Appelbaum PS, The right to Refuse Treatment With Antipsychotic Medications: Retrospect and Prospect, *Am J Psychiatry* 145:4, april

1988, 413-19

5. Andrej Žmitek, Miroslava Acovič, Samomor pri psihiatričnih pacientih. V: Dolenc A. (ed), Samomor na Slovenskem, Medicinski razgledi, Ljubljana 1990 (249-55)
6. Uradni list RS št. 63/94, člen 65