

Bruno Norcio, Lorenzo Toresini

## EPIDEMIOLOGIJA PRISILNE HOSPITALIZACIJE NA OBMOČJU ALPE-JADRAN

PRELIMINARNA ANALIZA PODATKOV RAZISKAV IZ SLOVENIJE,  
KARANTANIJE IN FURLANIJSKE KRAJINE

### UVOD

Sekcija za spodbujanje duševnega zdravja združenja Alpe-Jadran je bila ustanovljena leta 1989 na mednarodni konferenci v Stazione Marittima v Trstu. Pobudnik je bila skupina psihiatričnih in socialnih delavcev, skupaj s člani različnih združenj prostovoljcev in zainteresiranimi občani Slovenije in območij Celovca in Trsta.

Namen ustanavljanja združenja je bil spodbuditi in podpreti gibanja, ki se zavzemajo za odpravo azilarnih praks na področju duševnega zdravja. Ta namen naj bi dosegli zlasti skozi soočanje skupin z različnim socialnim in antropološkim ozadjem, predstavnikov različnih institucionalnih pristopov in zagovornikov različnih zakonskih opredelitev.

V začetku stoletja so psihiatrični programi (bodisi da so se nanašali na psihiatrične institucije ali na koncepte zdravljenja) v vseh treh območjih izhajali iz skupnega izvora. Ta izvor je bila avstroogrška zdravstvena politika. (Psihiatrična bolnišnica v Trstu, ki so jo odprli leta 1911, je projektirana kot dvojčica dunajske Steinhof.) V drugi polovici stoletja pa so se psihiatrični programi in smernice na omenjenih območjih oblikovali vse bolj različno.

V Italiji so se dogodki, ki so pripeljali do zapiranja psihiatričnih bolnišnic, zvrstili po obdobju ponovne evalvacije subjektivnih pravic psihiatričnih pacientov kot nemočnih subjektov. Reforma zakona o zdravstvu, ki vsebuje tudi reformo na področju psihiatrije, datira iz leta 1978. V zakon so vključene smernice, ki so

jih predlagala že omenjena gibanja, in tako je odobreno postopno zapiranje norišnic. Novi zakon je določil le smernice tega procesa, breme konkretne izpeljave pa je prestavil na regionalne institucije. Poleg tega je novi zakon korenito spremenil kriterije in procedure za prisilne zdravstvene ukrepe (PZU). Kot člana italijanskega dela združenja Alpe-Jadran lahko normative in prakso na področju psihiatrije v Avstriji in Sloveniji le na kratko komentirava. Zadnjo besedo o tem prepušča kolegom iz teh dežel.

Rekli so nama, da so se v Avstriji poglobljali v to, kako je s psihiatrijo, v 70. in 80. letih. Leta 1990 je bil sprejet reformski zakon na področju psihiatrije (*Unterbringungsgesetz*). Kot člana tržaške skupine se čutiva soodgovorna za določene spremembe in izboljšave v avstrijski psihiatriji. Po naši razlagi sta obstajala tako potreba po spremembi psihiatričnih institucij kakor odpor do zamisli o spreminjanju. Prva se je razvila iz nezadovoljivega obsega pacientovih pravic. Na kaj se je opirala opozicija, ne veva. Rezultat prizadevanj obeh skupin je kompromisen zakon, ki ni zadovoljil reformskih prizadevanj.

Zvedela sva, da obstaja v Avstriji kar močno in vplivno neodvisno gibanje skupin, ki imajo interese na področju psihiatrije. Kaže, da je to gibanje povezano tudi z najboljšim delom Katoliškega gibanja. Verjetno vzpostavlja psihiatričnim institucijam alternativno mrežo, čeprav na majhnem območju.

Kar se tiče Slovenije, italijanski opazovalci ne razumemo popolnoma pravega pomena

psihiatrične reforme iz leta 1986. Ne poznamo prejšnjih zakonov in manjka nam informacij o strukturnih podrobnostih socialne, ekonomske in antropološke realnosti v Republiki Sloveniji. Misliiva, da je zakon iz 1986 leta poskus, čeprav ponesrečen, da bi izboljšali stanje in presegli krizo tradicionalne psihiatrije, ki je vseevropski fenomen.

Po drugi strani najina analiza kaže nova in pomembna dejstva, ki se nanašajo na ponudbo brezplačne in trajne podpore po odpustu iz bolnišnice. Ta dejstva kažejo, da se terapevtski odnos po PZU nadaljuje. Lahko domnevamo, da je to pokazatelj razvite javne, od države podprte socialne psihiatrije, ki je morda dediščina prejšnjih, socialističnih usmeritev v Sloveniji.

Najina raziskava ima za cilj soočanje različnih psihiatričnih modelov, ki naj bi bili iztočnica za skupen pogovor o načinih delovanja v psihiatriji in pravicah pacientov. Najprej bova analizirala in primerjala PZU na treh območjih in različne zakone, ki regulirajo postopek. Potem bova analizirala naravo odnosa različnih družbenih kultur na omenjenih območjih do fenomena marginalizacije.

Popolnoma se zavedava preliminarne narave te raziskave, saj kljub uporabi kriterijev za soočanje ostajajo težave zaradi razlik v zakonodaji, v t. i. "načinu dela" in v strokovnem pristopu k psihiatričnemu zdravljenju.

Kljub temu v tej raziskavi predstavlja primerjavo med konkretnimi podatki in ne med nepotrjenimi aksiomi.

#### METODOLOGIJA RAZISKOVANJA PZU V TREH OBMOČJIH

Prva težava, s katero se srečamo pri analizi zdravljenja "proti volji osebe", je definirati karseda homogene kriterije, ki določajo to vrsto medicinskih posegov na vseh treh območjih. V Italiji je *trattamento sanitario obbligatorio* izjemen poseg, ki naj bi ga se izogibali. Zakon zahteva, da je pred takim posegom napravljeno vse, kar je mogoče, da bi dobili soglasje osebe. Tudi sodnik, ki je uradno pravni varuh osebe, se mora strinjati s PZU. Lahko zavrne nalog za PH, če manjkajo dokazi, da je bilo storjeno vse, kar je mogoče, da bi soglasje dobili.

Avstrijski zakon določa, da morajo biti med PZU zadovoljeni vsi pogoji, ki zagotavljajo državljske pravice osebe. Nimamo podatkov o tem, kako so ti pogoji izpolnjeni. Posredno pridobljene informacije kažejo na to, da na splošno so.

V Sloveniji vse oblike hospitalizacije v psihiatrični ustanovi (tudi če gre za prostovoljno zdravljenje) obravnava ista zakonska odredba, ki govori o prisilni institucionalizaciji. Z drugimi besedami, pri vseh pacientih pravni status izhaja iz dejstva, da se nahajajo na zaprtem oddelku psihiatrične bolnišnice.

V Avstriji in Sloveniji so možni PZU brez zdravljenja. To pomeni, da je oseba lahko hospitalizirana, ne da bi dobivala kakšno specifično terapijo. Če prav razumeva ta pravila, je situacija vsaj paradokсна, vendar formalno legalna.

Torej: želela sva poiskati ali izumiti kriterije, ki ob tako različni zakonodaji vsaj deloma dovoljujejo primerjavo.

PZU smo definirali kot istočasno navzočnost naslednjih treh pogojev:

- 1) Nesoglašanje osebe s hospitalizacijo najmanj 48 ur (in več).
- 2) Omejevanje svobode samoodločanja za več kot 48 ur.
- 3) Možnost, da v postopku hospitalizacije intervenirajo službe, ki vzdržujejo javni red (policija in podobno).

Da bi dobili vzorčno populacijo, ki se jo da primerjati z demografskega vidika (600 do 700 tisoč ljudi) smo izbrali tri območja:

- 1) tri province Furlanije (Trst, Gorico in Pordenone),
- 2) del karantanske regije in
- 3) Ljubljano z okolico.

Za zbiranje podatkov sva iznašla poseben vprašalnik. Bil je v angleščini in je bil različica vprašalnika, ki smo ga uporabljali v Trstu. Pridobljene podatke sva razdelila v tri skupine: sociodemografski del (skupina A); kriteriji v drugi skupini so bili razlogi za zdravljenje: kdo je pripeljal osebo v bolnišnico, družbena motivacija ali merilo, diagnoza po ICD-9 (skupina B); v tretji skupini (skupina C) je bil kriterij način zdravljenja v instituciji: vrsta oddelka, trajanje zdravljenja, postopek zdravljenja, nadaljevanje zdravljenja po odpustu.

Zbrane podatke so najprej analizirali kolegi v Sloveniji in Avstriji, nato pa so nama jih poslali v Trst, kjer je skupina raziskovalcev nadaljevala delo.

## REZULTATI IN DISKUSIJA

Poročala bova o rezultatih, za katere meniva, da so najpomembnejši:

### A) PRVI DEL VPRAŠALNIKA

Podatki, ki se nanašajo na določena območja, so predstavljeni grafično. Uporabila sva homogeno grafično predstavitev.

Vzorci populacije so bili: Ljubljana 700.000; Celovec 600.000; Furlanija 676.000 (tabela 1).

Število PZU na treh območjih v letu 1992 je bilo: Ljubljana 249; Celovec 264; Furlanija 74 (Tr 27, Go 24, Po 8,32) (tabela 2).

Število PH na 100.000 prebivalcev je: Ljubljana 35,42; Celovec 44; Furlanija 10,92 (Tr 10,31, Go 17,25, Po 8,32) (tabela 3).

Očitno je število PH zelo različno razporejeno v Avstriji in Sloveniji na eni strani in v Furlaniji na drugi.

To stanje je posledica zlasti že omenjenih razlik v zakonodaji.

Da bi pojasnila to stanje, je skupina kolegov iz Slovenije navedla, da je resnična situacija naslednja:

18,5% pacientov je sprejetih na lastno željo,

28,6% pacientov soglaša s hospitalizacijo,

15,4% pacientov je indiferentnih,

6,6% odklanja sprejem,

1,3% pacientov se fizično upira sprejemu,

za 28,6% ni podatkov.

Gre za že omenjeno dejstvo, da so v Sloveniji vsi pacienti v akutni duševni stiski sprejeti na zaprti oddelek in so zato vsi prišteti k številu PH.

Ne glede na to pojasnilo ostaja resen problem: dejstvo je, da imajo posamezniki, ki se zavedajo stanja svoje bolezni in prosijo za pomoč z odgovornostjo in zavedanjem, enak pravni status kot tisti, ki so dejansko prisilno hospitalizirani. Gre za zakonsko podprto izgubo pravic vsakogar, ki je sprejet v psihiatrično bolnico. Glede na to zakonsko posebnost je bilo treba izoblikovati kriterij, ki bo ugotovil

resnično število prisilnih hospitalizacij. Tako smo prišli od skupne številke 3.200 na številko 249 PZU, kar je  $6,6 + 1,3 = 7,9\%$  vseh sprejemov v letu 1992.

Avstrijski zakon, ki tudi zakonsko opravičuje obstoj psihiatričnih institucij, razlikuje med pravnim statusom pacienta, ki je prišel v bolnico prostovoljno, in tistega, ki so ga hospitalizirali prisilno.

Poleg zelo jasne razlike v zakonodaji kažejo podatki še na signifikantne razlike v psihiatrični kulturi, kar se nanaša tako na formalno sprejet koncept duševne bolezni kakor posledično tudi na organizacijski model psihiatričnih služb.

Tudi tokrat se nismo mogli izogniti problematični povezavi med zdravjem posameznika in družbenim (javnim) redom. Ravnovesje med družbenimi interesi in pravicami posameznika se je nagibalo na družbeno stran.

O spolu sprejetih oseb rezultati kažejo, da so pri PZU moški bolj zastopani v Italiji (Go 75%, Po 69,5 %) kot v Sloveniji (Lj 44,9%).

O starosti kažejo rezultati homogeno razporeditev na vseh treh področjih. Izjemi sta Celovec pri starostni skupini 25-35 let in Ljubljana v starostni skupini nad 65 let. Kaže, da so v Avstriji PZU usmerjeni v kontrolo mladostnikov, v Sloveniji pa podatki kažejo na probleme socialne varnosti in skrbi za ostarele (tabela 4).

Kar zadeva priseljence, se največ PZU nanaša na priseljence iz bivših jugoslovanskih republik v Ljubljani. Ta podatek govori o večjem duševnem trpljenju med priseljenci in večjem tveganju PZU (tabela 5).

### B) DRUGI DEL VPRAŠALNIKA

Analiza odgovorov o posredniku med pacientom in psihiatrično institucijo (tabela 6) govori o različnih načinih aktivacije mreže psihiatričnih služb. Različni posredniki na treh območjih govorijo o različnih zakonodajah, kulturah in družbenih organizacijah. V Celovcu je posrednik (nekaj več kot 80 PZU) med pacientom v akutni duševni stiski in psihiatrično bolnišnico največkrat policija. V Sloveniji pa je posrednik največkrat pacientova družina (nekaj manj kot 120 hospitalizacij). V prvem primeru (Avstrija) je očitna funkcija služb,

zadolženih za vzdrževanje javnega reda in miru. V drugem primeru (Slovenija) pa lahko domnevamo, da obstaja odnos zaupanja med družinami pacientov in psihiatričnimi ustanovami.

Poglejmo še visoko frekvenco PZU, kadar so posredniki "drugi". "Drugi" pomeni: kdo drug kot policija, nujna medicinska pomoč, bolnišnični zdravnik, privatni psihiater, družina, prijatelji ali sosedje. "Drug" je lahko mimoidoči občan ali kdo, ki bi rad prijavil neprimerno vedenje in tako sproži ukrep PZU.

Glede neposrednega razloga, ki je povzročil akutno duševno stisko in PZU (tabela 7), je v Celovcu izrazit najpogostejši razlog družinski konflikt.

Omenimo še, da so psihiatrični motivi za PZU, kot sta "začetek" ali "ponovitev" akutne duševne stiske, pogosta razloga za PZU. Tako očitno odstopanje in razlika sta lahko nastala zaradi razlik v merilih. Nekateri kolegi mislijo, da v svoji vlogi zdravnika sprejemajo in zdravijo le ljudi z duševno boleznijo in ne ljudi s socialnimi težavami. Iz tega razloga trdijo, ne brez kontroverznega podtona, da so se pri merilih v raziskavi odločili za psihiatrično nologijo, ne da bi upoštevali, da so tudi socialne težave dejavnik bolezni. Do konca raziskave se nam ni posrečilo razčleniti in razčistiti gornjih meril.

Glede diagnoze (tabela 8) pade v oči največje število afektivnih psihoz v Celovcu in Ljubljani, ki so vzrok akutne duševne stiske, zaradi katere je pacient v bolnišnici. To verjetno kaže na družbeno kulturo z močno kontrolo afektivnih izbruhov v Avstriji in Sloveniji (več kot v Furlaniji).

### C) TRETJI DEL VPRAŠALNIKA

#### PROSTOR, V KATEREM POTEKA ZDRAVLJENJE

Izrazita vrha sta Celovec in Ljubljana - zaprti oddelki psihiatrične bolnišnice. Podobna situacija je tudi v Gorici in Pordenonu, kjer imajo zaprte oddelke psihiatričnih služb za diagnozo in zdravljenje (PSDZ) znotraj splošne bolnišnice. Izjema je Trst, kjer se PZU izvajajo na odprtih področnih Centrih za mentalno zdravje in v odprtih oddelkih PSDZ v splošni bolnišnici v Trstu.

#### TRAJANJE ZDRAVLJENJA

Vrha v Celovcu in Ljubljani kažeta na daljše zdravljenje v teh območjih Avstrije in Slovenije kot v Furlaniji. To stanje odraža različne pristope k problemu duševne bolezni in k njenemu institucionalnemu zdravljenju (tabela 9).

#### NAČIN ZDRAVLJENJA

Močnejša pomirjevala najpogosteje uporabljajo v Celovcu, nekaj manj v Furlaniji in najmanj v Ljubljani.

Šibkejša pomirjevala so v večji rabi v Furlaniji kot v Celovcu in Ljubljani.

Antidepresivi se pri PZU uporabljajo zelo malo, kar je razumljivo. Sicer pa se uporabljajo več v Ljubljani kot v Celovcu in v Celovcu več kot v Furlaniji.

Interpretacija teh podatkov je precej zapletena. Kaže, da v Ljubljani med PZU uporabljajo manj nevroleptikov in več antidepresivov kot v drugih dveh regijah. Možen vzrok za to je, da je v tej deželi tudi prostovoljno zdravljenje pravno tretirano kot PZU.

Zanimivo je dejstvo, da je elektrošok tako rekoč izginil kot način zdravljenja (navedena sta le dva primera v Avstriji).

O psihoterapiji podatki niso bili jasni (razlike pri definiranju pojma psihoterapije) (tabela 10).

#### SPREMLJANJE PACIENTOV PO ODPUSTU IZ BOLNIŠNICE

Frekvenc nisva mogli zanesljivo ugotoviti. Zadeva pa postane zanimiva, če se osredotočimo na odstotke (tabela 11).

V Celovcu le 45% primerov po odpustu iz bolnišnice obdrži stik s psihiatričnimi službami. Potem pride na vrsto Furlanija s 85% pacientov, ki ostajajo v stiku s psihiatričnimi službami. Največ pacientov ostaja po odpustu v stiku s terapevti v Ljubljani (kar 94%).

Zgornji podatki ne upoštevajo kvalitete nadaljevalnega odnosa med pacientom in psihiatričnimi službami. O njih smo se pogovarjali in jih interpretirali skupaj s kolegi iz Ljubljane. V Avstriji je dispanzerska psihiatrična služba, kot je videti, organizirana po konceptu zavarovanje-bolezen in temelji na zavarovalniških načrtih. V Sloveniji temelji organizacija dispanzerskih psihiatričnih služb na državnem,

centralnem načrtovanju in podpori. V Italiji organizirajo te službe državne zdravstvene službe (čeprav na drugačen način kot v Sloveniji) in so izraz kulture, ki ima za cilj varovanje zdravja in ne le zdravljenje.

#### SKLEP

Klub temu, da lahko imamo kulture z območja Alpe-Jadran v teoriji za v družbenem smislu podobne zaradi analognih manjšin (kljub različnim političnim usmeritvam) in zaradi zgodovinskega ozadja, ugotavljam, da so se v zadnjih 80 letih zarisale globoke razlike. Tak sklep se ponuja, če izhajamo iz tega, da je psihiatrija pokazatelj družbenih odnosov in spoštovanja pravic tudi najbolj nemočnih posameznikov.

Ne glede na omejitve in preliminarno naravo te raziskave in na potrebo, da se določeni podatki še razčlenijo in potrdijo, smo mnenja,

da je to že začetek. Po našem mnenju je koristno, da smo našli pokazatelj, ki nam govori o tem, kako družba definira pravice svojih državljanov in kako ravna z njimi. To se še zlasti nanaša na pravice bolnikov in, še bolj specifično, na pravice duševno bolnih.

Tu imamo primer uravnoteženja pravic.

Na eni strani je pravica družbe, da se brani pred posamezniki, ki kršijo družbeni red. Na drugi strani je pravica državljana do zdravljenja in varstva. Ta pravica je še toliko pomembnejša v družbah, kjer lahko posameznika kot bolnika žalijo in prizadenejo z družbeno stigmatizacijo.

Dejstvo je, da zakoni in postopki, ki krožijo okoli koncepta duševne bolezni kot družbenega problema, kažejo manj spoštovanja do pravic bolnega državljana kakor tiste prakse, ki zagotavljajo skrb za zdravje kot za posameznika zelo pomembno dobroto.

# Multicentrična raziskava o prisilni hospitalizaciji

Alpe-Jadran 92

Vzorčna populacija

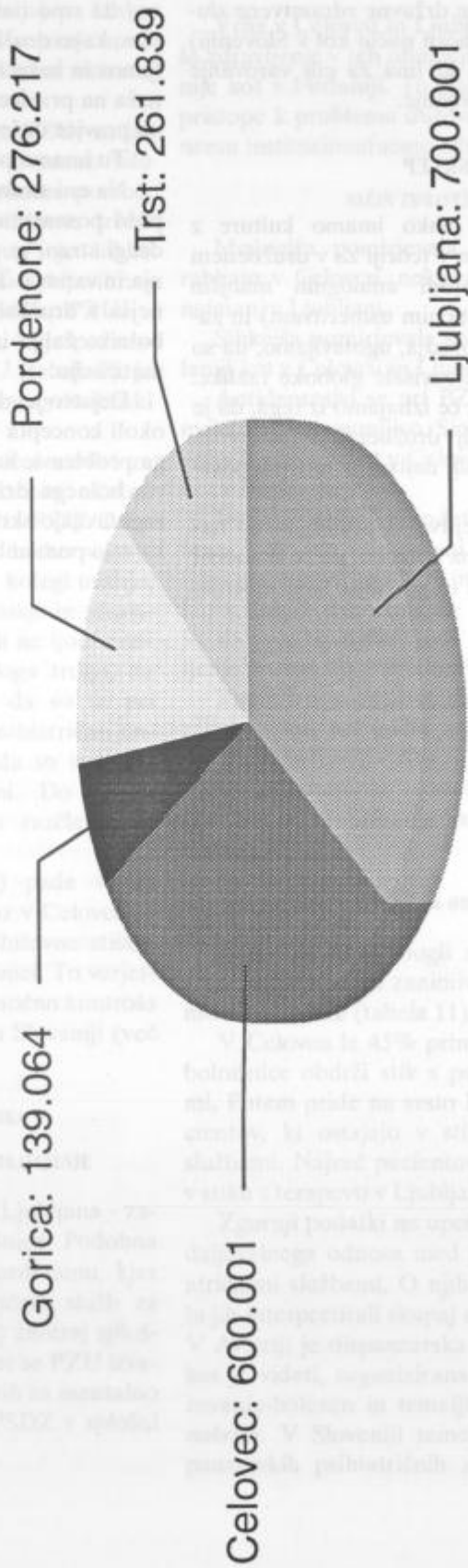
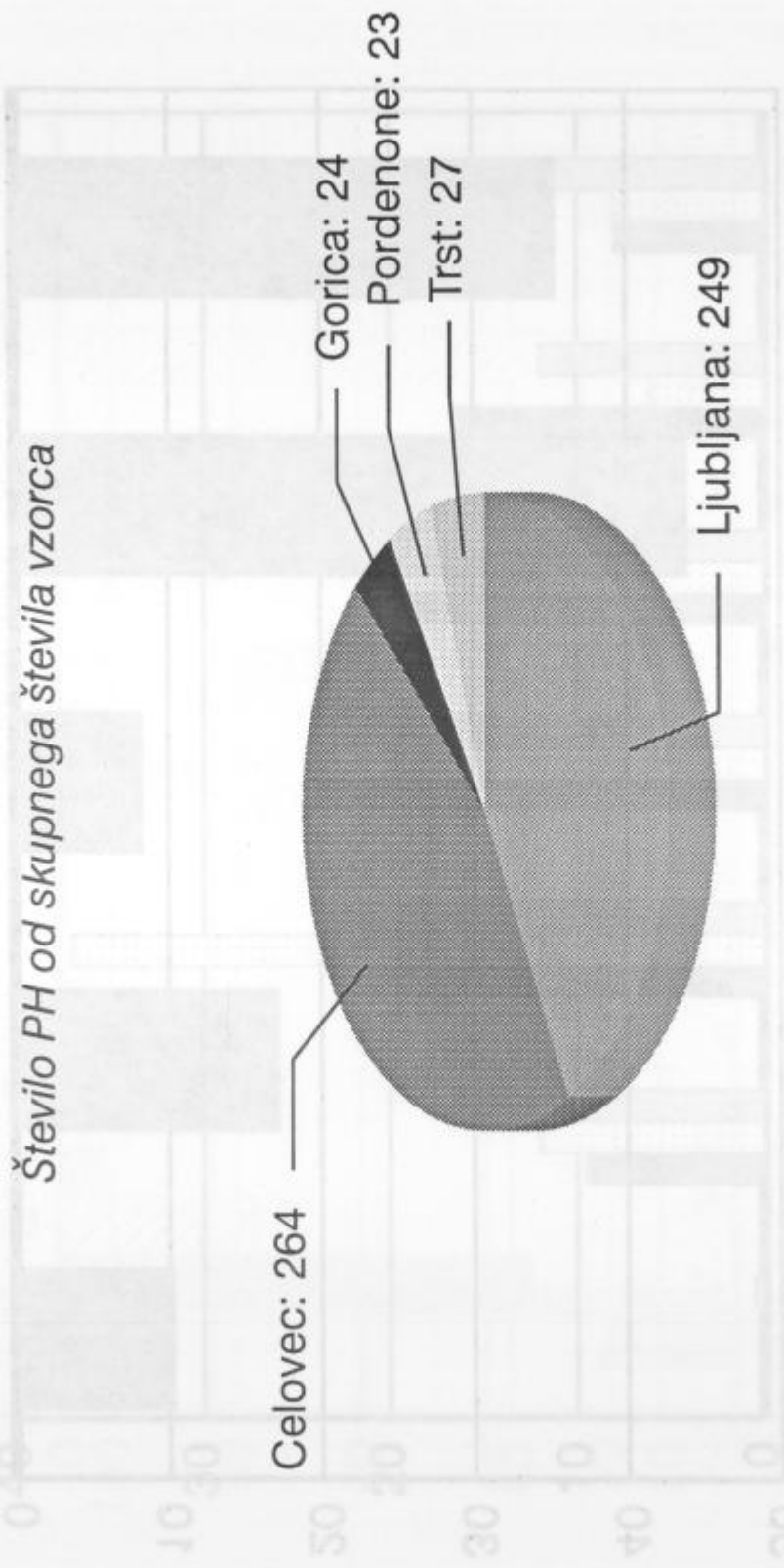


Tabela 1

# Multicentrična raziskava o prisilni hospitalizaciji

Alpe-Jadran 92



Alpe-Jadran 92

Tabela 2

Tr + Go + Po

Ljubljana

Celovec

Trst

Tabela 4

# Multicentrična raziskava o prisilni hospitalizaciji

Alpe-Jadran 92

Število sprejemov (v 100.000)

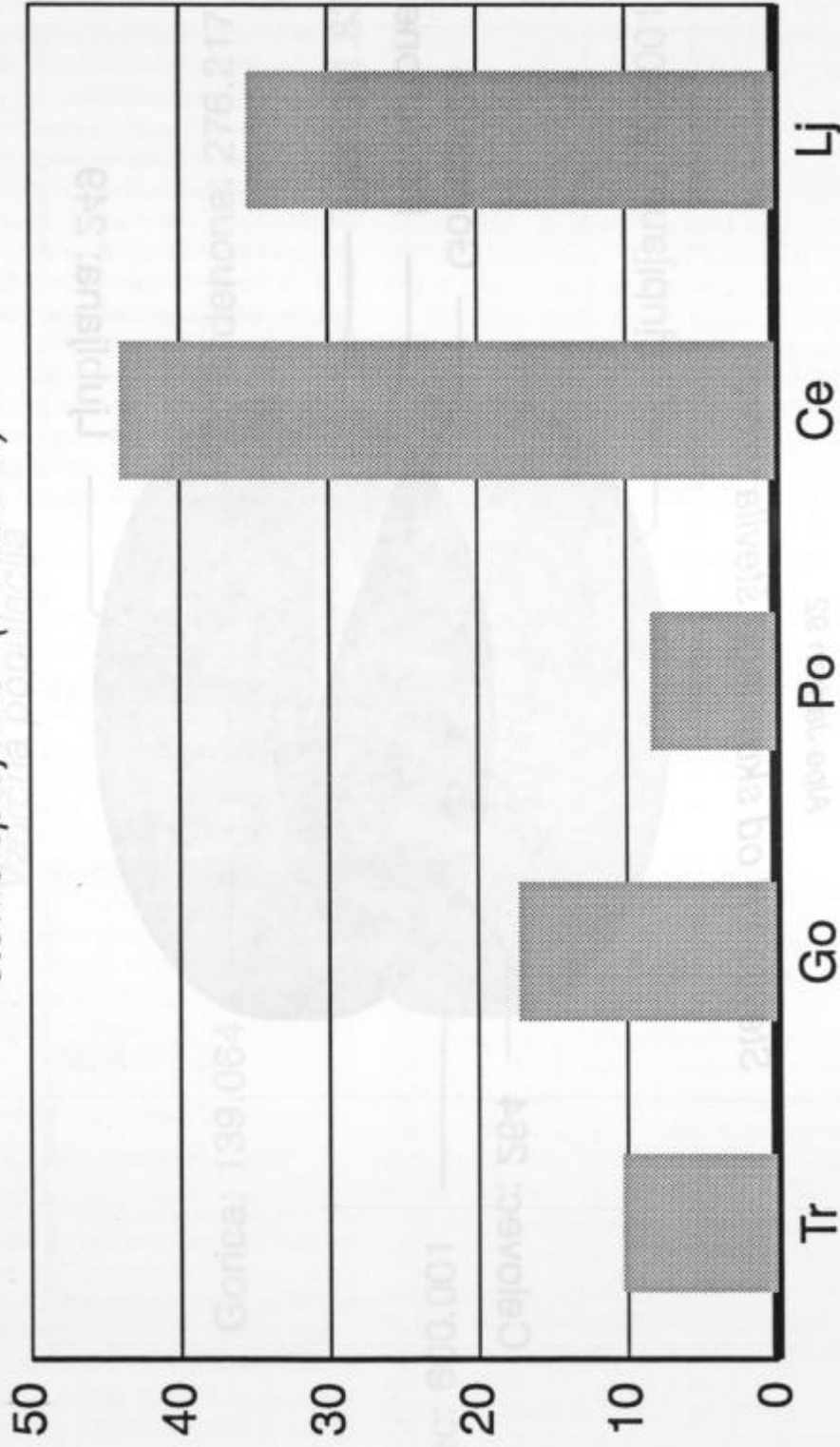


Tabela 3



# Multicentrična raziskava o prisilni hospitalizaciji

Alpe-Jadran 92

Starost v odstotkih

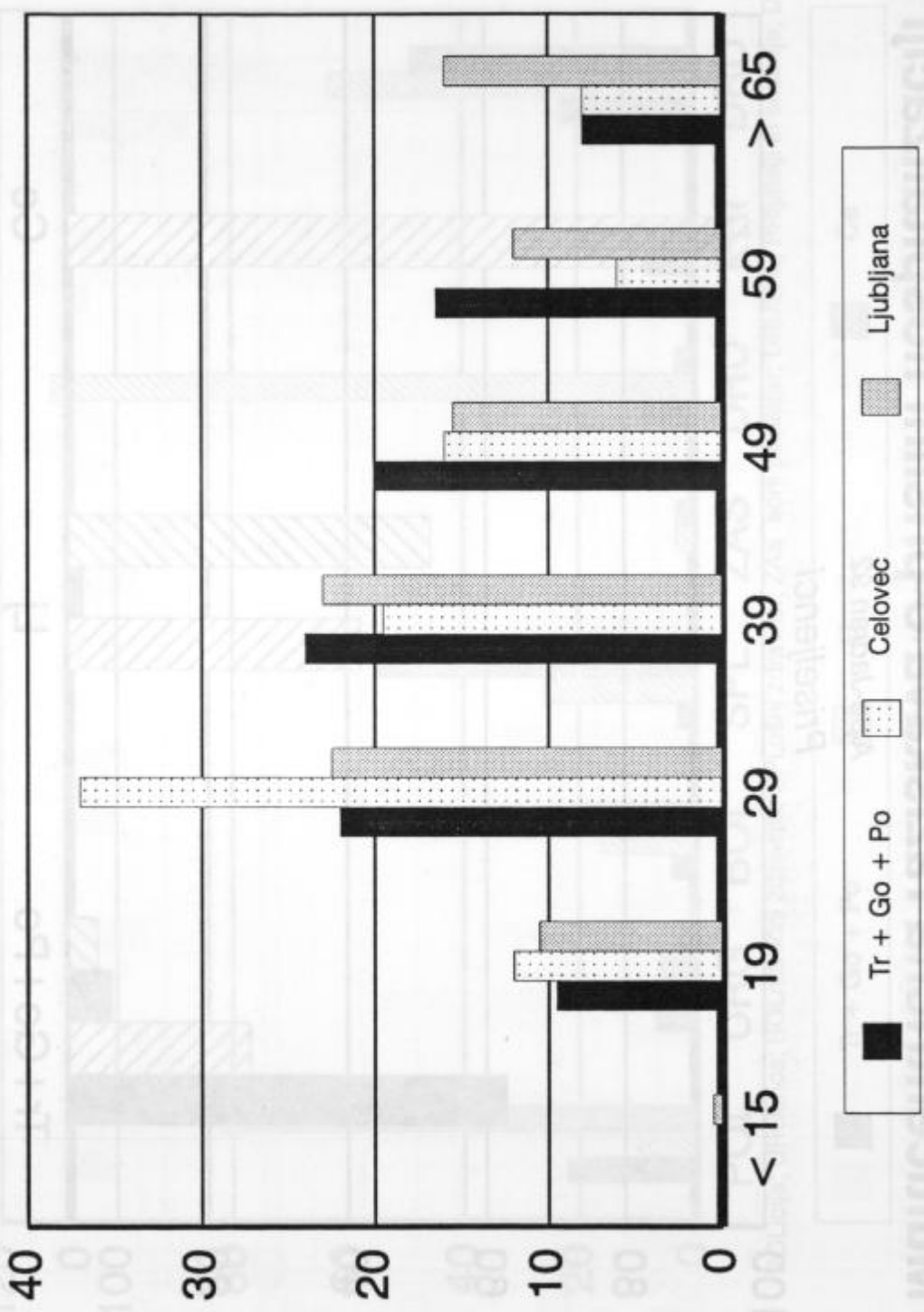


Tabela 4

# Multicentrična raziskava o prisilni hospitalizaciji

Alpe-Jadran 92

Prisejenci

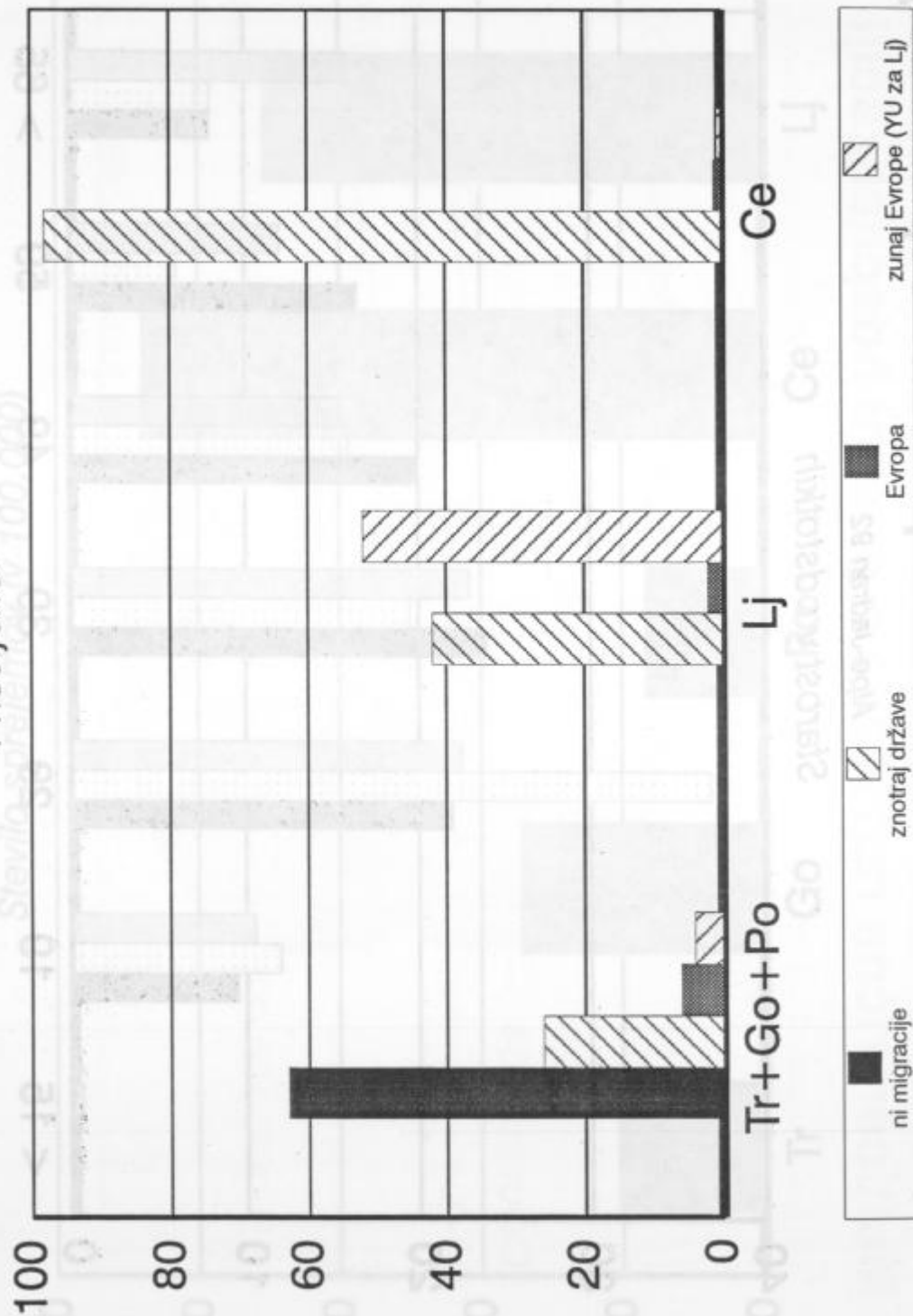
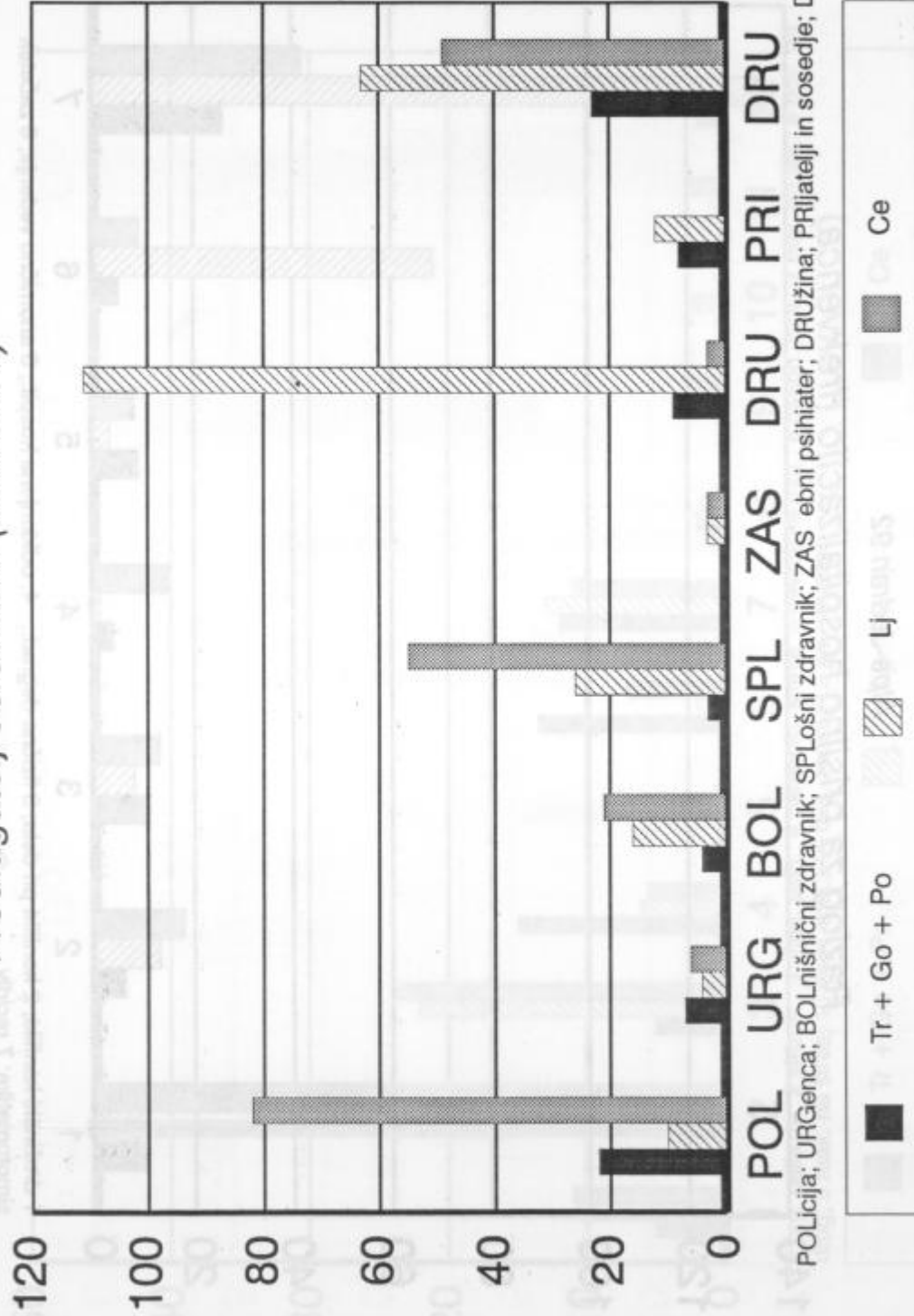


Tabela 5

# Multicentrična raziskava o prisilni hospitalizaciji

Alpe-Jadran 92

Predlagatelj obravnave (frekvenca)



POLicija; URGenca; BOLnišnični zdravnik; SPLošni zdravnik; ZAS ebni psihiater; DRUžina; DRUžitelj in sosodje; DRUgi

Tabela 6

# Multicentrična raziskava o prisilni hospitalizaciji

Alpe-Jadran 92

Razlog za prisilno hospitalizacijo (frekvenca)

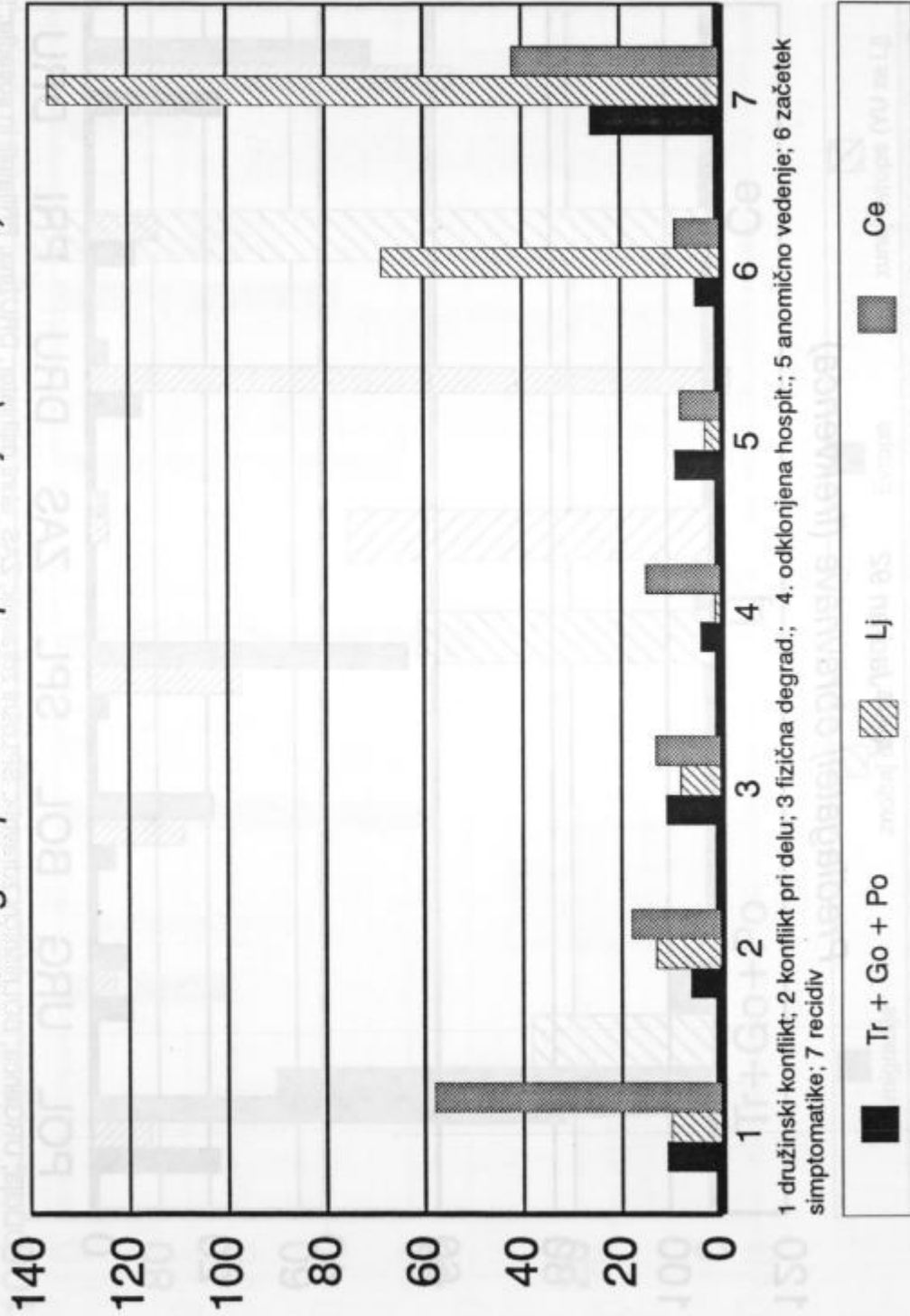


Tabela 7

# Multicentrična raziskava o prisilni hospitalizaciji

Alpe-Jadran 92

Diagnoza po ICD-9 v odstotkih

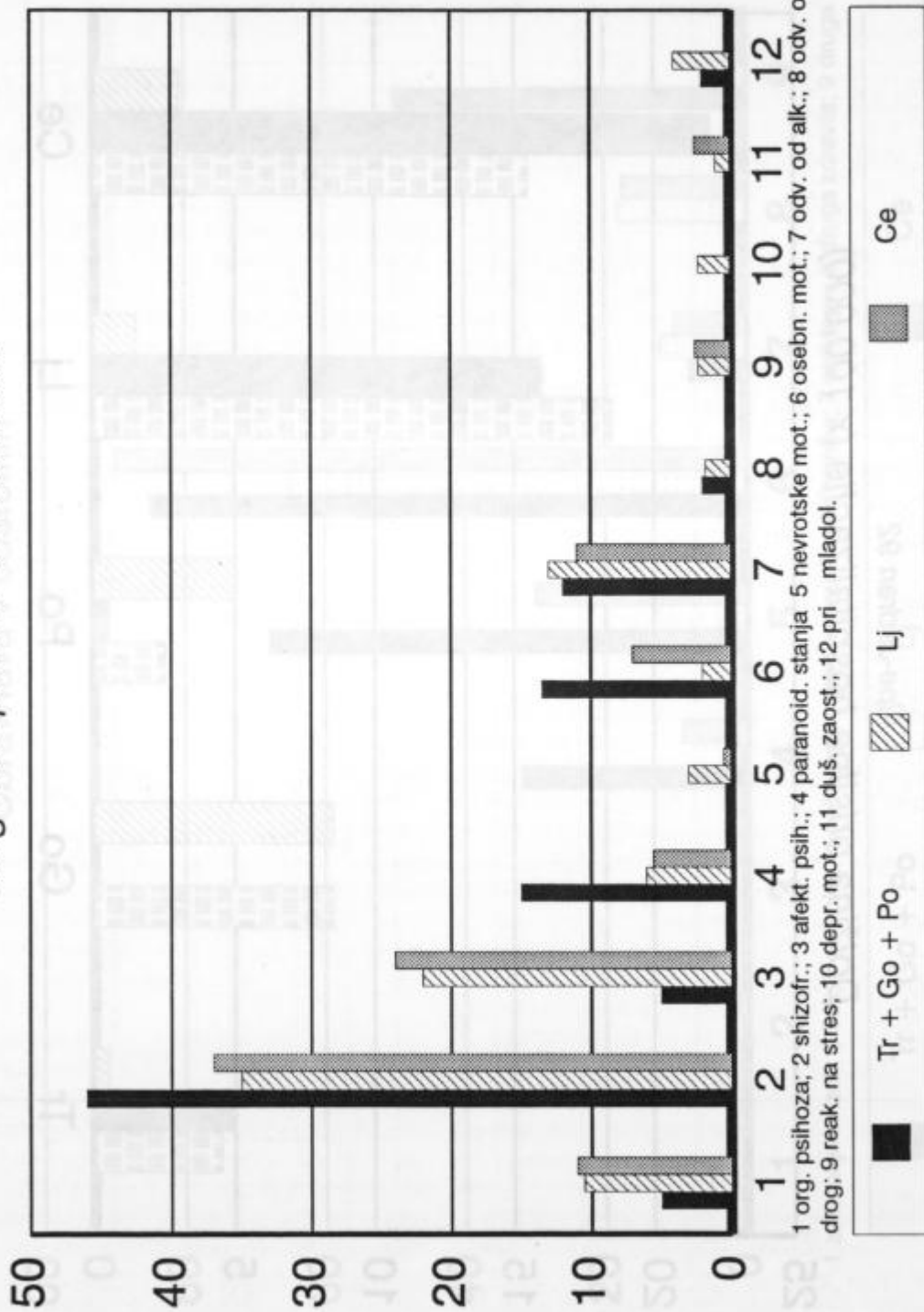


Tabela 8

# Multicentrična raziskava o prisilni hospitalizaciji

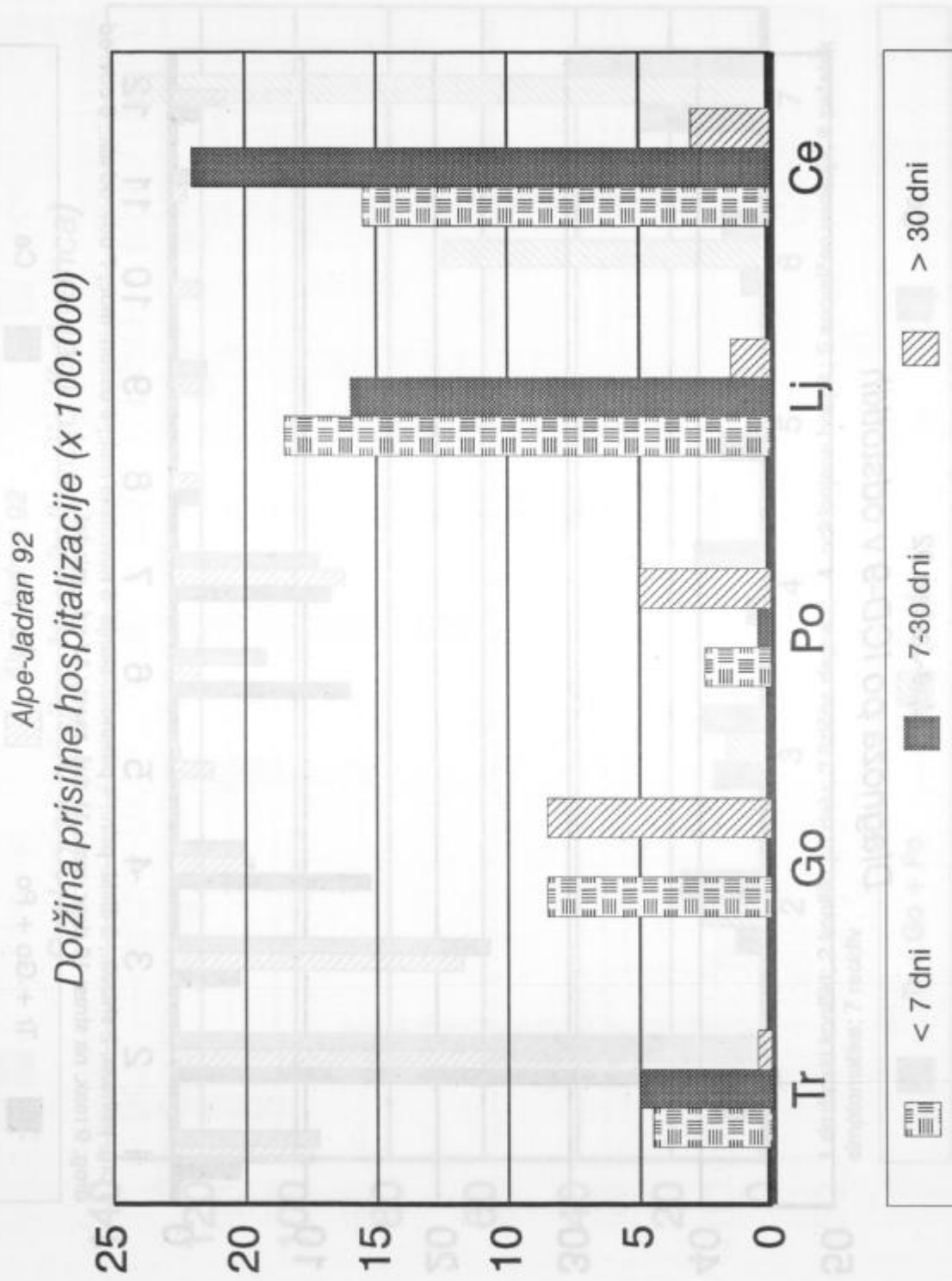
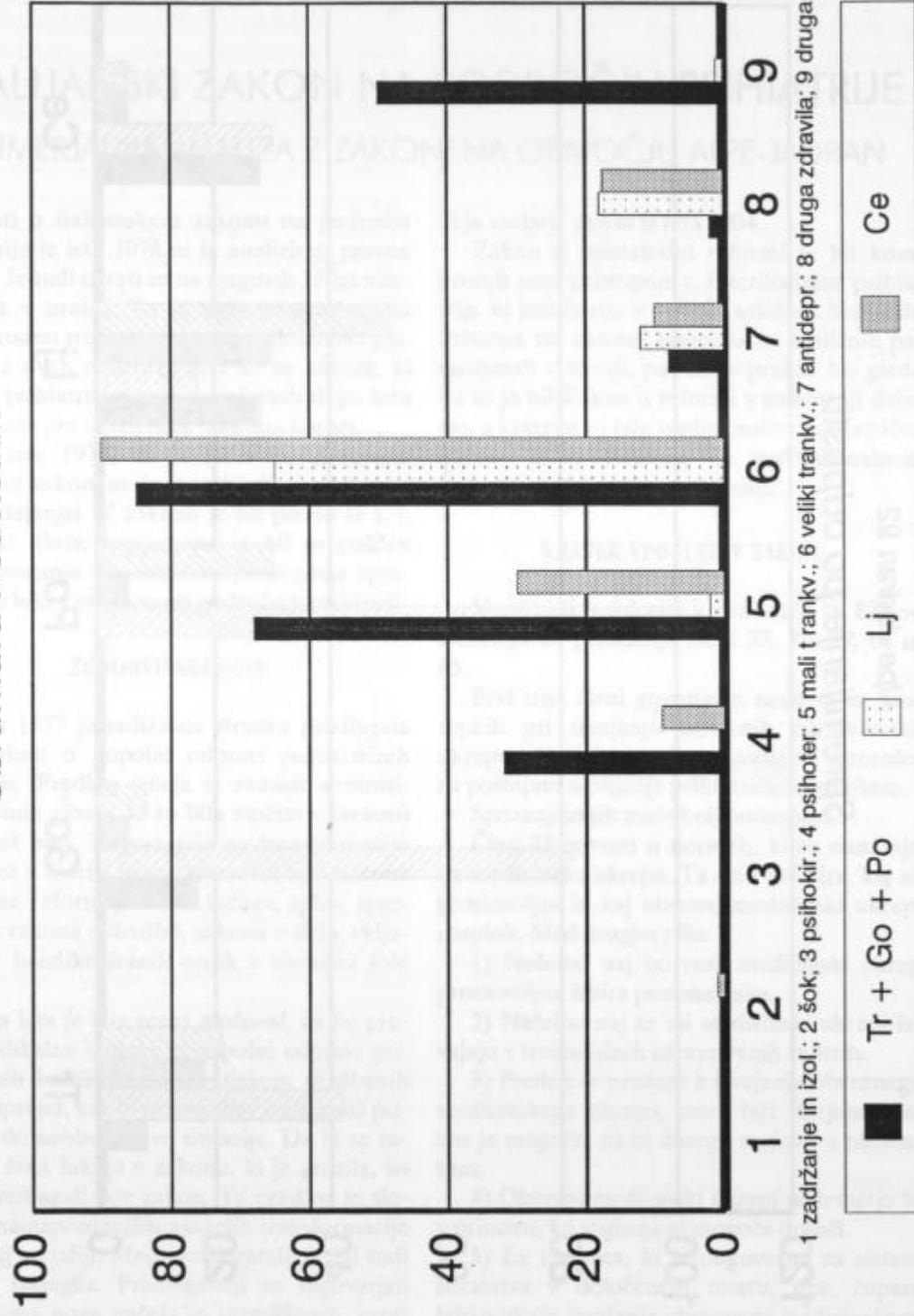


Tabela 9

# Multicentrična raziskava o prisilni hospitalizaciji

Alpe-Jadran 92

Obravnavava v odstotkih



1 zadržanje in izol.; 2 šok; 3 psihokir.; 4 psihoter.; 5 mali t rankv.; 6 veliki tranqv.; 7 antidepr.; 8 druga zdravila; 9 druga ter.

Tabela 10

# Multicentrična raziskava o prisilni hospitalizaciji

Alpe-Jadran 92

Spremljanje po odpustu

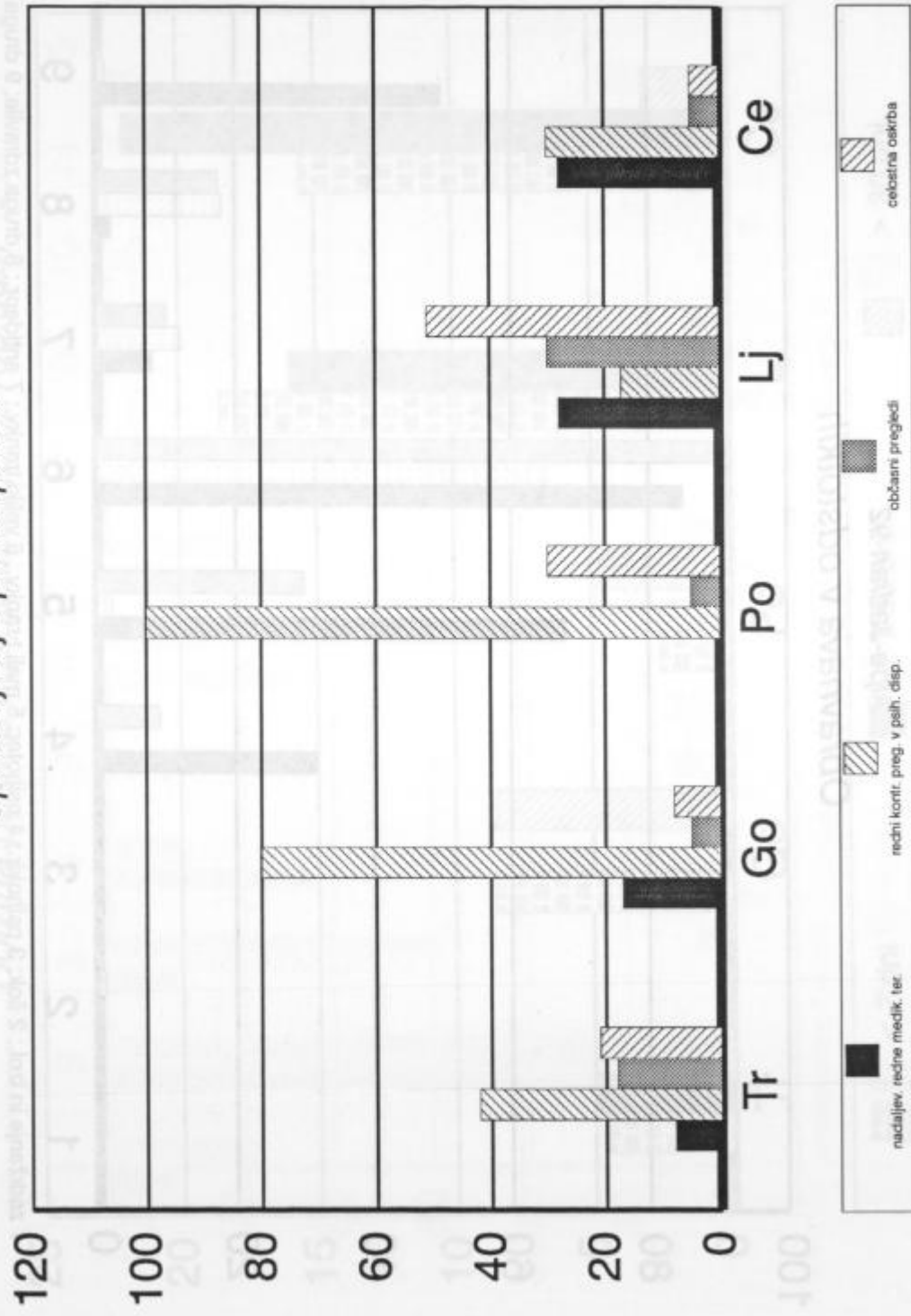


Tabela 11