

MANICKÝ PACIENT A HOSPITALIZACE BEZ SOUHLASU NEMOCNÉHO

MUDr. Pavel Baudiš, CSc.
Psychiatrické centrum Praha

Je podán přehled legislativních pravidel pro nedobrovolné přijetí do psychiatrických zařízení, uvedeny výhody a nevýhody současné úpravy. Popsána praxe a příklady postupů při přijetí bez souhlasu občana u manických nemocných a připojena doporučení a rady, jak postupovat v souladu se zákonnými pravidly, ale i ku prospěchu nemocného.

Klíčová slova: bipolární porucha, mánie, hospitalizace bez souhlasu, legislativa

COMPULSORY TREATMENT IN MANIC EPISODE OF AFFECTIVE DISORDER

Theoretical, legislative and practical rules and advices are given for the successfully and dignified contact with manic patients and for the compulsory admission into psychiatric facilities.

Key words: bipolar disease, mania, compulsory admission, legislative.

Psychiat. pro Praxi; 2006; 6: 289–290

Nemocný v manické fázi bipolární afektivní poruchy, nebo při jiné poruše s manickými příznaky předstává často problém při rozhodování lékaře o nedobrovolné hospitalizaci v psychiatrickém zařízení. Podobně je tomu i u osob se závislostí na alkoholu či drogách, které jsou „v tahu“, anebo při schizoafektivní poruše. Psychiatr se zde dostává do konfliktu nejen zákonných a medicínských povinností, ale i svědomí.

Nedobrovolná hospitalizace a praktické provádění transportu nepatří mezi vděčné a oblíbené lékařské zákroky. Nicméně u nemocných s akutní a závažnou psychickou poruchou je to opatření, které je pro nemocného dobrodíním a kterým může lékař přispět k účinné léčbě a zabránit dalším škodám, zdravotním, materiálním i psychickým (2, 3, 4).

Snad není třeba příliš zdůrazňovat, že k doporučení a k přijetí do psychiatrického zařízení bez souhlasu nemocného se odhodláváme až po zevrubném vyšetření, získání informací z okolí nemocného, po podání informací pacientovi a po všemožných a opakovaných pokusech přimět pacienta k dobrovolné hospitalizaci. Zde dělají naše pojišťovny hrubou chybu v tom, že neuznávají, nepodporují a neohodnocují ve zcela výjimečných případech – a nutno zdůraznit, že jich opravdu není mnoho – návštěvu psychiatra v bytě nemocného.

Znám situaci, kdy po opakovaném bezvýsledném přemlouvání k hospitalizaci až po třetí návštěvě v bytě pacientka náhle a i překvapivě prohlásila, „tak tedy pojedeme“ a bez protestů souhlasila s pobytem v léčebně.

Legislativní pravidla pro hospitalizaci bez souhlasu nemocného jsou uvedena v § 23 odst. 4 mnohokrát novelizovaného zákona o péči o zdraví lidu ČNR č. 86/1992 (někdejšího 20/1966 Sb.), který uvádí mj. „bez souhlasu nemocného je možno provádět vyšetřovací a léčebné výkony, a je-li to podle

povahy onemocnění třeba, převzít nemocného do ústavní péče: ... jestliže osoba jevící známky duševního choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí ...“.

Podmínka přítomnosti příznaků duševní nemoci je u manického i u hypomanického pacienta bezpochyby a beze zbytku splněna, jde jen o posouzení tíže projevů a následků psychického onemocnění. Ovšem určení, že „ohrožuje sebe nebo své okolí“ není v naší legislativě nijak přesněji definováno ani popsáno. Soudní praxe vychází z toho, že nebezpečí ze strany nemocného musí být „zjevné a aktuální“, nikoli jen „potenciální“ (8), nicméně přesné vymezení nemáme a kvantifikace ohrožení prakticky neexistuje. Tím, že vesměs zjišťujeme plnou nebo částečnou anosognozii, se zde zakládá konflikt povinností a práv: povinnost lékaře léčit a právo nemocného se neléčit.

Odpovědnost zdravotníků – trestní, občansko-právní i morální – je v takových případech nepochybná, ale často i zatěžující, zatímco odpovědnost nemocného je chorobou anulována. Ochránci patientských práv jsou zde v pozici zcela bez právní zodpovědnosti a soud vydává své rozhodnutí až dočasně do 7 dnů. Nezřídka se opomíjí faktická momentální právní nezodpovědnost i inkompetence nemocného.

Někdy jsou psychiatři obviňováni z nadměrných a nedůvodných nedobrovolných hospitalizací. Porovnání s evropskými státy ukazuje spíše nižší poměrný počet nedobrovolných hospitalizací, kupř. ve srovnání se Švýcarskem anebo se Švédskem, ale i s Holandskem. U nás počty přijetí bez souhlasu do psychiatrických zařízení výrazně poklesly v letech 1990–1992 vlivem změny politických poměrů a legislativy, zatímco v NSR, ve Velké Británii a v Nizozemsku v posledních letech stoupají, ale i klesají (Švédsko). V současnosti představují u nás asi 20 %

ze všech přijetí. Nevíme ale přesně, kolik z přijímaných osob podepsalo dostatečně kvalifikovaný dobrovolný vstup.

Bohužel nemáme přesnější statistiky ani průzkumy, které by zjišťovaly, zda a kolik nedobrovolných přijetí je nezdůvodněných, a tedy nadbytečných. Jediné takové šetření u nás provedl (arci za jiných politických, zákonných a sociálních podmínek) v r. 1988 Baštecký (1). Za tehdejších, od současnosti odlišných legislativních podmínek bylo za 15 let v Psychiatrické léčebně Bohnice uskutečněno u přibližně 0,2 % ze 120 000 přijatých přezkumné řízení. Z toho byla pouze u 3 nemocných zrušena nedobrovolná hospitalizace jako nedůvodná.

Kramářová (7) právem upozorňuje, že ohrožení a škody se mohou týkat nejen života, zdraví, ale i statků duchovních a hmotných (cizích i vlastních nemocnému). Škody majetkové a psychické (propuštění ze zaměstnání, rozvrat rodiny, diskreditace) se týkají hlavně nemocných s příznaky manickými.

V praxi dochází k nepřehledné řadě situací, ve kterých může být „nebezpečnost“ hodnocena odlišně nejen lékařem a právníkem, ale i různými lékaři, včetně psychiatrů. Známe lékaře (to se ale týká všech lidí) více úzkostlivé, více zodpovědné, více riskující, lhostejnější a osobní vlastnosti a zkušenosti se budou uplatňovat i při hodnocení ohrožujících situací. Setkali jsme se s nemocnými manii, kteří vyhledávali promiskuitní život na silnici E 55, běhali zcela bez oblečení po rušném velkoměstském náměstí, byli v hypománii dlouhodobě hyperaktivní natolik, že získali státní vyznamenání, zorganizovali v jednom západočeském městě stavbu sportovního stadionu tak, že provedené základní stavební práce zůstaly po léta torzem, ve vyšší zdravotnické funkci organizovali zdravotnickou službu při chřipkové epidemii centrálně v celém okrese a stali se předmětem zájmu psychiatrů až poté, když objednali vagon po-

merančů k prevenci. Uzavírání majetkových smluv manickými nemocnými o vysokých finančních hodnotách bývá předmětem soudně-znaleckého posuzování v občanskoprávních sporech.

S podobnými případy se každý psychiatr setkal a svízelné situace nastávaly u nemocných hypomanických, kdy diskrétní, ale nepochybná patologie nebyla okolím správně rozpoznána a zhodnocena, nebo dokonce laicky popírána. Klasickým příkladem je historie sociálního pracovníka z Olomouce z r. 2002, kdy novináři zveřejnili a popsali jeho zjevně hypomanické jednání, ale vůbec nepřipouštěli, že může jít o psychické onemocnění.

V těchto a v podobných případech nejsou zcela naplněna legislativní kritéria pro přijetí do zdravotnického zařízení bez souhlasu nemocného, pokud se ovšem vykládají úzce a striktně. Takový výklad je ale často proti zájmům nemocného a obvykle teprve další průběh přesvědčí okolí o chorobnosti jednání a nemocný je hospitalizován ke své škodě až v době, kdy onemocnění propukne plnou silou.

A tak často záleží na zkušenostech a na zodpovědnosti, ale i na odvaze lékaře, zda se přidrží striktní a nedokonalé dikce zákona, anebo bude jednat ve prospěch a v zájmu nemocného s vědomím a vírou, že i v event. stížnostním nebo soudním řízení obhájí své jednání k dobru pacienta.

Právem upozorňuje Jařab (6) na potřebu a nutnost rozšířit indikace k nedobrovolnému přijetí, ovšem za podmínky posílení procesních záruk pacientů. Rodina a okolí nemocného je někdy zoufalá z toho, jak se nemocný stále více propadá do své choroby, ale s nedobrovolnou hospitalizací se musí čekat, až začne sebe nebo okolí fyzicky ohrožovat.

V některých kulturních státech jsou standardní indikace (nebezpečnost) pro přijetí psychicky nemocných bez jejich souhlasu ještě doplněny

a rozšířeny (5) např. o: neschopnost péče o sebe, nebezpečí majetkové újmy, potřebu léčení, riziko vážného zhoršení stavu, neschopnost činit rozhodnutí o léčbě. Širší indikace rozhodně umožňují lepší a včasější péči zvláště u manických a podobných stavů. Jak již bylo řečeno, kontrolní mechanismy a možnosti přezkoumání nedobrovolného přijetí musí přitom spolehlivě fungovat.

Technika transportu a přijetí se musí přizpůsobit situaci a nemocnému. Zažili jsme, že po delším přemlouvání nemocná již souhlasila s přijetím do léčebny, avšak při odchodu z bytu dala úslužně přednost lékaři a nato zabouchla domovní dveře a odmítala další komunikaci. Někdy je vhodné, jde-li o mánii nerezonantní, zvolit kamarádsko-živiální a bodrý způsob jednání. To kdysi předvedl již zemřelý známý bohnický psychiatr, když vyhověl všem přáním manického nemocného na „spolupráci“, včetně oboustranného svléknutí do naha a oboustranné aplikace intramuskulární injekce. Sestra sehrála důležitou roli, když psychiatrovi aplikovala pouze destilovanou vodu. Jindy je namístě dlouhý a srdečný rozhovor lékaře s nemocným, počínající konvenčními tématy, končí někdy obapolnou shodou v názoru na hospitalizaci. Někdy je vhodné již v intervalálním období sepsat s pacientem „smlouvu“ o hospitalizaci v případě nové epizody mánie a prodiskutovat s ním i možnost

recidivy choroby. Použití síly a pomoc Policie spolu s medikací proti vůli pacienta je až na posledním místě. Fyzická převaha na straně zdravotníků je vždy nutnou podmínkou.

Je vždy nevhodné a nesprávné zalhat nemocnému, že „jede na vyšetření do nemocnice“. I nepříjemné rozhodnutí o nedobrovolné hospitalizaci nám pacient většinou odpustí. Ale zalhání nikdy.

Známe psychiatry, kteří se nepříjemnostem s nedobrovolnou hospitalizací manického pacienta raději vyhnou. Řešení situace pak musí převzít někdo jiný, kdo má více rozhodnosti, odvahy a hlavně více zodpovědnosti za osud nemocného.

Aktivita lékaře při hospitalizaci manického nemocného bez jeho souhlasu nebývá pacientem přijímána s okamžitou vděčností a pochopením a někdy ani u jeho okolí. Ale vděčnosti i poděkování se dostává až po uzdravě a po propuštění z psychiatrického zařízení. Buďme si toho vědomi a jednejme vždy s dostatkem odbornosti, trpělivosti, taktu, důstojnosti, ale i zodpovědně, rázně a hlavně ve prospěch nemocného.

MUDr. Pavel Baudiš, CSc.
Psychiatrické centrum Praha
182 00 Praha 8, Kaňkovského 8
e-mail: baudisp@volny.cz

Literatura

1. Baštecký J. Psychiatrie, právo a společnost. 1997, Galén, Praha, 218 s.
2. Baštecký J. K problematice převzetí a držení občana v ústavu zdravotnické péče v České republice. ČS. Psychiatr., 91, 1995, Suppl. 1., 20–25.
3. Baudiš P, Pfeiffer J. Práva pacientů a zákroky prováděné bez souhlasu nemocného v psychiatrii. Prakt.lék., 74, 1994, 12, 560–564.
4. Baudiš P. Úkony prováděné bez souhlasu pacienta v psychiatrii. Čs. Psychol., 38, 1994; 2: 165–172.
5. Benedek E. Legal issues in psychiatry, 29–51. In: A Bilateral Exchange: The American Psychiatric Association and TheCzechoslovak Psychiatric Association. Psychiatrické centrum Praha, 1993, 222 s.
6. Jařab J. Šíleně pomalá revoluce. In: Jařab, J. Šíleně pomalá revoluce, 60–67, fra/torst, Praha, 2006. 222 s.
7. Kramářová, N. Úvaha nad zákonnou úpravou převzetí pacienta do ústavní péče bez jeho souhlasu. ČS. Psychiatr., 91, 1995, Suppl. 1., 26–31.
8. Stolínová, J. Občan, lékař a právo, Avicenum, Praha, 1990. 346 s.