

NEDOBROVOLNÁ HOSPITALIZACE A PSYCHIATRICKÁ POHOTOVOST

MUDr. Hedvika Ersten

Pontianakstraat, Holland

V článku nabízím pokračování postřehů a zážitků z ambulantní praxe jako lékař-asistent pohotovostní služby regionu Amsterdam Východ. Mimo status quo předkládá moje úvaha srovnání situací, do kterých se jako psychiatr můžeme jinde dostat.

Donucovací prostředky v psychiatrii jsou stále a snad všude předmětem diskuze. Rozdíly nepramení jen z legislativy, i pokud si člověk místní příslušný zákon a příručku dobře přečte, najde často manipulační prostor. Ovšem je to opět hlavně jiná společenská objednávka a potažmo i momentální politická situace, které hrají v tomto případě mnohem větší roli než legislativa samotná.

Psychiat. pro Praxi, 2008; 9(1): 38–39

Než si v Amsterdamu jako psychiatr dovolíme zbavit někoho osobní svobody, byť v zájmu jeho zdraví, jsme povinni několikrát zaváhat a otevřít společenskou diskuzi, a to ještě předtím, než vůbec rozhodneme začít s jakoukoli léčbou. Místní tradice antiautoritářského hnutí z počátku sedmdesátých let a důraz na autonomii individua je bezpochyby pramenem tohoto pojetí, nad kterým našinec často překvapeně zvedne obočí. Narodil od české psychiatrické praxe v příjmové ambulanci, kdy lze za den solidně vyšetřit a administrativně vybavit zhruba deset nedobrovolně přijatých pacientů, zde zabere lékaři pohotovostní služby vyřízení jednoho nedobrovolného přijetí s hospitalizací téměř celý den, v ideálním případě půlden. Ke zdůvodnění nedobrovolného přijetí nestačí odkaz na příslušný paragraf, odstavec a písmeno. Zcela ve znamení sociální psychiatrie jsou na lékaři-asistentovi komplexní služby: návštěva v terénu, případný pohovor s rodinou, zhodnocení situace, komunikace se zhruba pěti dalšími instancemi, vyřízení papírové agendy, a pak tedy konečně medicínská stránka věci: vlastní ordinace.

Výzvou a gramatickým cvičením se stává vyplnění čtyř- až pětistránkového formuláře pro soudní řízení se samozřejmě obtížnou narativní částí, kde je nutno detailně a konkrétně vyložit, v čem je pacient nebezpečný, jaký je jeho potenciál nebezpečnosti, jak konkrétně souvisí s příznaky jeho duševní nemoci, a to včetně odkazu na relevantní anamnézu. A pozor, netolerují se ani gramatické chyby a překlepy, protože mohou být důvodem k tomu, že prokuratura vrátí podklady zpět. Onen formulář putuje po schválení přednostou oddělení nikoli přímo k soudu, ale k primátorovi města, což je profesionální politik. Bez podpisu radnice nelze o hospitalizaci vůbec uvažovat. Formulář pak radnice předává soudu, který do tří dnů rozhodne, je-li hospitalizace oprávněná.

Dříve bylo zvykem umisťovat psychiatrické klienty, ke kterým byla z nějakého důvodu volaná policie, na policejní stanici, kam za nimi lékař z psychiatrie docházel. Před několika lety došlo k posunu – aby chom psychiatrického klienta nemuseli předem kri-

minalizovat pobytem v zařízení justice, byla pro tyto účely lékařského vyšetření a eventuální odeslání k hospitalizaci vybudována psychiatrická centrála, fungující ve dne v noci.

Amsterdamská centrála pohotovosti ve středu města je strategicky umístěna přesně mezi psychiatrickou klinikou Amsterdamu-Střed a policejní stanicí, jedním z dodavatelů klientů v akutní psychiatrii. Kromě zdravotnického personálu disponuje něčím, co by se dalo nazvat (ne)lůžky – pěti izolačními celami s bezpečnostními dveřmi, holými zdmi, bez interiéru a bez wc, s gumovou matrací na linoleu. Není co zničit. Není těžké si představit, že takový pobyt je i v případě akutní psychotické či manické symptomatiky atakem na lidskou důstojnost. V ideálním případě tu klient stráví jen několik hodin, než je po vyšetření odeslán domů nebo přijat na lůžko. S tímto typem hospitalizace se ovšem setkáváme i v běžných a specializovaných psychiatrických zařízeních, takže jde o jev do jisté míry příznačný pro místní psychiatrii.

Zákon o mimořádných přijetích do psychiatrických zařízení povoluje použití nucených léčebných prostředků jen v krajní situaci. V praxi bývá medikace proti vůli pacienta aplikována výlučně při akutním neklidu při převozu a pouze při krajním nebezpečí agrese na oddělení (4).

Právo na sebeurčení zakotvené v ústavě (v tomto případě právo odmítnout léky) je bráno tak, že od konzistentní nucené medikace je upuštěno. Po zbytek času je neklidný psychotický pacient odmítající léčbu často odkázán na tento druh pobytu s ne/lůžkem, a to až do doby, kdy medikaci odmítat přestane, a je tedy možné, aby se zklidnil.

Pokud je závěrem lékařského vyšetření na pohotovosti nutnost hospitalizace, stará se SZP v podobě příjmového koordinátora o pacientovo umístění na lůžko; lékař pouze indikuje nutnost a požadovaný druh lůžka s tím, že vybaví pacienta zápisem vyšetření, zápisem ordinace a překladovou zprávou. Lékař z pohotovosti tímto funguje i jako příjmový lékař a nestane se tak, že by byl urgentní pacient odmítnut, pokud zařízení lůžko odpovídajícího cha-

rakteru má. Při řešení konkrétní hospitalizace odpadá otázka zda, zbývá už jen vyřešit kam.

Vzhledem k prakticky až dosud vládnoucímu antihospitalizačnímu trendu v psychiatrii bývá v amsterdamském regionu prodat pacienta na vhodný typ lůžka občas nadlidský úkol (naštěstí v tomto případě nepadá na lékařovu hlavu, to řeší příjmový koordinátor). Může se stát, že sanita s pacientem putuje do jiné provincie, neboť v celém Amsterdamu i přilehlém okolí není jediné volné lůžko na urgentní příjem u psychotického neklidu.

Jak se také může vyvinout situace u případů manické epizody, vyplývá z následující kazuistiky.

Kazuistika

Paní L., 40 let, Hispánka z Dominikánské republiky.

Pohotovostní službu uvědomila nepřímo 14letá dcera pacientky, která si stěžovala na matčino chaotické chování, explozivitu, občasnou verbální agresivitu a noční hyperaktivitu vzbuzující její obavy. Pacientka je trvale v ambulantní péči oddělení chronických psychotických poruch, na psychiatrické kontroly už několik týdnů nedochází. Její diagnóza je registrována už od její adolescence.

Pacientka je díky své dlouhotrvající bipolární poruše (s občasnými psychotickými příznaky během manických epizod) zbavena rodičovských práv a opatrovníkem dcery je její babička (rovněž Hispánka), matka pacientky. Dcera ovšem po většinu času bydlí z vlastní vůle stále s matkou.

Vyšetření při domácí návštěvě pacientky bylo vedeno přes tlumočnicka ve španělštině. Pacientka byla poloupravená a vyzývavě a spíše nedostatečně oblečená.

Kontakt navázala nepříliš ochotně. Byla agitovaná, zuřivě gestikulovala, mluvila hlasitě, překračujíc pomyslnou hranici latinskoamerického temperamentu.

Psychomotorické tempo bylo výrazně urychlené. Pod povrchem byla patrná latentní agresivita. Ačkoliv se pacientka při rozhovoru chovala ještě v mezích

normálního společenského kontaktu, bylo vidět, že ji to stojí značné úsilí.

Rozhovor byl relativně obtížný, odpovědi místy nepřiléhavé, rozbíhavé, a pokud se z překladu dá posoudit, byla přítomna i difúzní paranoidita. Poruchy vnímání a komplexní poruchy myšlení nebyly zjištěny. Byla zavedena dosud trvající léčba lithiem. Z její anamnézy je známo, že je za hospitalizace schopna dosáhnout uspokojivé remise. Nad její momentální sociální a existenční situací se přes asistenci sociálních pracovníků stahují mraky. To pravděpodobně přispívá k dekompenzaci jejího duševního stavu.

Při zapojení psychiatrické intuíce není těžké odhadnout, že hospitalizace pacientky, v tomto případě i nedobrovolná, by byla v tu chvíli namístě, což by psychiatr či lékař pohotovostní služby pracující v českých poměrech po rozvaze a apelu rodiny považoval za správné opatření. Ale teď zpět k místní praxi: je zvykem, že je nutno dokázat pro soudní řízení, jaké konkrétní nebezpečí způsobuje pacientka nikoli v hypotéze, ale v dané situaci; a to je velmi obtížné. Není fyzicky zchátralá a nelze argumentovat ani žádnou její přímou agresivitou a ani situací její neplnoleté dcery. Ta, ač setrvává se svou matkou, je oficiálně svěřena do péče babičce. Také se nejví, že by dosud vyvolala konflikt s třetí osobou, který by někoho vážně fyzicky ohrozil. Kolonka pro psychiatrovu intuici v onom čtyřstránkovém formuláři k odůvodnění hospitalizace není.

Pacientka se nakonec o několik hodin později dostala do institucionální péče za mnohem dramatictějších a pro ni pravděpodobně traumatictějších okolností.

Úkolem zdravotnických služeb rozhodně není fyzický střet s pacientem. Po tentokrát už fyzickém konfliktu se svou matkou se dostala pacientka do kontaktu se šesti policisty zásahové jednotky a požárního sboru. Ten zajistil všechny možné eventuality, např. napnul doskokovou plachtu pod balkónem (pacientka za mohutného hlasového doprovodu stala na balkóně, vysvlékla se a trhala svůj cestovní pas). Po vniknutí hasičů do bytu byla pacientka k nalezení za dveřmi ozbrojená dlouhým řeznickým nožem, takže policie ve snaze vyhnout se fyzickému střetu ještě použila slzný plyn. Zabalena v dece a vybavená převozovou medicínou (haloperidol/promethazin – standard i zde) byla transportována na centrálu pohotovosti Amsterdam-Střed, která s podivným zadostiučiněním dala na vědomí, že kromě zápisu psychiatrického vyšetření (teď teprve je čtyřstránkový formulář s podpisem primátora namísto) vyžaduje ještě oficiální uvědomění Městské zdravotnické služby, jinak odmítají diskutovat.

Policie je v tomto kontextu (řeklo by se historickým) vnímána jako represivní složka, která sama o sobě nemá právo navrhnout umístění kohokoliv v psychiatrickém zařízení, byť jsou její úmysly čisté a je vybavena psychiatrickým vyšetřením. Po sou-

hlasu Městské zdravotnické služby putovala naše pacientka do jedné z výše popsaných separačních cel a poté na JIP o provincii dále; v Amsterdamu ani přilehlém okolí nebylo jediné volné místo.

Lékaři pohotovostní služby zbývalo sepsat už pouze podrobnější příjmovou zprávu se souhrnem anamnézy a rušný den na pohotovosti je u konce.

Pacientka byla cca po týdnu výrazně zklidněná a ochotná pod stálým dohledem dobrovolně užívat léky. Po dalších 2 týdnech byla schopna pobytu na polootevřeném oddělení. Po propuštění se dostala do specializované ambulance pro těhotné s psychotickými poruchami. V okamžiku přijetí byla ve třetím měsíci těhotenství a i po porodu zdravé dcery se udržela v uspokojivé remisi.

Nedobrovolné příjmy v číslech

V posledních čtyřech letech jejich počet vzrostl zhruba o 16 procent a nyní činí asi 47 pacientů na 100 000 obyvatel (údaj za rok 2004).

Nejčastěji stanovená diagnóza u příjmů je psychotická porucha, jde asi o polovinu všech příjmů. Za ní následuje manická epizoda (cca 17 %), depresivní poruchy (11 %) a poruchy osobnosti (5 %). Narostl také počet nedobrovolných příjmů pacientů s demencí (4,2 %) (1).

Informační systém funguje neveřejně on-line současně se zavedením Zákona o mimořádných případech do psychiatrických zařízení, vede i statistiku nejčastějších udávaných důvodů přijetí (tzv. primární kritéria nebezpečnosti):

- násilí proti jiným osobám – 23,7 %,
- vyvolání agrese jiných osob proti sobě – 9,3 %,
- nebezpečí fyzického zchátrání a společenský úpadek – 10,4 resp. 10,5 % (2).

Zastoupení posledních dvou udávaných kritérií se v posledních čtyřech letech zdvojnásobilo, což by se snad dalo interpretovat jako posun ve vnímání nutnosti psychiatrického příjmu. Od čisté ochrany společnosti před násilím či agresivitou se při argumentaci přece jen přidává kurativní pojetí jako ochrana vážně nemocných pacientů bez náhledu na chorobu před sebou samými.

Vysoké právní povědomí, nebo antipsychiatrie?

Přiberme do úvahy dědictví minulosti – nevyslovený, leč suspektně stále přítomný strach ze zneužití psychiatrie pro účely jí zcela nepřislušné v kombinaci se silně vnímaným principem autonomie individua.

Z medicínsko-etického hlediska je nedobrovolný příjem a léčba vždy útokem na důvěryplný vztah lékaře a pacienta. To je také jeden z důvodů, proč je stanovena povinnost provádět vyšetření, lékařský posudek a návrh na nedobrovolnou hospitalizaci nezávislým

lékařem, který se nepodílí a ani nebude podílet na léčbě. I když se legislativa v hrubých rysech té české podobá, liší se rozhodně její aplikace v praxi.

Stále ještě je zde kritériem k nedobrovolnému přijetí nikoli potřeba péče, ale nemedicínský pojem nebezpečnost či způsobování potíží. Psychiatr je volán k zodpovědnosti pouze za uskutečněný nedobrovolný příjem, ale nikoli při jeho opomenutí (3).

V tomto ohledu jsou pragmatismus a akčnost praktikované při nedobrovolných přijetích v českých poměrech často obhajitelné právě z hlediska zdravotnické etiky. Nemyslím, že bychom se museli stydět či zcela zavrhnout své zvyklosti.

Po poctivém zvážení, co je skutečně v nejlepším zájmu pacienta, je jeho dočasné zbavení autonomie právě nutné k tomu, aby mu autonomie byla zase co nejrychleji vrácena. Za předpokladu, že bude medicínský personál zachovávat respekt k lidské důstojnosti pacienta, a to i v detailech. Jsou cesty, jak neustále a s určitou kontinuitou zlepšovat etické uvažování medicínskému personálu. Místní trávník v porovnání s tím českým je zelenější ve větších dispozicích financemi a v pevně užívaném zvyku neustále podrobovat zažité principy demokratické diskuzi na všech úrovních.

Nizozemské sdružení rodinných příslušníků pacientů veřejně protestuje proti principu, že každý, kdo nutně potřebuje péči, si o ni musí napřed požádat sám, a apeluje na důslednost a návaznost nedobrovolné léčby (3).

Je patrný i vzrůstající tlak různých zájmových skupin, které se zasazují o praktickou a legislativní změnu, např. o upřesnění kritérií pro nedobrovolný příjem a, co se nám v České republice jeví jako samozřejmost, okamžité započítání skutečné léčby po nedobrovolném přijetí. Také o to nepoužívat separaci pacienta jako formu trestu za nepřiléhavé chování a zajistit, že i v případě separace nebude pacient ponechán sobě samému. (Nizozemí tvoří absolutní špičku ve výskytu tohoto opatření v psychiatrii.)

Kromě pokroku ve farmakoterapii a biologické stránce léčby je ještě jedna cesta ke snížení nucených opatření, a tou je změna v péči o chronické (psychotické) pacienty.

MUDr. Hedvika Ersten
Pontianakstraat 13
1335 He Almere, Holland
e-mail: hedvikab@volny.cz

Literatura

1. Mulder CL et al. Prudký nárůst nucených opatření v psychiatrii. Časopis pro Duševní zdraví a právo 2005; 8:115–116.
2. Mulder CL, Baars van. Psychiatrická posuzovací stupnice nebezpečnosti. 2004.
3. Stavenuiter B. Časný zásah lepší pro všechny – nucená léčba zabrání společenskému propadu člověka. Sborník Epidemie nucených opatření v psychiatrii 2006. Mension medical refresher, Badhoevedorp, 2006.
4. Příručka výkladu zákona BOPZ, Ministerstvo zdravotnictví, Den Haag, 2004.