

Zakon o duševnem zdravju

Slovenian Mental Health Act

Andrej Žmitek

*Psihiatrična bolnišnica
Begunje, Begunje 55,
4275 Begunje na
Gorenjskem*

Korespondenca/ Correspondence:

Prim. Andrej Žmitek, dr.
med.

Psihiatrična bolnišnica
Begunje
Begunje 55
4275 Begunje na
Gorenjskem

Ključne besede:

duševna motnja, uvid
v bolezen, človekove
pravice, zakonodaja,
zdravljenje.

Key words:

mental disorder,
awareness of illness,
human rights, legislation,
treatment

Citirajte kot/Cite as:

Zdrav Vestn 2010;
79: 537–543

Prispelo: 8. sept. 2009,
Sprejeto: 23. dec. 2009

Izvleček

Izhodišča: Duševne motnje, predvsem tiste iz skupine psihoz, so pogosto povezane s pomanjkljivim ali celo odsotnim uvidom bolnika v njegovo bolezensko stanje. Zdravljenje zato občasno vključuje tudi ukrepe, ki jih izvajamo brez pristanka bolnika; to pa zahteva ustrezno pravno ureditev. Optimalna zakonska ureditev mora uskladiti varovanje z ustavo zagotovljenih pravic z možnostjo učinkovitega zdravljenja.

Zaključki: Avtor je pregledal Zakon o duševnem zdravju, ki se je pričel izvajati avgusta 2009. Navaja konkretne primere, ko zakon pomembno ovira ali celo preprečuje izvajanje ustreznega zdravljenja bolnikov z duševnimi motnjami, pogosto tudi tistih, ki se z zdravljenjem strinjajo.

Abstract

Background: Diminished or even absent awareness of illness is a frequent feature of mental disorders, mostly those with psychotic symptoms. That is why efficient treatment sometimes calls for certain interventions even without the patient's consent; for such cases a legal regulation must be provided. Ideally, such a regulation should carefully balance the protection of human rights against the feasibility of efficient treatment.

Conclusions: Implementation of the new Slovenian Mental Health Act started in August 2009. The article deals with concrete examples of how this act renders treatment of certain patients with mental disorders difficult or even impossible. In many cases, even patients who consent to treatment are deprived of appropriate health care by the Act.

Uvod

Razprava o Zakonu o duševnem zdravju (ZDZdr)¹ nas takoj na začetku pripelje v slepo ulico, saj se zaplete že pri naslovu. Zakaj rabimo zakon o duševnem zdravju, če nimamo zakona o telesnem zdravju? Zakaj ločevati zdravje na telesno in duševno, če je danes jasno, da so duševne motnje posledica napačnega delovanja možganskih celic, tako kot je npr. zlatenica posledica napačnega delovanja jetrnih celic ali sladkorna bolezen posledica napačnega delovanja celic trebušne slinavke? Čeprav se zdi takšno vprašanje morda akademsko in brez prave povezave s konkretnimi razmerami, temu ni tako.

Kot utemeljitev naj navedem tri primere. Prvi primer. Elektrokonzulzivno zdravljenje duševnih motenj, torej zdravilno delovanje z

električnim tokom na možgansko tkivo, sodi po določbah ZDZdr (9. člen) med posebne metode zdravljenja, ki se smejo uporabljati le izjemoma in je njihova uporaba natančno predpisana ter nadzorovana. V okviru interne medicine je urgentna defibrilacija srca ali načrtovana elektrokonzulzivna srčnega ritma zdravilno delovanje z električnim tokom na prevodno tkivo srca, a za razliko od elektrokonzulzivnega zdravljenja ne sodi med posebne metode zdravljenja in sploh ni predmet posebne pravne ureditve, ampak zgolj medicinske doktrine. Ob tem je elektrokonzulzivno zdravljenje nesporno učinkovito in ima ugodno razmerje med tveganjem in pričakovano koristjo, literatura o tej tematiki pa je obsežna.²

Tu je seveda možen ugovor, da ne kaže povsem primerjati možganov in srca. Tudi če tak ugovor sprejmemo, je na voljo drug, še zgovornejši primer nesmiselnega ločevanja med duševnim in telesnim. Po določbah ZDZdr (9. člen) psihokirurško zdravljenje v naši državi (drugače kot v številnih tujih) ni dovoljeno. Pri tej obliki zdravljenja gre za operativni poseg na možganih, s katerim je mogoče uspešno odpraviti ali ublažiti nekatere posebej hude oblike duševnih motenj, ki se ne odzivajo na druge načine zdravljenja. Hkrati pa zdravljenje trdovratnih oblik epilepsije z operativnim posegom na možganih ne samo ni prepovedano, ampak celo ni posebej urejeno z zakonom, saj ga opredeljuje zgolj medicinska doktrina. Če ima torej okvara možganov za posledico hudo duševno motnjo, je operativno zdravljenje prepovedano; okvara istega organa z drugo posledico – hudo obliko epilepsije – pa je lahko razlog za operativno zdravljenje, ki niti ne potrebuje pravne ureditve. Kirurško zdravljenje duševnih motenj je ob uporabi sodobnih maloinvazivnih tehnik strokovno utemeljeno, o tem obstaja tudi ustrezna literatura.³

Takšna dvojna merila je res težko razumeti. Razlog zanje morda tiči v dejstvu, da so imeli odločilno vlogo pri sestavljanju ZDZdr ljudje, ki o sodobnem zdravljenju duševnih motenj žal nimajo prave predstave. To utemeljujem s tretjim primerom. Uporaba odmerkov zdravil, ki so višji od dovoljenih s strani proizvajalca, naj bi bila v psihiatriji nekaj povsem drugega kot v drugih medicinskih panogah in jo ZDZdr uvršča med posebne metode zdravljenja, ki se smejo uporabljati le izjemoma in po predpisanem postopku. V tej zvezi je zdravnik, visoki uradnik Ministrstva za zdravje, v televizijski oddaji dejal, da je uporaba višjih odmerkov zdravil v interni medicini upravičena, saj gre za nujno zdravljenje, ki bolniku lahko reši življenje; višji odmerki zdravil v psihiatriji pa so vprašljivi in zato potrebni posebne pravne ureditve, saj bolnika ne zdravijo, ampak le pomirjajo. (Zgolj v ilustracijo: tako mnenje deli s kolegom z Ministrstva 6 % splošnih zdravnikov na nemškem govornem področju v Švici).⁴ Razumem, da pri današnjem obsegu znanja v medicini verjetno nihče ne more biti na tekočem z načini zdravljenja pri vseh special-

nostih; bi pa bilo korektno, če bi se tisti, ki v določeno področje posegajo na tako usoden način, kot je pripravljanje zakonskih določb, pustili o ključnih dejstvih poučiti.

Toliko o načelnih vprašanjih. Ta pa ne spremenijo dejstva, da je bil ZDZdr 28. 7. 2008 objavljen v Uradnem listu in je začel veljati petnajst dni po objavi, uporabljati pa se je pričel eno leto po uveljavitvi, 12. 8. 2009. Razlog za enoletni odlog pričetka uporabe je v obsežnosti sprememb, ki jih uvaja in ki pač zahtevajo čas za udejanjenje v praksi. ZDZdr ima dva vsebinska dela. Prvi, bistveno daljši, se nanaša zlasti na intenzivne oddelke psihiatričnih bolnišnic, varovane oddelke socialnih zavodov in nadzorovano obravnavo (glej spodaj). Drugi del opredeljuje izvajanje pomoči bolnikom, ki ne potrebujejo več zdravljenja v psihiatrični bolnišnici, pač pa – zaradi pomanjkljivega umika bolezni – pomoč pri psihosocialni rehabilitaciji in drugih pomembnih dejavnostih; tega v članku ne obravnavam.

Dosedanja zakonska ureditev zdravljenja duševnih motenj

Področje psihiatrije je bilo doslej urejeno s predpisi, ki opredeljujejo zdravstvo nasploh. Posebej so bili predpisani le ukrepi brez privolitve bolnika.

Zakaj so bili ti posebni predpisi sploh potrebni? Načelno je v medicini mogoče izvajati le tiste ukrepe, na katere bolnik po pojasnilu pristane. Obstajajo pa tudi izjeme. Tako npr. na kirurgiji hospitalizirajo in zdravijo bolnika z resno poškodbo glave, čeprav se ta npr. zaradi motene zavesti ne zaveda svojega stanja in želi oditi domov. Tako tudi resna duševna motnja, največkrat iz skupine psihoz, pomembno prizadene bolnikov stik z resničnostjo (npr. v smislu pojava preganjalnih blodenj). To ima lahko hude posledice, saj npr. bolnik lahko prične ogrožati sebe ali druge. Istočasno pa je njegov uvid v bolezen močno prizadet ali celo odsoten, zato se svoje bolezni sploh ne zaveda (ali pa ne dovolj) in se ne more kompetentno odločiti glede zdravljenja (pogoj za takšno odločitev je seveda razumevanje bolezenskega stanja). Takrat mora odločitev sprejeti zdravnik, njegove odločitve pa so bile tudi

doslej podvržene sodnemu nadzoru. Ker pa je pravica do osebne svobode zagotovljena z Ustavo,⁵ je treba vse oblike omejevanja te pravice urediti z zakoni.

Del področja, ki ga sedaj opredeljuje ZDZdr, sta doslej pokrivala dva zakona: Zakon o zdravstveni dejavnosti⁶ v 49. členu in Zakon o nepravdnem postopku,⁷ v 70.–81. členu. Opredeljevala sta predvsem hospitalizacijo brez privolitve bolnika. Tako bistveni del 49. člena Zakona o zdravstveni dejavnosti pravi: "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 psihiatrično bolnišnico tudi brez njegove privolitve."

Zakon o nepravdnem postopku je predpisal način sodnega nadzora upravičenosti take hospitalizacije, ki je zagotavljal preverjanje pravilnosti zdravnikove odločitve, ni pa oviral zdravljenja. ZDZdr dokaj podobno dosednji opredelitvi navaja osnovne pogoje hospitalizacije brez privolitve bolnika, s tem pa so podobnosti s prej veljavnimi predpisi v veliki meri izčrpane. V nadaljevanju razpravljam o novostih, ki jih prinaša ZDZdr.

Splošne novosti

Medtem ko je zdravljenje bolnika z duševno motnjo doslej obravnavalo skupaj 12 členov, ga po novem obravnava kar 107 členov. Povečan obseg gre na račun bistveno bolj podrobnih določb dosedanjih ukrepov in uvedbe povsem novih ukrepov, pa tudi novih delovnih mest oz. funkcij. Številni roki so nerazumno kratki, npr.: »O zadržanju osebe sprejemni zdravnik v štirih urah pisno obvesti direktorja psihiatrične bolnišnice. Direktor ... takoj obvesti pristojno sodišče.« To (in še kaj drugega) fizično ni izvedljivo, saj se sprejemi, zadržanja in podobni dogodki zgodijo tudi ponoči, ob koncu tedna ali med prazniki, ko so pošte zaprte (telefaks pa zaradi zaščite osebnih podatkov menda ni uporaben). Tako bolnišnici kot posamezniku, ki bi zakon kršila, so zagrožene dokaj visoke kazni. Zdravnik, ki npr. ne bo obvestil določenih oseb tako, kot to zahteva ZDZdr (in fizično ni izvedljivo), utegne plačati globo v znesku 200 do 2100 evrov.

Pravica do zastopnika, 23.–28. člen

ZDZdr daje vsakemu bolniku, ki je bodisi s svojo privolitvijo ali brez nje sprejet na oddelek pod posebnim nadzorom, pravico do posebnega zastopnika (povsem nova funkcija). Ta mu pomaga pri uresničevanju njegovih pravic na oddelku, čeprav je v postopek sprejema brez privolitve obvezno vključen odvetnik in čeprav velja Zakon o pacientovih pravicah,⁸ ki je uvedel zastopnika pacientovih pravic za vse bolnike, seveda tudi tiste z duševnimi motnjami. Mladoletne osebe in tiste, ki jim je bila odvzeta opravilna sposobnost, pa poleg teh treh zastopa še »zakoniti zastopnik«. Podvajanje, potrojitev in celo počtetverjanje varovanja bolnikovih pravic v tem primeru ne pomeni le večjih stroškov, dodatne porabe zdravnikovega časa, ko razpravlja z različnimi osebami o istem problemu, in upravičene prizadetosti medicinskega osebja, katerega etičnost je tu sicer posredno, a zelo očitno zanikana. Večja težava je, da si že v osnovi ni lahko pridobiti zaupanja bolnika, ki ima moten stik z resničnostjo; tu pa mu še zakonodajalec posredno sporoča, da skuša zdravstveno osebje kršiti njegove pravice, saj ga pred tem zavaruje kar s štirimi zastopniki (ali najmanj z dvema). Pojem »oddelek pod posebnim nadzorom« je razložen v poglavju Sprejem na zdravljenje v oddelek pod posebnim nadzorom s privolitvijo.

Posebni varovalni ukrepi, 29. člen

Dosedanja zakonodaja posebnih varovalnih ukrepov v psihiatričnih bolnišnicah ni opredeljevala. To je opravila stroka sama, saj je Razširjeni kolegij za psihiatrijo izdal smernice za njihovo izvajanje⁹ in ZDZdr tem smernicam deloma sledi. Posebni varovalni ukrep opredeljuje kot nujen ukrep, ki se uporabi zaradi omogočanja zdravljenja bolnika ali zaradi odprave oziroma obvladovanja nevarnega vedenja. Gre za telesno oviranje s pasovi in omejitev gibanja znotraj enega prostora. Zakon pravi: »... posebni varovalni ukrep telesnega oviranja s pasovi ne sme trajati več kot štiri ure, ... Po preteku navedenega obdobja zdravnik preveri ute-

meljenost ponovne uvedbe« Glede na besedilo tega člena je telesno oviranje potrebno prekiniti ne glede na vedenje in psihično stanje bolnika, čeprav bi lahko utemeljeno pričakovali ponovitev nevarnega avto- ali heteroagresivnega vedenja. Pravilno bi se 29. člen seveda glasil: »...zdravnik preveri utemeljenost nadaljevanja posebnega varovalnega ukrepa.« Izvajanje tega navodila pomeni resno ogrožanje tako bolnika kot medicinskega osebja. Zdravnik je postavljen pred težko rešljivo dilemo, ali naj ravna po svoji vesti in krši zakon ali ravna po zakonu in tvega hud varnostni zaplet. Zelo zgovorno je določilo, da mora zdravnik o uvedbi posebnega varovalnega ukrepa obvestiti štiri, v določenih primerih celo pet oseb.

Načrt zdravljenja, 35. in 36. člen

ZDZdr zahteva izdelavo »individualnega načrta zdravljenja« ob sprejemu bolnika na intenzivni oddelek (oddelek pod posebnim nadzorom) oz. je tak načrt sploh eden od pogojev za sprejem s privolitvijo bolnika. Ker sprejemni zdravnik o bolniku pogosto nima ustrezne dokumentacije in ob sprejemu seveda ni mogoče izpeljati potrebne diagnostike, izdelava vsebinsko ustreznega in individualnega načrta zdravljenja večinoma ni mogoča. Od kod nasprotno prepričanje zakonodajalca, ni jasno.

Sprejem na zdravljenje (v oddelek pod posebnim nadzorom) s privolitvijo, 36. in 39. člen

V prvem odstavku 36. člena ZDZdr pravi: »Oseba je sprejeta na zdravljenje v oddelek pod posebnim nadzorom z napotnico ali brez nje, če sprejemni zdravnik ugotovi, da so izpolnjeni vsi pogoji iz prvega odstavka 39. člena tega zakona ter oseba v sprejem in načrt zdravljenja pisno privoli.« Prva dva pogoja iz prvega odstavka 39. člena sta:

»...– če (oseba) ogroža svoje življenje ali življenje drugih ali če huje ogroža svoje zdravje ali zdravje drugih ali povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim,

– če je ogrožanje iz prejšnje alineje posledica duševne motnje, zaradi katere ima oseba hudo moteno presojo realnosti in sposobnost obvladovati svoje ravnanje«

Iz zgoraj navedenega sledi, da bolnika ni mogoče sprejeti v oddelek pod posebnim nadzorom, če nikogar ne ogroža in ne povzroča hude premoženjske škode, pa čeprav bi se s sprejemom strinjal ali ga celo sam predlagal. Ocenjujem, da ZDZdr s tem bistveno zmanjšuje možnost zdravljenja prav osebam z najhujšimi duševnimi motnjami. Za »oddelek pod posebnim nadzorom«, kot ga zakon imenuje, v slovenskih psihiatričnih bolnišnicah namreč uporabljamo izraz »intenzivni oddelek«. Možnost posebnega nadzora je le ena od njegovih značilnosti. Druge sodijo v sklop večje intenzivnosti obravnave, npr. večje število in stalna prisotnost negovalnega osebja, pogostejša prisotnost zdravnika na oddelku in vsakodnevne zdravniške vizite. Diagnostična in terapevtska obravnava na takem oddelku, kjer so hospitalizirani predvsem bolniki v akutnem stadiju duševne motnje, je bolj intenzivna kot na drugih oddelkih. Posebni nadzor ne velja za vse bolnike na oddelku, ampak se odreja individualno glede na psihično stanje posameznika. Zato gre dejansko bolj za oddelke z možnostjo posebnega nadzora. Ko ZDZdr zoži pomen psihiatričnih intenzivnih oddelkov na »posebni nadzor«, te oddelke v njihovi medicinski funkciji dejansko ukinja, ne da bi ponudil ustrezno nadomestilo. V nadaljevanju navajam nekaj skupin bolnikov, ki so bili doslej sprejeti na intenzivne oddelke, po določitih ZDZdr pa to ne bo več mogoče, če ne bodo nikogar ogrožali ali povzročali premoženjske škode.

1. Bolniki s hudimi bolezenskimi občutki ogroženosti (preganjalne blodnje), ki sami zaprosijo za sprejem v bolnišnico in se želijo zdraviti na intenzivnem oddelku, kjer imajo večji občutek varnosti.
2. Bolniki s hudimi avto- ali heteroagresivnimi vsiljivimi mislimi (obsesije in kompulzije), ki se zavedajo patološke narave takih misli in ne želijo ravnati v skladu z njimi in se sami želijo zdraviti na intenzivnem oddelku – ponovno zaradi večjega občutka varnosti. Taki bolniki včasih tudi sami zaprosijo za izvedbo posebnega

- varnostnega ukrepa fizične omejitve, ki je po ZDZdr vezan na intenzivni oddelek.
3. Bolniki v stanju alkoholnega opoja, ki sami zaprosijo za sprejem, ker ne morejo prekiniti z uživanjem alkohola. Taki bolniki potrebujejo natančnejše spremljanje psihofizičnega stanja, ki je mogoče le na intenzivnih oddelkih. Podobno velja za bolnike v stanju delirija.
 4. Bolniki, ki želijo prekiniti z uživanjem drog in potrebujejo pri tem zaradi specifične odtegnitvene krize tako nadzor psihofizičnega stanja kot nadzor zaradi nevarnosti ponovnega zaužitja drog.
 5. Bolniki, ki potrebujejo natančnejše spremljanje psihofizičnega stanja zaradi sočasnih telesnih bolezni, pa takega nadzora ni mogoče izvajati zunaj intenzivnih oddelkov.
 6. Bolniki, ki se želijo zdraviti pri točno določenem zdravniku, ki dela na intenzivnem oddelku in je npr. njihov ambulantni zdravnik, ali želijo biti sprejeti na intenzivni oddelek zaradi dobrih izkušenj iz preteklosti. Lahko pa imajo druge, na videz banalne razloge, katerih neupoštevanje utegne ogroziti njihovo sodelovanje pri zdravljenju.

Menim, da je merila za sprejem v »oddelek pod posebnim nadzorom« nujno potrebno ponovno premisliti in ustrezno spremeniti. Kot razlog za sprejem v tak oddelek morajo zadoščati značilnosti bolezenskega stanja in drugi razlogi, seveda pod pogojem, da se bolnik s sprejemom strinja. Kadar se bolnik s sprejemom v tak oddelek ne strinja, pa je razumljivo, da morajo biti pogoji iz prvega odstavka 39. člena izpolnjeni.

Če pa 36. in 39. člen preberemo bolj natančno, ugotovimo, da sprejem na intenzivni oddelek oz. »v oddelek pod posebnim nadzorom« z bolnikovo privolitvijo pravzaprav ni mogoč ne tako ne drugače. Glede na 36. člen, ki citira 39. člen, je eden od pogojev za tak sprejem, da ima »oseba hudo moteno presojo realnosti«. Hkrati pa 36. člen pravi: »Privolitev iz prejšnjega odstavka mora biti izraz svobodne volje osebe, ki temelji na razumevanju položaja in je izoblikovana na podlagi primerne pojasnila o:

- zdravstvenem stanju in verjetnem razvoju ter posledicah bolezni;

- cilju, vrsti in načinu izvedbe, verjetnosti uspeha ter pričakovanih koristih in izidu predlaganega zdravljenja;
- možnih tveganjih, neželenih učinkih, negativnih posledicah in drugih neprijetnosti predlaganega zdravljenja, vključno s posledicami njegove opustitve;
- morebitnih drugih možnostih zdravljenja.«

To dvoje pač ne gre skupaj: hudo motena presoja resničnosti seveda izključuje razumevanje položaja, še zlasti pa bolnikovo razumevanje pojasnil o njegovem zdravstvenem stanju, saj gre pri tovrstnih (predvsem psihotičnih) duševnih motnjah za izrazito moten uvid v bolezen. Če si privoščim nazorno ilustracijo: bolnik mora imeti goste in dolge lase, hkrati pa biti povsem plešast.

Leta 2008 je bilo na oba intenzivna oddelka Psihiatrične bolnišnice Begunje sprejetih 786 bolnikov, od teh je sprejemu nasprotovalo le 35 bolnikov! Ne morem si predstavljati, kam bi ob upoštevanju novega zakona sprejeli preostalih 751 bolnikov. Doslej nisimo prejeli nobenega odgovora merodajnih oseb, ki smo jim zastavili to vprašanje.

Tretji razlog, da po ZDZdr sprejem z bolnikovo privolitvijo na intenzivni oddelek ni mogoč, je določba o načrtu zdravljenja (glej prejšnje poglavje). Prostovoljna hospitalizacija je tako po človeški plati kot tudi zaradi boljšega bolnikovega sodelovanja pri zdravljenju bistveno bolj primerna od tiste brez privolitve bolnika, zato vedno skušamo bolnika pregovoriti, da hospitalizacijo sprejme. V tej zvezi moram oceniti opredelitev prostovoljnega sprejema na intenzivni oddelek v ZDZdr kot katastrofalno.

Ker ZDZdr izrazito zmanjšuje možnost bolnišničnega zdravljenja bolnikov z resnimi duševnimi motnjami in v nekaterih primerih tako zdravljenje tudi povsem onemogoči, je do te skupine bolnikov diskriminatoren. Bolnišnično zdravljenje ima za dejavnost, ki je negativna, pred katero je treba bolnike obvarovati, predvsem tiste, ki zaradi duševne spremenjenosti ne zmorejo pravega razumevanja. Če bi pripravljavci zakona razumeli, da je tudi psihiatrično zdravljenje namenjeno izboljševanju zdravja bolnikov in da večina bolnikov to dejavnost sprejema kot tako, ki jim morda lahko koristi, ne bi dopustili nerešljivih zapletov, kot jih opisu-

jem v naslednjem hipotetičnem, a zelo resničnem in vsakodnevnem primeru.

Bolnik z zmerno izraženo demenco po- toži o motečih optičnih halucinacijah, za- radi katerih je v pomembni stiski. Njegovo vedenje ni hudo prizadeto, torej ne ogroža ne drugih ne sebe in tudi ne povzroča hude materialne škode. Ambulantno zdravljenje ni mogoče, ker zaradi pomembnih sočasnih telesnih bolezni zdravnik oceni, da je potreb- no posebej previdno uvajanje psihotropnih zdravil z rednim spremljanjem morebitnih neželenih sopojavov. Bolnik na zdravljenje v psihiatrični bolnišnici pristane ali zanj celo prosi, vendar moramo zaradi prizadetosti spoznavnih funkcij njegovo razumevanje položaja oceniti kot vprašljivo oziroma po- manjkljivo (36. člen, glej zgoraj). Ker je bol- nikova prostorska orientacija pomembno prizadeta, ga ni mogoče zdraviti na oddelku brez posebnega nadzora, saj bi lahko odta- val in se izgubil. Pomanjkljivo razumevanje položaja dopušča samo sprejem brez privoli- tve. Bolnik pa ne izpolnjuje merila ogrožanja sebe, drugih ali materialnih dobrin (39. člen, glej zgoraj), zato tudi ta način sprejema ni mogoč in zdravljenje ni izvedljivo.

Sprejem na zdravljenje brez privolitve na podlagi sklepa sodišča, 40.–52. člen

Postopek sprejema na zdravljenje brez privolitve bolnika je tako zapleten, da v pra- ksi povzroča velike težave. Zaradi njegove obsežnosti ga tu ne povzemam in predla- gam bralcem, da si ga ogledajo v izvirniku. Poskušal sem simulirati postopek in ugo- tovil, da utegne preteči več mesecev, morda tudi pol leta, preden bi bolnik po tem po- stopku prišel do ustreznega zdravljenja. To se tudi dejansko že dogaja. Razlog so zlasti številni zaporedni koraki postopka in možni zapleti pri vročanju pozivov. Kaj tako odla- šanje pomeni za kakovost življenja bolnika in njegovih svojcev, kakšni zapleti se v tem času lahko pojavijo in kako vpliva odlaganje zdravljenja na njegov izid, si ni težko pred- stavljati – še zlasti, ker je tak način spreje- ma predviden za bolnika, ki »...ogroža svo- je življenje ali življenje drugih, huje ogroža

svoje zdravje ali zdravje drugih ali povzroča hudo premoženjsko škodo...«. Predviden je tudi postopek v nujnih primerih, ki utegne zaradi opisanih pomanjkljivosti običajnega postopka povsem prevzeti njegovo mesto.

Nadzorovana obravnava, 80.–90. člen

ZDZdr uvaja nadzorovano obravnavo, ki je kot »zdravljenje v skupnosti« lahko nado- mestilo ali nadaljevanje zdravljenja v bolni- šnici brez bolnikove privolitve. Kadar gre za nadomestilo, vidim nepremostljiv problem v izvedbi nadzorovanja. Pri bolnikih, ki so hospitalizirani brez njihove privolitve, gre najpogosteje za akutne duševne motnje iz skupine psihoz ali motenj razpoloženja. Psi- hiatrična stroka pa ne pozna načina, kako s pomembno stopnjo zanesljivosti preverjati sodelovanje te skupine bolnikov, za katero je značilen pomanjkljiv uvid v bolezen, v pogo- jih ambulantnega zdravljenja. Pa tudi če se ugotovi, da bolnik v nadzorovani obravnavi ne sodeluje, ne bo hospitaliziran brez svoje privolitve, če ne bodo izpolnjena običajna merila za tak sprejem, torej tista, ki veljajo tudi za bolnike zunaj nadzorovane obrav- nave. Odreditev nadzorovane obravnave namesto hospitalnega zdravljenja bo zato večinoma pomenila odložitev učinkovitega zdravljenja, to pa pomeni večjo možnost hu- dih zapletov in slabši izid zdravljenja.

Ocenjujem, da hkrati ZDZdr v 80. členu neupravičeno omejuje pravico do osebne svobode. Omejevanje je dokaj izrazito (npr. zahteva po prebivanju v določenem kraju, 87. člen). Zakon namreč dopušča odreditev nadzorovane obravnave osebi, ki se je v pre- teklosti večkrat zdravila zaradi resne dušev- ne motnje, trenutno (oz. v času odreditve nadzorovane obravnave) pa je lahko brez bolezenskih znakov, sodeluje pri zdravljenju in ne ogroža nikogar. Merila za odreditev nadzorovane obravnave so namreč nasle- dnja:

- »... če so izpolnjeni vsi naslednji pogoji:
- če gre za osebo s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo;
- če se je že zdravila v psihiatrični bolni- šnici brez privolitve;

- če je že ogrožala svoje življenje ali življenje drugih ali če je huje ogrožala svoje zdravje ali zdravje drugih ali povzročila hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim;
- če je ogrožanje iz prejšnje alineje posledica duševne motnje, zaradi katere ima oseba hudo moteno presojo realnosti in sposobnost obvladovati svoje ravnanje in
- če se oseba lahko ustrezno zdravi v domačem okolju.«

Prepričan sem, da neupravičeno omejevanje osebnosti svobode ni bil namen zakonodajalca. Vendar pa je potrebno povsem preprečiti vsako neupravičeno omejevanje osebnosti svobode, ki bi bilo posledica pre malo premišljenih predpisov.

Na organizacijski ravni ni smiselno nalagati izvajanja nadzorovane obravnave (ki je posebna oblika zunajbolnišničnega zdravljenja) bolnišnicam. Tudi ni jasno, zakaj ZDZdr bolnišnicam, ki jim sicer kaže očitno nezaupanje z bistveno večjim obsegom nadzora kot doslej, nalaga novo dolžnost, povezano z omejevanjem človekovih pravic.

Zaključek

Zadnje ponazoritev mojega prepričanja in prepričanja mojih kolegov psihiatrov, da se ZDZdr obnaša glede zdravljenja bolnikov z duševnimi motnjami kot slon v trgovini s porcelanom, namenoma postavljam v zaključek, saj bi bila brez predhodnih pojasnil nepsihiatrom morda težje razumljiva. V 16. členu zakon namreč pravi: »Sprejemni zdravnik v psihiatrični bolnišnici ..., ki osebo sprejme v obravnavo ..., osebo ustno in pisno pouči o njenih pravicah, ki jih ima po tem zakonu.« Seveda je dobro, če ljudje poznajo svoje pravice – tako na tem kot na drugih področjih. Problem je v kontekstu. Zdravnik se bo z bolnikom, ki ima zaradi psihotične motnje pomembno moten stik z realnostjo, dolgo in potrpežljivo pogovarjal, se življal v njegov način razmišljanja in tako skušal pridobiti njegov pristanek za zdravljenje v bolnišnici. In ko mu bo to morda končno uspelo, bo bolniku prebral njegove pravice... Od kod nam je znana ta sintagma? Seveda, iz ameriških policijskih filmov. Ko partnerja detektiva na koncu filma ujmeta zlikovca,

starejši reče mlajšemu: »Read him his rights and arrest him!« Človek nehote dobi občutek, da je bil namen snovalcev zakona preprečiti ustvarjanje tvornega terapevtskega odnosa med zdravnikom in bolnikom.

ZDZdr prinaša številne spremembe v zdravljenje oseb z duševnimi motnjami. Glavni skupni imenovalec teh sprememb je oviranje ali celo preprečevanje zdravljenja na račun izrazito poudarjene skrbi za ustavne pravice. ZDZdr pa v tem ni konsistenten, saj je zlasti do bolnikov s hudimi duševnimi motnjami diskriminatoren in na nekaterih mestih po vsej verjetnosti ustavne pravice celo krši. Zdravnike postavlja v položaj, ko se bodo morali odločiti med kršitvijo strokovnih in etičnih načel ter kršitvijo zakona. Z izjemo manjšega dela, ki opredeljuje psihosocialno pomoč bolnikom s težjimi duševnimi motnjami zunaj bolnišnice (in ga v tem prispevku ne obravnavam), ZDZdr ne prinaša oprijemljive koristi niti bolnikom niti njihovim svojcem. Stroški v širšem smislu pa so znatni: večja poraba finančnih virov, večja obremenitev obstoječega osebja, predvsem pa oviranje procesa zdravljenja. Razmerje med stroški in koristmi (*angl.* cost-benefit) je tako izrazito na strani stroškov. Nužen je ponoven razmislek o obravnavani temi, ki naj pripelje do spremembe zakonskih določil.

Literatura

1. Zakon o duševnem zdravju. Uradni list RS št. 77/08.
2. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-depressive illness. Oxford: Oxford University Press, 2007. p. 782–3.
3. Juckel G, Uhl I, Padberg F, Bruene M, Winter C. Psychosurgery and deep brain stimulation as ultima ratio treatment for refractory depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2009; 259: 1–7.
4. Helbling J, Ajdacic-Gross V, Lauber C, Weyermann R, Burns T, Roessler W. Attitudes to antipsychotic drugs and their side effects: a comparison between general practitioners and the general population. *BMC Psychiatry* 2006; 6: 42.
5. Ustava Republike Slovenije. Uradni list RS št. 33/91
6. Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list RS št. 9/92
7. Zakon o nepravdnem postopku. Uradni list RS št. 30/86
8. Zakon o pacientovih pravicah. Uradni list. RS št. 15/08
9. Dernovšek MZ, Novak-Grubič V, ur. Priporočila in smernice za uporabo posebnih varovalnih ukrepov v psihiatriji. Ljubljana: Viceversa, 2001.