Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije
SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PSIHIATRIJI

ZBORNIK PRISPEVKOV

ZAKON O DUŠEVNEM ZDRAVJU, ZAKON O PACIENTOVIH PRAVICAH IN MESTO ZDRAVSTVENE NEGE

PSIHIATRIČNA KLINIKA LJUBLJANA

10. APRIL 2009

ZBORNIK PRISPEVKOV

STROKOVNO SREČANJE

ZAKON O DUŠEVNEM ZDRAVJU, ZAKON O PACIENTOVIH PRAVICAH IN MESTO ZDRAVSTVENE NEGE

Psihiatrična klinika Ljubljana , 10. april 2009

Izdala:
ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE
ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE
SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PSIHIATRIJI

Uredila:
BARBARA MOŽGAN

Priprava in tisk:
FORMAT Kranj

April 2009

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616.89(082)
616-083(082)

ZAKON o duševnem zdravju, zakon o pacientovih pravicah in mesto zdravstvene nege : zbornik prispevkov / [uredila Barbara Možgan]. - Ljubljana : Psihiatrična klinika, 2009

ISBN 978-961-91166-7-8
1. Možgan, Barbara
244581376

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije –
Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic
in zdravstvenih tehnikov Slovenije
SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PSIHIATRIJI

ZAKON O DUŠEVNEM ZDRAVJU, ZAKON O PACIENTOVIH PRAVICAH IN MESTO ZDRAVSTVENE NEGE

petek 10. aprila 2009, Psihiatrična klinika Ljubljana

PROGRAM

8.00 - 8.45 Registracija udeležencev
8.45 - 9.00 Pozdravni nagovori organizatorjev
9.00 - 9.45 **Zakon o duševnem zdravju**
prim. Andrej Žmitek, dr. med. spec. psih., PB Begunje
9.55 -10.25 **Vloga zastopnika pacientovih pravic**
Mirjana Becele, univ.dipl.prav., Zastopnica pacientovih pravic za ljubljansko regijo
10.35 -10.55 **Etika v psihiatrični zdravstveni negi**
Ana Ladi Škerbinek; viš.med.ses., prof.ped.

11.00 – 11.20 Odmor

11.20 - 11.40 **Mladostnik in njegove pravice**
Maruša Klanjšek, dipl.med.ses, PK Ljubljana
11.50 - 12.10 **Ko gradimo most med zakoni in prakso (izkušnje iz gerontopsihiatrije)**
Zlata Živic, dipl.med.ses., PK Ljubljana
12.20 – 12.40 **Obravnava oskrbovancev v Posebnih socialnih zavodih, včeraj in danes**
Metka Močnik, dipl.med.ses., spec.psih ZN, Zavod Lukavci

12.40 - 13.30 Odmor

13.30 - 14.15 **Varstvo osebnih podatkov z vidika pacientovih pravic**
Nataša Pirc Musar, univ.dipl.prav., Informacijska pooblaščenka RS
14.25 -14.45 **Etične dileme obravnave pacientov v Psihiatrični klinika v skladu z zakonom o pacientovih pravicah**
Milena Marinič, dipl.med.ses., magistrica prava

15.00 -16.00 **Odgovornost zdravstvenih delavcev v komuniciranju**

mag. Nina Tomažin, Alenka Vidic, Propiar d.o.o.

16.15- 16.30 **Podelitev potrdil in zaključek srečanja**

VSEBINA

4 **VSEBINA**

5 **NEKAJ IZSTOPAJOČIH DEJSTEV PRI DELU V ZDRAVSTVENI NEGI…**
mag. Jožica Peterka Novak

7 **ZAKON O DUŠEVNEM ZDRAVJU**
Prim. Andrej Žmitek, dr.med

13 **VLOGA ZASTOPNIKA PACIENTOVIH PRAVIC PO ZAKONU O PACIENTOVIH PRAVICAH**
Mirjana Becele, univ.dipl.prav

16 **ETIKA V PSIHIATRIČNI ZDRAVSTVENI NEGI**
Ana Ladi Škerbinek, vms,prof.ped.

20 **MLADOSTNIK IN NJEGOVE PRAVICE**
Maruša Klanšek, dipl. med.ses., Irma Antončič,vms, prof.def.

24 **KO GRADIMO MOST MED ZAKONI IN PRAKSO**
Zlata Živič, dipl. med.ses.

35 **OBRAVNAVA OSKRBOVANCEV PSVZ, VČERAJ IN DANES**
Marjeta Močnik, dipl.med.ses., spec.psih ZN

42 **ETIČNE DILEME OBRAVNAVE PACIENTOV V PSIHIATRIČNI KLINIKI LJUBLJANA V SKLADU Z ZAKONOM O PACIENTOVIH PRAVICAH (ZpacP)**
Milena Marinič, dipl.med.ses., magistrica prava

49 **ODGOVORNOST ZDRAVSTVENIH DELAVCEV V KOMUNICIRANJU**
mag. Nina Tomažin, Alenka Vidic

55 **ZAHVALE**

OP. U.: Za strokovnost odgovarjajo avtorji prispevkov
Prispevki niso lektorirani.

NEKAJ IZSTOPAJOČIH DEJSTEV PRI DELU V ZDRAVSTVENI NEGI…

mag. Jožica Peterka Novak
članica IO Sekcije MS in ZT v psihiatriji
v.d. pomočnice strokovne direktorice za zdravstveno nego

Smisel in vsebina zaposlenih v zdravstveni negi je poleg izpolnjevanja zahtev stroke tudi izpolnjevanje pričakovanj bolnikov in svojcev. Dober medsebojni odnos je pomemben za utrjevanje zaupanja v delo zaposlenih in v strokovnost pri delu. Za dobro počutje bolnikov in svojcev pa je pomembno usklajeno strokovno delovanje zaposlenih. Zadovoljstvo bolnikov in svojcev prispeva k doseganju ciljev, ki si jih pri delu zastavljamo in jih vsaka uspešna bolnišnica želi doseči. Bolnišnično okolje je manj znan in nedružinski prostor za bolnike in svojce. Strah ob bolezni in dejstvo, da je izvzet iz znanega, domačega okolja, jih dela zelo ranljive. Uniformirano bolnišnično okolje s poklicnimi in strokovnimi pravili pa jih postavlja v podrejen položaj. Pomembno je, da vzpostavljanje odnosa poteka usklajeno in dovolj počasi. Na ta način je manjša možnost za nastanek težav na začetku hospitalizacije, ki lahko slabšajo nadaljevanje odnosa med hospitalizacijo. Čeprav se pojavijo nasprotujoča si mnenja in pride do konfliktov, je potrebno vedeti, da je za uspešno nadaljevanje odnosa (tudi odnosa med medicinsko sestro, zdravstvenim tehnikom in starši) potrebno ne samo izogibanje konfliktom, pač pa ustrezno reševanje le-teh.

V primeru reševanja posameznikovih težav je potrebno vključiti veliko znanja in moči, pa tudi primerno mera razumevanja in sočutja. Na voljo imamo besede, ki so poleg osebnosti sodelujočih in primernega prostora za delo, najpomembnejše orodje, ki ga ima posamezni terapevt v rokah. Kot enega pomembnejših pozitivnih dejavnikov v okolju pa različni strokovnjaki omenjajo socialno oporo, s tem pa imajo v mislih navzočnost oseb, ki nudijo pomoč oziroma se na njih pacienti obračajo, ko pomoč potrebujejo.

V obravnavi lahko poteka sodelovanje na osnovi kreativnega in neposrednega dialoga drug z drugim. Brez takega odnosa ne bi bilo možno organizirati preverjanja pacientove moči, znanja niti novih spoznanj za obe vpleteni strani. Z ustreznim dialogom omogočimo boljši stik med strokovnim delavcem, pacientom in drugimi institucijami, ki delujejo v obravnavi.

Iz izkušenj, s področja prakse dela s pacienti lahko zanesljivo trdim, da se primernega dialoga za delo z ljudmi lahko naučimo, kar je potrebno vaditi. Ne gre brez vdanega poslušanja, dopuščanja sodelovanja pacienta v pogovoru. Potrebno je upoštevati vse zahteve dobre komunikacije, pa vendar uporabljati jezik, ki bo pacientu blizu, da ga bo razumel in prevedel v sebi razumljiv jezik. Če se izražamo preveč učeno, potem težko sledi pogovoru, počuti se manj vrednega in nesposobnega za sodelovanje v pogovoru. Zaradi tega se nadaljnjih pogovorov lahko tudi izogiba, saj mu namesto občutka enakovrednega sogovornika lahko dajemo vtis občutkov manjvrednosti. Dobro je, da poskrbimo za primeren prostor, v katerega drugi v času pogovora ne vstopajo; za dovolj dolg pogovor (če damo vtis, da se nam mudi, bo razočaran in se morda naslednjič ne bo želel več srečati z nami, če pa pogovora ne končamo v primernem času, bo utrujen in izčrpan, naslednjega pogovora pa se bo izogibal, če smo ga spravljali v neprijeten položaj). Dialog, ki je pogoj za dobro sodelovanje zahteva veliko znanja s področja komunikacije in strokovnega znanja.

Ves čas mora posameznik dobivati sporočila s strani sodelujočih v procesu rehabilitacije, da smo skupaj ustvarili pogoje, v katerih bodo lahko odkrili svojo moč, vrednost, pravice in obveznosti, ki jih bodo morali izpolniti, da poiščejo tisto, kar so v preteklosti izgubili in kar je vredno truda njega, družine in sodelujočih strokovnjakov.

Danes je že povsem jasno, da prisotnost in skrb svojcev v bolnišnici prispeva k hitrejšemu in lažjemu okrevanju. Tudi zdravstvena nega in vzgoja v času zdravljenja in po njem, svojce upoštevata kot

pomemben element. Osnovno dejstvo, da se pacient počuti varneje in bolje v prisotnosti svojcev, je postalo izhodišče pri načrtovanju dela, izobraževanja, časa, bolnišničnih prostorov itd. S takim načinom dela pa se pojavijo dodatne stiske, dvomi, izzivi. Na obeh straneh so potrebne spretnosti, ki zadostijo različnim potrebam in željam vseh vpletenih, različnim razumevanjem in pričakovanjem. Nujno potrebno je načrtovanje potrebnega časa za sodelovanje na način, kot ga predvideva zakonodaja.

Vsak od udeležencev vnese v dinamiko odnosov svoj del. Norme in pravila kažejo pričakovanja in zahteve posameznika, glede na situacijo in vlogo, ki jo v odnosu ima. Posameznik, ki deluje v skladu s pravili in normami, lahko pričakuje zanj ugodne rezultate, medtem ko delovanje v nasprotju s tem, privede do nezadovoljstva, skupina ali posamezniki pa tako nesodelovanje odklanjamo.

Diagnostični kriterij za ugotavljanje kvalitete odnosa v skupini ljudi je tudi čustveno in psihosocialno ozračje. Kadar se, po mnenju strokovnjakov, v skupini izraža občutek angažiranosti, solidarnosti, pripadnosti, kolektivne pomoči in splošnega zadovoljstva samega s seboj in s skupino, lahko govorimo o dobri čustveni klimi. Ravno ta pa je izrednega pomena, da se pacienti, svojci in seveda tudi zdravstveni delavci, po prvih začetnih dogodkih ob sprejemu v bolnišnico in na oddelek, dobro počutijo, se vživijo v življenje na oddelku in v odnose, ki vladajo na njem. (Prisotnost velikih psihosocialnih obremenitev in stresov pri zdravstvenih delavcih se lahko kaže tudi kot neprijaznost, nestrpnost ipd. Podobno velja za paciente in svojce, ki ob bolezni stisko in strah izražajo tudi z velikimi zahtevami in kritičnim odnosom do zaposlenih.)

Želja in sposobnost za ustvarjanje pozitivnega ozračja v bolnišnici izhajata iz lastnih prepričanj in čustvenih stanj, ki jih potem bolj ali manj (ne)uspešno prenašamo na vse vpletene. Razumljivo, preprosto, spoštljivo govorjenje in dobro poznavanje problematike, gradi strokovno samozavest in utrdi zaupanje pacientov in svojcev. Osnovno pravilo pri delu je, da govorimo o stvareh, ki jih obvladamo in o katerih lahko, na preprost in razumljiv način. S tem si pridobimo pogum za sodelovanje, samozavest za opisovanje in interpretacijo vedenja in zdravstvenega stanja pacienta.

Pri tem za zakonodaja včasih pomaga, včasih pa tudi ne……

ZAKON O DUŠEVNEM ZDRAVJU

Prim. Andrej Žmitek, dr. med.
Psihiatrična bolnišnica Begunje

UVOD

Razprava o Zakonu o duševnem zdravju (1) nas lahko 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 nedvomno jasno, da so duševne motnje nesporno 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 zveze s konkretnimi situacijami, temu ni tako.

Kot utemeljitev naj navedem tri primere. Prvi: elektrokonvulzivno zdravljenje duševnih motenj, torej zdravilno delovanje s šibkim električnim tokom na možgansko tkivo, sodi po določbah Zakona o duševnem zdravju 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 elektrokonverzija srčnega ritma zdravilno delovanje z električnim tokom na prevodno tkivo srca, a za razliko od elektrokonvulzivnega zdravljenja ne sodi med posebne metode zdravljenja in sploh ni predmet posebne pravne regulacije, ampak zgolj medicinske doktrine.

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 Zakona o duševnem zdravju 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 ne reagirajo na druge načine zdravljenja. Zanimivo je, da zdravljenje trdovratnih oblik epilepsije z operativnim posegom na možganih ni prepovedano, še več, sploh ni posebej regulirano z zakonom, ampak 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 regulacije.

Takšna dvojna merila je res težko razumeti. Razlog zanje morda tiči v dejstvu, da imajo odločilno vlogo pri sestavljanju predpisov 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 npr. v interni medicini in je v Zakonu o duševnem zdravju uvrščena med posebne metode zdravljenja, ki se smejo uporabljati le izjemoma (kar ne velja za uporabo v npr. interni medicini). V tej zvezi je pred nekaj meseci zdravnik, visok 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 regulacije, saj bolnika ne zdravijo, ampak ga le pomirjajo. Razumem, da pri današnjem obsegu znanja v medicini verjetno nihče ne more biti na tekočem s terapevtiko vseh specialnosti; 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 28. 7. 2008 v Uradnem listu objavljen Zakon o duševnem zdravju (karkoli že ta naslov pomeni) in je začel veljati petnajst dni po objavi, uporabljati pa se ga začne eno leto po uveljavitvi, torej sredi avgusta 2009. Razlog za enoletni odlog pričetka uporabe je v obsežnosti sprememb, ki jih Zakon uvaja, in ki pač zahtevajo čas za

udejanjenje v praksi. Zakon ima dva vsebinska dela. Prvi, bistveno daljši, pokriva pretežno ukrepe, ki se izvajajo brez privolitve bolnika z duševno motnjo. Drugi del opredeljuje izvajanje pomoči bolnikom, ki ne potrebujejo več zdravljenja v psihiatrični bolnišnici, pač pa pomoč pri psihosocialni rehabilitaciji in drugih pomembnih opravilih; tega dela v članku ne obravnavam.

Dosedanja zakonska ureditev ukrepov, ki se izvajajo brez privolitve bolnika z duševno motnjo

Zakaj je taka ureditev sploh potrebna? Načelno je v medicini mogoče izvajati le tiste ukrepe, na katere bolnik po pojasnilu pristane. Obstajajo pa izjeme od tega pravila. Tako bodo npr. na kirurgiji hospitalizirali in zdravili bolnika z resno poškodbo glave, čeprav se ta npr. zaradi motene zavesti ne zaveda svojega stanja in želi oditi domov. Ker pa je pravica do osebne svobode zagotovljena z Ustavo (2), je treba vse oblike omejevanja te pravice urediti z zakoni.

Ukrepe, ki se izvajajo brez privolitve bolnika z duševno motnjo, sta doslej pokrivala dva zakona: Zakon o zdravstveni dejavnosti (3), člen 49 in Zakon o nepravdnem postopku, členi 70 – 81 (4). Navedeni členi opredeljujejo predvsem hospitalizacijo brez privolitve bolnika. Tako bistveni del člena 49 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 odreja sodno kontrolo upravičenosti take hospitalizacije: “V postopku o pridržanju oseb v psihiatričnih zdravstvenih organizacijah… odloča sodišče o pridržanju osebe v zdravstveni organizaciji v zaprtem oddelku, če je zaradi narave duševne bolezni… nujno potrebno, da se ji omeji svoboda gibanja ali preprečijo stiki z zunanjim svetom, ker ogroža svoje življenje ali življenje drugih ljudi, ali povzroča hudo škodo sebi ali drugim.” Ta zakon v nadaljevanju sodno kontrolo podrobneje določi.

Novi zakon dokaj podobno dosedanji opredelitvi navede osnovne pogoje hospitalizacije brez privolitve bolnika: »Zdravljenje osebe v oddelku pod posebnim nadzorom brez njene privolitve je dopustno, če so izpolnjeni vsi naslednji pogoji:
– če 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 in
– če navedenih vzrokov in ogrožanja iz prve in druge alineje tega odstavka ni mogoče odvrniti z drugimi oblikami pomoči (z zdravljenjem v psihiatrični bolnišnici izven oddelka pod posebnim nadzorom, z ambulantnim zdravljenjem ali z nadzorovano obravnavo).« S tem pa so podobnosti med dosedanjo in novo zakonodajo v veliki meri izčrpane. V nadaljevanju bo govora o razlikah.

Novosti, ki jih prinaša Zakon o duševnem zdravju

Razlika, ki jo opazimo že na prvi pogled, je v fizičnem obsegu. Medtem ko je ukrepe, ki se izvajajo brez privolitve bolnika z duševno motnjo, doslej obravnavalo skupaj 12 členov, jih po novem 107. Povečan obseg gre tako na račun bistveno bolj podrobnih določb dosedanjih ukrepov kot tudi uvedbe povsem novih, pa tudi na račun uvedbe drugačnih, bistveno bolj zahtevnih pravnih postopkov in celo novih delovnih mest oz. funkcij. Številni roki so nerazumno kratki, npr.: »Sprejemni zdravnik obvesti najbližjo osebo, zakonitega zastopnika in zastopnika o sprejemu osebe v oddelek pod posebnim nadzorom, in sicer v štirih urah od sprejema. O zadržanju osebe sprejemni zdravnik v štirih urah pisno obvesti direktorja psihiatrične bolnišnice. Direktor psihiatrične bolnišnice o sprejemu iz prejšnjega člena takoj obvesti pristojno sodišče.« Takoj so očitne tudi dokaj visoke kazni, zagrožene tako bolnišnici kot posamezniku, ki bi zakon kršila. Dober pregled nad novostmi je seveda mogoče dobiti le z branjem Zakona o duševnem zdravju. V nadaljevanju posebej, a v zelo skrajšani obliki izpostavljam le nekaj najpomembnejših novosti.

Pravica do zastopnika (členi 23 – 28)

Kratek povzetek določb: V postopkih obravnave v oddelku pod posebnim nadzorom, v varovanem oddelku in v nadzorovani obravnavi ima bolnik pravico do zastopnika. Zastopnik opravlja predvsem naslednje naloge:
– bolnika informira o vsebini njegovih pravic, načinih in možnostih njihovega uveljavljanja,
– daje konkretne usmeritve za uveljavljanje teh pravic in predlaga možne rešitve,
– svetuje osebi glede uveljavljanja pravic,
– prizadeva si za spoštovanje pravic in zasebnosti bolnika,
– preverja, ali se za bolnika vodi evidenca o omejevanju pravic, evidenca o uporabi posebnih varovalnih ukrepov in evidenca o zdravljenju s posebnimi metodami zdravljenja.
Zastopnik v okviru teh nalog spoštuje želje bolnika, če te za bolnika niso škodljive.

Komentar: Tu gre za povsem novo delovno mesto oz. funkcijo. Očitno je, da je bistvo te funkcije dodatna pomoč bolniku proti domnevni samovolji bolnišnice oz. zdravstvenih delavcev. Glede na svoje osnovno poslanstvo bodo zdravstveni delavci verjetno težko razumeli in sprejeli ta del zakona.

Posebni varovalni ukrepi (člen 29)

Kratek povzetek določb: Posebni varovalni ukrep je nujen ukrep, ki se ga uporabi zaradi omogočanja zdravljenja bolnika ali zaradi odprave oziroma obvladovanja nevarnega vedenja bolnika, kadar je ogroženo njegovo življenje ali življenje drugih, huje ogroženo njegovo zdravje ali zdravje drugih ali z njim povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim in ogrožanja ni mogoče preprečiti z drugim, blažjim ukrepom. Uporablja se v oddelkih pod posebnim nadzorom (to so intenzivni oddelki psihiatričnih bolnišnic) in varovanih oddelkih (varovani oddelki v socialno varstvenih zavodih). Gre za telesno oviranje s pasovi in omejitev gibanja znotraj enega prostora. Uporabi se le izjemoma in lahko traja le toliko časa, kolikor je nujno potrebno glede na razlog njegove uvedbe, pri čemer posebni varovalni ukrep telesnega oviranja s pasovi ne sme trajati več kot štiri ure, posebni varovalni ukrep omejitve svobode gibanja znotraj enega prostora pa ne več kot 12 ur. Po preteku navedenega obdobja zdravnik preveri utemeljenost ponovne uvedbe posebnega varovalnega ukrepa.
Bolnika, pri katerem je bil uporabljen poseben varovalni ukrep, se nadzoruje, spremlja njegove vitalne funkcije in strokovno obravnava ves čas trajanja posebnega varovalnega ukrepa. O izvajanju posebnega varovalnega ukrepa se v zdravstveno dokumentacijo vpišejo natančni podatki o razlogu, namenu, trajanju in nadzoru nad izvajanjem ukrepa. O izvajanju posebnih varovalnih ukrepov psihiatrične bolnišnice in socialno varstveni zavodi vodijo evidenco.
O odreditvi in izvedbi posebnega varovalnega ukrepa zdravnik, ki tak ukrep odredi, najkasneje v 12 urah od odreditve ukrepa pisno obvesti direktorja psihiatrične bolnišnice oziroma socialno varstvenega zavoda, najbližjo osebo, odvetnika in zastopnika. Glede mladoletnika ali polnoletne osebe, ki ji je odvzeta poslovna sposobnost, se obvesti tudi zakonitega zastopnika.
Če zdravnik ob bolniku ni prisoten, lahko posebni varovalni ukrep uvede tudi drug zdravstveni delavec, vendar o tem takoj obvesti zdravnika, ki brez odlašanja odloči o utemeljenosti uvedbe ukrepa. Če zdravnik ukrepa ne odredi, se izvajanje ukrepa takoj opusti. Zdravstveni delavec o obvestilu zdravnika napravi pisni zaznamek.

Komentar: 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 izvajanje (5) in zakon tem smernicam deloma sledi. Težko pa je razumeti, zakaj je treba ob uvedbi ukrepa obvestiti štiri ali pet različnih oseb. Določilo, da ukrep telesnega oviranja s pasovi ne sme trajati več kot štiri ure, pomeni nevarnost telesnih poškodb za posamezne bolnike z zelo hudo duševno motnjo, pa tudi za zdravstvene delavce.

Načrt zdravljenja (člena 35 in 36)

Kratek povzetek določb: Bolniku se zagotovi zdravljenje v oddelku pod posebnim nadzorom na podlagi ustreznega, individualno načrtovanega zdravljenja, ki se opredeli v načrtu zdravljenja. Če je bolnik zmožen izraziti svojo voljo, se pri pripravi načrta zdravljenja upošteva tudi njegovo mnenje, kolikor je to v njegovo najboljšo zdravstveno korist. Ob sprejemu na oddelek mora biti bolnik seznanjen z načrtom zdravljenja, da se do njega lahko opredeli.

Komentar: S strokovnega stališča je težko razumeti, kako je v poteku sprejema mogoče pripraviti načrt zdravljenja za bolnika, ki ga zdravnik ne pozna in morda nima o njem nobene dokumentacije. Tudi na internem oddelku bolniku ne morejo predlagati najustreznejšega načina zdravljenja, dokler ne izpeljejo diagnostičnih postopkov.

Sprejem na zdravljenje s privolitvijo (36. in 39. člen)

Kratek povzetek določb: Bolnik je sprejet na zdravljenje v oddelek pod posebnim nadzorom, če sprejemni zdravnik ugotovi, da so izpolnjeni vsi pogoji iz prvega odstavka 39. člena tega zakona ter bolnik v sprejem in načrt zdravljenja pisno privoli. Ti pogoji so:
– če bolnik 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 bolnik hudo moteno presojo realnosti in sposobnost obvladovati svoje ravnanje in
– če navedenih vzrokov in ogrožanja iz prve in druge alineje tega odstavka ni mogoče odvrniti z drugimi oblikami pomoči (z zdravljenjem v psihiatrični bolnišnici izven oddelka pod posebnim nadzorom, z ambulantnim zdravljenjem ali z nadzorovano obravnavo).
Privolitev iz prejšnjega odstavka mora biti izraz svobodne volje bolnika, ki temelji na razumevanju položaja in je izoblikovana na podlagi primernega 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 neprijetnostih predlaganega zdravljenja, vključno s posledicami njegove opustitve,
– morebitnih drugih možnostih zdravljenja.

Komentar: Sprejem s privolitvijo bolnika na zdravljenje na intenzivnem oddelku smo seveda poznali že doslej, ni pa bil posebej zakonsko opredeljen. Nova ureditev pušča dve pomembni nejasnosti:
1. Kako lahko bolnik s hudo moteno presojo realnosti izraža svobodno voljo, ki temelji na razumevanju položaja in je izoblikovana na podlagi primernega pojasnila? Ohranjena presoja realnosti je vendar pogoj za izražanje svobodne volje in za resnično razumevanje položaja.
2. Zakaj se bolniki, ki ne ogrožajo svojega življenja ali življenja drugih, svojega zdravja ali zdravja drugih in ne povzročajo hude materialne škode sebi ali drugim, ne bodo smeli zdraviti na intenzivnem oddelku, čeprav bodo zaradi hude psihične prizadetosti potrebovali intenzivno zdravljenje in bodo v tako zdravljenje privolili? Taka določba bo povzročila hude zaplete v bolnišničnem zdravljenju bolnikov z duševnimi motnjami, saj je bila doslej kriterij za zdravljenje na intenzivnem oddelku tudi klinična slika, ki je zahtevala intenzivno zdravljenje in nego.

Sprejem brez privolitve na podlagi sklepa sodišča (členi 40 – 52)

Kratek povzetek določb: Predlog za sprejem se vloži pri pristojnem sodišču. Predlogu se priloži mnenje izbranega osebnega zdravnika ali psihiatra, ki je osebo pregledal, in ne sme biti starejše od sedmih dni. Sodišče bolniku pošlje predlog v enem dnevu od njegovega prejema. Hkrati ga pouči o pravici, da lahko v dveh dneh od vročitve predloga nanj odgovori. Sodišče pouči bolnika tudi o pravici do odvetnika, ki ga v enem dnevu od vročitve predloga izbere sam. Po prejemu predloga sodišče odredi, da bolnika pregleda izvedenec psihiatrične stroke in v treh dneh poda mnenje o njegovem zdravstvenem stanju. Na predlog izvedenca lahko sodišče s sklepom odloči, da se bolnik za največ dva dni zadrži v psihiatrični bolnišnici, če je to potrebno zaradi narave duševne motnje ali zato, ker se noče prostovoljno podvreči pregledu in ni mogoče drugače ugotoviti obstoja pogojev za sprejem brez privolitve. Po pridobitvi mnenja izvedenca sodišče razpiše narok, na katerega povabi predlagatelja, bolnika, odvetnika, zakonitega zastopnika, najbližjo osebo, zastopnika in druge, ki bi lahko dali podatke, pomembne za odločitev. Predlagatelj, bolnik, odvetnik, zakoniti zastopnik in najbližja oseba lahko zaslišanim zastavljajo vprašanja in imajo pravico do vpogleda v sodni spis. Pravico do vpogleda v sodni spis in do prisotnosti pri izvajanju dokazov lahko sodišče na predlog izvedenca bolniku s sklepom v celoti ali delno omeji, če bi lahko nastale škodljive posledice za njegovo zdravje ali zaupnost oziroma varnost drugih.

Če sodišče po izvedenem dokaznem postopku ugotovi, da so izpolnjeni pogoji za sprejem v oddelek pod posebnim nadzorom, s sklepom odloči, da se bolnika sprejme in določi tudi čas zadržanja, ki ne sme biti daljši od šestih mesecev, ter psihiatrično bolnišnico, ki naj bolnika sprejme. Če sodišče ugotovi, da so izpolnjeni pogoji iz drugega odstavka 80. člena tega zakona za sprejem v nadzorovano obravnavo, s sklepom odloči, da se osebo sprejme v nadzorovano obravnavo za obdobje, ki ne sme biti daljše od šestih mesecev.
Zoper sklep o sprejemu je dovoljeno vložiti pritožbo v treh dneh od vročitve sklepa. Pritožba ne zadrži izvršitve sklepa. Na podlagi sklepa o sprejemu psihiatrična bolnišnica v treh dneh od vročitve sklepa pozove bolnika, da se zglasi v psihiatrični bolnišnici. Če oseba določenega dne ne pride v psihiatrično bolnišnico in svojega izostanka ne opraviči, direktor psihiatrične bolnišnice o tem obvesti sodišče, ki je izdalo sklep, izbranega osebnega zdravnika in odvetnika osebe ter odredi prevoz osebe z reševalnim vozilom. Če tudi na ta način ni bilo mogoče izvršiti sklepa sodišča, direktor psihiatrične bolnišnice obvesti o tem sodišče. Če sodišče ugotovi, da je bil poziv za sprejem v oddelek pod posebnim nadzorom oziroma v varovani oddelek pravilno vročen, odredi privedbo.

Komentar: Glede na zapletenost postopka si je težko zamisliti, koliko bo ta način sprejema v praksi sploh izvedljiv. Pri pomembnem delu bolnikov s hudo duševno motnjo se zato utegne začetek zdravljenja še odmakniti, kar bo na izid zdravljenja vplivalo negativno. Predviden je še sprejem na zdravljenje brez privolitve v nujnih primerih, ki je podoben dosedanjemu načinu sprejema; dovoljeno pa ga je uporabiti le, »kadar je zaradi narave duševne motnje osebe nujno potrebno, da se ji omeji svoboda gibanja oziroma preprečijo stiki z okolico, še preden se izpelje postopek za sprejem brez privolitve«.

Postopek sprejema v varovani oddelek socialno varstvenega zavoda (členi 73-79)

Kratek povzetek določb: Izraz »varovani oddelek« uporablja zakon za oddelek socialno-varstvenega zavoda, ki je primerljiv intenzivnemu oddelku oz. »oddelku pod posebnim nadzorom« v psihiatrični bolnišnici. Način sprejema je primerljiv s sprejemom na intenzivni oddelek, bistvena razlika je le v tem, da mora biti za sprejem na varovani oddelek izpolnjen tudi pogoj, da »je akutno bolnišnično zdravljenje zaključeno oziroma ni potrebno«.

Nadzorovana obravnava (členi 80 – 90)

Kratek povzetek določb: Nadzorovana obravnava je obravnava bolnikov s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo, ki se izvaja na podlagi sklepa sodišča pod nadzorom psihiatrične bolnišnice, na območju katere ima bolnik prebivališče. Zdravljenje v nadzorovani obravnavi je dopustno, če so izpolnjeni vsi naslednji pogoji:
– če gre za hudo in ponavljajočo se duševno motnjo,
– če se je bolnik že zdravil v psihiatrični bolnišnici brez privolitve,
– če je že ogrožal svoje življenje ali življenje drugih ali če je huje ogrožal svoje zdravje ali zdravje drugih ali povzročil hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim,
– če je ogrožanje iz prejšnje alineje posledica duševne motnje, zaradi katere ima bolnik hudo moteno presojo realnosti in sposobnost obvladovati svoje ravnanje in
– če se bolnik lahko ustrezno zdravi v domačem okolju.
Sprejem osebe v nadzorovano obravnavo se opravi na podlagi sklepa sodišča. Sodišče na predlog direktorja psihiatrične bolnišnice lahko s sklepom odloči, da se zdravljenje po odpustu iz bolnišnice nadaljuje v nadzorovani obravnavi. Če bolnik ne upošteva navodil oziroma zahtev koordinatorja nadzorovane obravnave in je zaradi tega ogroženo njegovo zdravje ali če se njegovo zdravstveno stanje poslabša tako, da z nadzorovano obravnavo ni več mogoče doseči namena zdravljenja, koordinator nadzorovane obravnave o tem takoj pisno obvesti direktorja psihiatrične bolnišnice. Če so izpolnjeni pogoji (39. člen, navedeni so v poglavju Sprejem na zdravljenje s privolitvijo), direktor psihiatrične bolnišnice po obvestilu iz prejšnjega odstavka zagotovi, da se izvedejo ukrepi za sprejem bolnika v oddelek pod posebnim nadzorom brez privolitve v nujnih primerih.

Komentar: Ker nadzorovane obravnave v tem smislu pri nas doslej nismo poznali in so zakonske opredelitve nekoliko nejasne, je potrebno dodatno pojasnilo. Tu gre za nadzorovano ambulantno zdravljenje bolnikov s hudimi duševnimi motnjami. Sodišče ga lahko odredi kot alternativo zdravljenju v oddelku pod posebnim nadzorom, ne da bi bil bolnik neposredno pred tem hospitaliziran, ali pa kot

nadaljevanje zdravljenja v bolnišnici. V drugem primeru bi bila taka obravnava lahko koristna: bolniku, ki doseže v bolnišnici bistveno izboljšanje psihičnega stanja, pomaga z ambulantnim nadaljevanjem zdravljenja preprečiti ponovitev bolezni. Gre za tako imenovano vzdrževalno zdravljenje, kjer je bolnikovo sodelovanje mogoče vsaj do neke mere preverjati. Če pa ne gre za neposredno nadaljevanje hospitalizacije, bil pa je vložen predlog za sprejem v bolnišnico, je bolnik morda v stanju akutnega poslabšanja duševne motnje. Zdravljenja akutnega poslabšanja v ambulantnih pogojih praktično ni mogoče nadzorovati. Zato je verjetno, da bo poskus nadzorovane obravnave pri pomembnem številu bolnikov le podaljšal čas do začetka ustreznega zdravljenja – to pa običajno pomeni manjšo učinkovitost zdravljenja.
Težavo utegne predstavljati tudi nejasna opredelitev pogojev za nadzorovano obravnavo. Menim, da bi bilo mogoče slednjo ob branju zakona po črki odrediti tudi bolniku, katerega psihično stanje je trenutno povsem neproblematično in ki dobro sodeluje pri zdravljenju, imel pa je v preteklosti močno izražene simptome bolezni. Seveda sem povsem prepričan, da to ni bil namen zakonodajalca.

ZAKLJUČEK

Zakon o duševnem zdravju prinaša številne spremembe glede izvajanja ukrepov brez privolitve bolnika. Mnenja o njegovem vplivu na zdravstveno in socialno-varstveno oskrbo bolnikov z duševnimi motnjami so lahko različna. Dejstvo pa je, da možnost zapletov pri taki oskrbi lahko znižamo, če se z zakonom dobro seznanimo, preden bo prišel v uporabo.

Literatura

Zakon o duševnem zdravju. Uradni list RS, št. 77/2008
Ustava Republike Slovenije. Uradni list RS, št. 33/1991
Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list RS, št. 9/1992
Zakon o nepravdnem postopku. Uradni list RS, št. 30/1986
Dernovšek MZ, Novak – Grubič V, ur. Priporočila in smernice za uporabo posebnih varovalnih ukrepov v psihiatriji. Ljubljana: Viceversa, 2001.

ZAKON O PACIENTOVIH PRAVICAH

Sonja Senica, univ. dipl. prav.
Psihiatrična klinika Ljubljana

SPLOŠNE DOLOČBE

Zakon o pacientovih pravicah je bil objavljen v Uradnem listu Republike Slovenije št. 15/2008 in se je začel uporabljati 26.8.2008, razen dveh določb o izmejavi osebnih podatkov med izvajalci IVZ, ki se začneta uporabljati dne 26.2.2009. Z dnem uveljavitve oziroma uporabe je prenehal veljati Pravilnik o naročanju na specialistični pregled (Uradni list RS št. 72/2000) in nekatere določbe Zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS št. 23/2005 in 23/2008) in sicer 47. člen, 48. člen, 50. člen, 3. odstavek 51. člena, 77. člen ter 7. in 8. točka 1. odstavka 89. člena ter nekatere določbe Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS št. 72/06) in sicer 47. člen, 2. odstavek 52. člena ter 8. točka 81. člena.

Namen zakonodajalca je bil, da na enem mestu uredi materialno pravno in procesno pravno komponento varstva pacientovih pravic in omogoči enakopravno, primerno, kakovostno in varno zdravstveno oskrbo, ki temelji na zaupanju in spoštovanju med pacientom in zdravnikom oziroma zdravnico ali drugim zdravstvenim delavcem oziroma delavko ter zdravstvenim sodelavcem oziroma sodelavko (2. odstavek 1. člena).
Ta zakon ne ureja pravic iz zdravstvenega zavarovanja in načina njihovega uveljavljanja.

KATALOG PACIENTOVIH PRAVIC

Zakon v 5. členu določa pravice in dolžnosti zdravstvenega osebja in izvajalcev zdravstvenih storitev iz Kataloga pacientovih pravic, ki so v tem členu primeroma naštete:

- pravica do dostopa do zdravstvene oskrbe in zagotavljanja preventivnih storitev,
- pravica do enakopravnega dostopa in obravnave pri zdravstveni oskrbi,
- pravica do proste izbire zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev,
- pravica do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe,
- pravica do spoštovanja pacientovega časa,
- pravica do obveščenosti in sodelovanja,
- pravica do samostojnega odločanja o zdravljenju,
- pravica do upoštevanja vnaprej izražene volje,
- pravica do preprečevanja in lajšanja trpljenja,
- pravica do drugega mnenja,
- pravica do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo,
- pravica do varstva zasebnosti in varstva osebnih podatkov,
- pravica do obravnave kršitev pacientovih pravic,
- pravica do brezplačne pomoči pri uresničevanju pacientovih pravic.

Na podlagi teh pravic bolnika so izpeljane pravice in dolžnosti izvajalcev zdravstvenih storitev:

- izvajalec je dolžan zagotoviti čim krajše čakalne dobe in čakalne čase, v zvezi s pravico do spoštovanja pacientovega časa. Zakon ne postavlja rokov za izvedbo posameznih storitev. Izjema je rok za izdajo pisnega strokovnega mnenja (izvida) na podlagi specialističnega ambulantnega pregleda – tega pacient prejme najkasneje v treh delovnih dneh po opravljenem pregledu. Posredno je v zakonu nakazano, da je časovni standard vezan na objektivno možnost zagotavljanja najkrajšega čakalnega časa. Praviloma naj ne bi smel biti daljši od ene ure. Pri tem je pomembno, da smo vsi izvajalci dolžni voditi čakalni seznam ter naročanje na zdravstvene storitve.

  Zakon na tem področju prinaša naslednje novosti:

  - Pravilnik o naročanju na specialistični pregled (Uradni list RS št. 72/2000) ne velja več.
  - Imamo obveznost zagotovitve telefonskega naročanja in naročanja v elektronski obliki.
  - Način naročanja je potrebno javno objaviti.

- Zakon dopušča možnost, da se pacient opraviči zaradi izostanka v 14 dneh in v primeru opravičenega izostanka mora izvajalec pacientu zagotoviti čim bližji nov datum storitve.
- Pacient ima možnost kontrolnega pregleda, če se na storitev čaka več kot tri mesece, opravi pa se pri zdravniku, ki je pacienta napotil na storitev.
- Pacient je lahko za enako zdravstveno storitev vpisan zgolj v enem čakalnem seznamu in v primeru, da se ugotovi večkraten vpis, se mora pacient opredeliti, pri katerem izvajalcu jo bo opravil, sicer se upošteva prvi vpis. To določbo bo možno uveljaviti oziroma ugotoviti šele potem, ko bo omogočena stalna izmenjava podatkov med izvajalci zdravstvenih storitev in IVZ.

- Izvajalci so dolžni pacientu omogočiti, da se seznani z osebnimi imeni in nazivi oseb, ki so neposredno udeležene pri njegovi zdravstveni oskrbi ter s splošnimi informacijami o izvajalcu zdravstvenih storitev ter posebnostmi dostopa do zdravstvene oskrbe s podatki po bližnjem zastopniku pacientovih pravic ter podatki o pristojni osebi za sprejem in obravnavno zahtevo za prvo obravnavo kršitev pacientovih pravic.
- Izvajalci imajo dolžnost seznaniti pacienta s stroški in ta pravica obsega pravico do sprejema informativnega računa, če pacient storitev delno ali v celoti plača sam, pravico do seznanitve z obračunom, če pacient storitve ne plača sam, pravico do sprejema računa in do obrazložitve računa, vendar slednje le na zahtevo pacienta.
- Potrebno je zagotoviti pacientovo privolitev v zdravstveno oskrbo. Privolitev se po zakonu lahko poda na več načinov:
  - Pisna privolitev na privolitvenem obrazcu, katere kopijo se posreduje tudi pacientu. Tak način je predviden samo za operativne in druge posege, povezane z večjim tveganjem ali večjo obremenitvijo.
  - Ustna privolitev.
  - Privolitev s konkludentnimi dejanji.

  V primeru, da pacient ustno ali s konkludentnimi dejanji privoli v zdravstveno oskrbo, zavrača pa podpis privolitvenega obrazca, se lahko poseg opravi ob sodelovanju dveh prič, kar pa se mora dokumentirati na obrazcu. Tak način zakon predvideva tudi v primeru, ko pacient fizično ne more dati privolitve.

  Zdravstvena oskrba pa je možna tudi brez privolitve, kadar pacient ni sposoben odločanja o sebi in sicer s privolitvijo drugih oseb, ki so po zakonu ali volji pacienta upravičeni odločati in brez privolitve drugih, v primeru nujne medicinske pomoči ali če pacient ni sposoben odločanja o sebi ali ni zmožen izraziti svoje volje.
- Zakon nalaga v členih od 19. do 25. pravila glede zdravnikove pojasnilne dolžnosti. Ta pravica je vezana na pravico pacienta do obveščenosti in sodelovanja. Pacient ima pravico, da je zaradi uresničevanja pravice do samostojnega odločanja o zdravljenju in pravice do sodelovanja v procesu zdravljenja obveščen o:
  - svojem zdravstvenem stanju in verjetnem razvoju ter posledicah bolezni ali poškodbe,
  - cilju, vrsti, načinu izvedbe, verjetnosti uspeha ter pričakovanjih, koristih in izidu predlaganega medicinskega posega oziroma predlaganega zdravljenja,
  - možnih tveganjih, stranskih učinkih, negativnih posledicah in drugih neprijetnostih predlaganega medicinskega posega oziroma predlaganega zdravljenja, vključno s posledicami njegove opustitve,
  - morebitnih drugih možnostih zdravljenja,
  - postopkih in načinih zdravljenja, ki v RS niso dosegljivi ali niso pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

  Zakon predpisuje na kakšen način mora biti pacient obveščen in sicer:
  - v neposrednem stiku,
  - obzirno,
  - na pacientu razumljiv način oziroma skladno z individualnimi sposobnostmi sprejemanja informacij,
  - v celoti,
  - pravočasno.

Zakon o pacientovih pravicah pozna tudi izjemo pri pojasnilni dolžnosti, in sicer zdravnik lahko pacientu izjemoma zamolči dejstva o njegovem zdravstvenem stanju, če bi obvestilo pacientu pozvročilo resno zdravstveno škodo, vendar mora to dokumentirati. Če pacient zahteva, da je v celoti in popolnoma obveščen o svojem zdravstvenem stanju, pa zdravnik meni, da utegne to pacientu škodovati, se upošteva pacientova volja. Kadar pacient o zahteva, da ga zdravnik ne obvešča o njegovem zdravstvenem stanju, zdravnik upošteva pacientovo voljo – izjemoma ne upošteva pacientove volje, če tretjim grozi zdravstvena škoda, vendar mora to dokumentirati.

- S pisnim pooblastilom, na katerem mora biti podpis overjen (pri notarju) lahko pacient postavi svojega zdravstvenega pooblaščenca. Gre za pravico do spoštovanja vnaprej izražene volje in v takšnih primerih je pacientov zdravstveni pooblaščenec upravičen do odločanja o vseh pacietnovih pravicah, kadar ta ni sposoben odločanja o sebi. S tem v zvezi se postavlja vprašanje, kako lahko izvajalci ugotovimo, da ima pacient zdravstvenega pooblaščenca. Zato mora poskrbeti pacient sam in sicer na način, da se podatki o pacientovem zdravstvenem pooblaščencu evidentirajo v informacijskem sistemu kartice zdravstvenega zavarovanja. Pacientov zdravstveni pooblaščenec ima tako že na podlagi samega zakona pravico vpogledati v zdravstveno dokumentacijo pacienta, da bi se lahko odločil o nadaljevanju zdravljenja, čeprav ga pacient za seznanitev z zdravstveno dokumentacijo ni posebej pooblastil.
- Pacient lahko tudi izključi osebe, ki so po zakonu upravičene odločanja (npr. zakonec, starši, potomci) o zdravstveni oskrbi pacienta. Izvajalci bomo v takšnem primeru za voljo pacienta izvedeli v informacijskem sistemu kartice zdravstvenega zavarovanja.
- Ena od zelo pomembnih novosti zakona je tudi pacientova vnaprejšnja zavrnitev zdravstvene oskrbe. Gre za pravico, ki se poda z izjavo za primer, ko pacient ne bi bil sposoben odločanja o sebi. Takšna volja je za zdravnika obvezujoča v primeru, ko bolezen kljub dosežku medicinske znanosti vodi v smrt. Ta volja pa je za zdravnika le smernica, če gre za hudo invalidnost, s katero bi pacient izgubil telesno ali duševno sposobnost.
- V primeru, da pacient ni sposoben odločanja o sebi (pacient s težavami v duševnem zdravju) odloča o uveljavljanju pravic zakoniti zastopnik (skrbnik ali druga oseba) in sicer po izključujočem vrstnem redu:
  - pacientov zakonec, zunajzakonski partner ali partner iz istospolne skupnosti,
  - pacientovi otroci ali posvojenci,
  - pacientovi starši oziroma posvojitelj,
  - pacientovi bratje ali sestre,
  - pacientovi stari starši,
  - pacientovi vnuki.
- Izvajalci so dolžni zagotoviti pogoje za uresničevanje pravice do ustrezne verske, duhovne oskrbe za paciente, ki so v bolnišnični oskrbi, v zvezi s pravico do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe.

V zvezi z zgornjimi pravicami in dolžnostmi Zakon o pacientovih pravicah predvideva:

- visoko kazen za izvedbo zdravstvnee oskrbe brez privolitve (od 4.100 EUR do100.000 EUR) in
- kazen v višini minimalno 400 EUR za pravno osebo, če ta ne vodi čakalnih seznamov v skladu s 14. členom Zakona o pacientovih pravicah, se ne odziva na pozive zastopnika pacientovih pravic, ne izvede postopka prve obravnave, ne objavi potrebnih podatkov, se ne udeleži pripravljalnega naroka in ne izvede ukrepov, ki jih naloži komisija, pa tudi v primeru, da ne izvede internega strokovnega nadzora.

VAROVANJE PACIENTOVIH PRAVIC

Zakon o pacientovih pravicah predpisuje na kakšen način so varovane pacientove pravice. Dolžnost izvajalca zdravstvenih storitev je, da obravnava kršitev v okviru prve obravnave. Zakon loči pravico do prve obravnave, do druge obravnave, ter predpisuje sprotno reševanje sporov.

Prva obravnava kršitev se vedno izvede znotraj javnega zdravstvenega zavoda oziroma pri izvajalcu, druga obravnava pa pri Komisiji RS za varstvo pacientovih pravic. Za izvajalce je seveda najbolj pomembna prva obravnava in s tem v zvezi je potrebno, da vemo naslednje:

- Imenovati moramo pristojno osebo, ki bo reševala domnevne kršitve pacientovih pravic. Zakon določa, da v primeru, da izvajalec ne imenuje pristojne osebe, je za to pristojen direktor zavoda.
- Obvezno je potrebno objaviti ime pristojne osebe za reševanje kršitev v okviru prve obravnave, njeno telefonsko številko in delovno mesto, kjer se prva zahteva lahko vloži ustno, podatke o načinu vložitve prve zahteve (v pisni ali ustni obliki) in času sprejema prve zahteve pri izvajalcu zdravstvenih storitev. Potrebno pa je objaviti tudi osebno ime, naslov, elektronski naslov, telefonsko številko in podatke o uradnih urah najbližjega zastopnika pacientovih pravic ter o možnostih zastopanja ali druge pomoči s strani zastopnika. To objavo je smiselno posredovati ob vhodih na oddelke, na oglasne deske, ali na spletno stran pri izvajalcu, morda tudi v katalog informacij javnega značaja, ki ga mora imeti vsak izvajalec zdravstvenih storitev.
- Prva obravnava (pri izvajalcu zdravstvenih storitev) se vedno izvede le na podlagi zahteve pacienta – prvo obravnavno zaradi neustreznega odnosa je potrebno opraviti v roku 15 dni, zaradi nepravilne oskrbe pa v roku 30 dni po koncu zdravstvene oskrbe oziroma zaključku zdravljenja.
- Zakon predvideva izvedbo postopka, ter katere osebe morajo biti obvezno vabljene na ustno obravnavno, t.j. nesporno pacient in tudi katerekoli druge osebe, ki bi lahko pripomogle k rešitvi spora.
- Če pacient na obravnavno neopravičeno ne pride, se postopek ustavi.
- Na obravnavni se pregleda zdravstvena in druga dokumentacija, opravi se pogovor s pacientom, drugimi udeleženci in strokovnjaki, vodi se zapisnik. Vsaka obravnava pa se mora končati tudi z dogovorom o načinu razrešitve spora. Če dogovora ob prvi obravnavi domnevne kršitve pacientovih pravic ni, se v zapisniku to navede in pacientu pojasni nadaljno pot.
- Vsebina dogovora je rahko različna. Možnosti so naslednje: opravičilo direktorja, strokovnega direktorja ali lečečega zdravnika, povračilo škode, pridobitev drugega mnenja, ponovitev ali poprava zdravniške storitve, možno pa je uvesti tudi interni strokovni nadzor.

  Zakon o pacientovih pravicah (60. člen) predvideva v zvezi z prvo obravnavo kršitve pacientovih pravic novo zbirko in sicer zbirko sporov, kjer gre za hrambodokumentacije s tovrstnimi obravnavami. Ta zbirka se mora voditi ločeno od zdravstvene dokumentacije, hraniti pa jo je dolžan izvajalec 5 let z možnostjo vpogleda.

Zakon o pacientovih pravicah predvideva tudi drugo obravnavo, ki pa se izvede pred Komisijo RS za varstvo pacientovih pravic.

Pacient lahko vloži pritožbo na Komisijo RS, če ni bil dosežen dogovor pri prvi obravnavi, ali če gre za nespoštovanje dogovora, ali pa če prva obravnava ni bila izvedena. Določbe druge obravnave kršitve pacientovih pravic pred Komisijo RS za varstvo pacientovih pravic so podrobneje urejene v določbah Zakona o pacientovih pravicah od 64. do 84. člena. Člani komisije na drugi stopnji imajo na podlagi zakona možnost, ki pa je seveda odvisna od narave kršitve, skleniti s pacientom takojšnjo poravnavo, izvesti postopek mediacije ali pa izvesti postopek obravnave druge zahteve v senatni obravnavi.

Poravnava pride v poštev predvsem takrat, kadar narava kršitve pravice to dopušča. Gre za vzajemno popuščanje, s katerim se prekine spor, oziroma odpravijo negotovosti in določijo, tako pravi zakon, vzajemne pravice in obveznosti. Če udeleženci tega spora ne sklenejo poravnave oziroma ne dosežejo soglasja o začetku postopka mediacije in pacient zahteva odškodnino zaradi domnevne kršitve, predsednik komisije izda sklep, s katerim se postopek obravnave druge zahteve ustavi in pacienta se pouči o možnosti uveljavljanja odškodninskega zahtevka pred sodiščem. Senatna obravnava pride v poštev samo takrat, kadar udeleženci ne sklenejo poravnave, oziroma ne dosežejo soglasja o začetku postopka mediacije in pacient ne zahteva odškodnine zaradi domnevne kršitve.

VARSTVO OSEBNIH PODATKOV

Izvajalec mora pacientu omogočiti takoj ali najpozneje v petih delovnih dneh po prejemu zahteve seznanitev z njegovo zdravstveno dokumentacijo. Zakon o pacientovih pravicah v novem predpisu skrajšuje rok od prejšnjih 15 dni, ki jih določa Zakon o varstvu osebnih podatkov, na 5 delovnih dni. Pravica do seznanitve se nanaša na vseh zbirke osebnih podatkov.

V zvezi z zdravstveno dokumentacijo je pomembno izpostaviti še dejstvo;

- da ima izvajalec možnost zaračunati materialne stroške za fotokopiranje zdravstvene dokumentacije,
- da pacient nima pravice do originalov,
- da selitev dokumentacije od zdravnika do zdravnika ni mogoča preko pacienta ter
- da zakon drugače ureja pravico do vpogleda v dokumentcijo pacienta po smrti, kot to določa Zakon o varstvu osebnih podatkov.

Glede pravice do vpogleda v dokumentacijo pacienta po njegovi smrti je pomembno naslednje:

- po pacientovi smrti imajo pravico do seznanitve z njegovo zdravstveno dokumentacijo osebe, ki so za obdelavo podatkov pooblaščene z zakonom in osebe, za katere je pacient predhodno dal izrecno privolitev v pisni obliki. Po pacientovi smrti imajo pravico do seznanitve z njegovo zdravstveno dokumentacijo zakonec, zunajzakonski partner, partner iz istospolne skupnosti, otroci in posvojenci, kadar teh oseb ni, pa pacientovi starši. Vsem tem je omogočen dostop do tistih podatkov, ki so potrebni za dosego zakonitega namena seznanitve. Z zdravstveno dokumentacijo umrlega pacienta se lahko seznanijo tudi druge osebe, ki za to izkažejo pravni interes z ustrezno listino, pri čemer se jim omogoči le dostop do tistih podatov, ki so potrebni za uveljavitev njihovega pravnega interesa. Tem osebam se lahko zahteva zavrne, če tako določa zakon ali če je pacient pred smrtjo pisno ali ustno v navzočnosti dveh prič seznanitev izrecno prepovedal.
- Ne glede na izrecno prepoved umrlega pacienta imajo pravico do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo v delu, ki se nanaša na razloge, ki utegnejo bistveno vplivati na njihovo zdravje; pacientovi starši, potomci, zakonec, izvenzakonski partner, partner iz istospolne skupnosti, bratje in sestre in to z gotovostjo izkažejo. Seznanitev se izvede prek pacientovega izbranega osebnega zdravnika ali zdravnika, ki je udeležen v postopku. O tej dokumentaciji, torej o dokumentaciji po smrti bolnika, mora izvajalec zdravstvenih storitev odločiti v 15 dneh od prejema zahteve. Zakon predvideva v primeru zavrnitve s strani izvajalca pravico vložiti pritožbo pri informacijskem pooblaščencu.
- Pacient ima pravico določiti osebe, ki se po njegovi smrti lahko seznanijo z njegovo zdravstveno dokumentacijo in osebe, katerim seznanitev z njegovo zdravstveno dokumentacijo prepoveduje.
- Izvajalec zdravstvenih storitev ob smrti pacienta ne glede na njegovo prepoved sporočanja informacij o zdravstvenem stanju na primeren način obvesti ožje družinske člane o njegovi smrti in njenem vzroku.

V zvezi s čakalnim seznamom mora izvajalec pacientu ob uvrstitvi na čakalni seznam omogočiti, da izve za dolžino čakalne dobe in za razloge zanjo, da mu omogoči vpogled v čakalni seznam, seveda ob spoštovanju zasebnosti drugih pacientov, kar pomeni, da osebni podatki drugih ne smejo biti razvidni.

Vsak izvajalec je dolžan vzpostaviti tudi novo zbirko osebnih podatkov – čakalni seznam – in to novo zbirko prijaviti v register pri informacijskem pooblaščencu. Zakon o pacientovih pravicah v 15. členu predpisuje vsebino podatkov čakalnega seznama.

VLOGA ZASTOPNIKA PACIENTOVIH PRAVIC PO ZAKONU O PACIENTOVIH PRAVICAH

Mirjana Becele, univ.dipl.prav.,
Zastopnica pacientovih pravic za ljubljansko regijo

SPLOŠNO

Zakon o pacientovih pravicah, poleg že obstoječih in v različnih predpisih določenih pravic, prinaša tudi povsem nove pravice, med katerimi bom v tem kratkem prispevku omenila le dve pravici in sicer pravico do obravnave pacientovih pravic in pravico do brezplačne pomoči pri uresničevanju le te. Ta se uresničuje tako, da pokrajine, v prehodnem obdobju do ustanovitve pokrajin pa Vlada, imenujejo po enega zastopnika pacientovih pravic, pokrajina, ki ima od vključno 300.000 do vključno 450.000 prebivalcev, dva zastopnika, pokrajina, ki ima nad 450.000 prebivalcev pa tri zastopnike. Kandidate predlagajo nevladne organizacije ali društva, ki delujejo na področju zdravstva ali varstva potrošnikov, območni sveti Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in občinski sveti. Mandat zastopnika traja pet let, zastopnik pa je lahko ponovno imenovan. Do začetka delovanja pokrajin imajo zastopniki svoj sedež na območnih Zavodih za zdravstveno varstvo. Ti jim nudijo administrativno in strokovno pomoč, zagotavljajo pa tudi materialne in druge delovne pogoje. Delo zastopnika ni profesionalno, zakon pa predpisuje minimalen obseg 12 uradnih ur, ki jih mora tedensko opraviti zastopnik. Od teh

mora biti najmanj ena tretjina uradnih ur opravljenih v popoldanskem času. Zastopnik je upravičen do nagrade za svoje delo in povračila dejanskih stroškov dela. Krajevna pristojnost zastopnika se določa glede na stalno ali začasno prebivališče pacienta, razen če se zastopnik in pacient ne dogovorita drugače.

PRISTOJNOSTI ZASTOPNIKA

Pristojnosti zastopnika pacientovih pravic določa 49. člen Zakona o pacientovih pravicah. Zastopnik pacientu svetuje, pomaga, ali ga zastopa pri uresničevanju pravic po zakonu o pacientovih pravicah. Zastopnik mora pacientu na primeren način svetovati o vsebini pravic, načinih in možnostih njihovega uveljavljanja v času pred ali med zdravljenjem in kadar so te kršene.

Zastopnik daje konkretne usmeritve za uveljavljanje pravic in predlaga možne rešitve, pacientu nudi pomoč pri vlaganju pravnih sredstev, za pacienta opravlja potrebne poizvedbe v zvezi z domnevnimi kršitvami pri izvajalcih zdravstvenih storitev, pri izvajalcih zdravstvenih storitev neformalno posreduje z namenom hitrega odpravljanja kršitev. Kadar ne gre za kršitev pravic po Zakonu o pacientovih pravicah, pacienta napoti na pristojno pravno ali fizično osebo ali pristojen državni organ. Če pacient zastopnika pooblasti, lahko ta v okviru pacientovega pooblastila vlaga pravna sredstva po zakonu o pacientovih pravicah in daje predloge, pojasnila in druge izjave v imenu in v korist pacienta za hitro in uspešno razrešitev spora.

Zastopnik daje pacientu osnovne informacije, nudi strokovno pomoč in daje konkretne usmeritve tudi pri uveljavljanju pravic s področja zdravstvenega varstva, zdravstvenega zavarovanja in izvajanja zdravstvene dejavnosti.

Poleg naštetih nalog zastopnik skrbi za promocijo pacientovih pravic in njihovo uresničevanje v sistemu zdravstvenega varstva. Pri tem lahko izvajalcem zdravstvenih storitev svetuje in predlaga ukrepe za učinkovito uveljavitev določb tega zakona. Zastopnik lahko kadar koli naslovi izvajalcem zdravstvenih storitev predloge, mnenja, kritike ali priporočila, ki so jih ti dolžni obravnavati in nanje odgovoriti v roku, ki ga določi zastopnik. Zastopnik določi rok, v katerem mu izvajalec zdravstvenih storitev pošlje zahtevana pojasnila in informacije o domnevnih kršitvah. Ta rok ne sme biti krajši od 8 dni. Če izvajalec zdravstvenih storitev ne pošlje zastopniku pojasnil oziroma informacij v zahtevanem roku, mu brez odlašanja sporoči razloge, zaradi katerih ni ugodil njegovi zahtevi.

Izvajalec zdravstvenih storitev mora zastopniku omogočiti dostop do vseh podatkov, ki so potrebni za njegovo delo v zvezi z zadevo, ki jo obravnava, najpozneje v petih dneh od prejema zahteve.

Zastopnik se lahko seznani z zdravstveno dokumentacijo pacienta na podlagi njegove pisne privolitve.

Zastopnik lahko prekine nadaljnje aktivnosti, če ugotovi, da je bila zadeva rešena na drug način, če pacient neupravičeno ne sodeluje v postopku ali je iz njegovih dejanj razvidno, da ne kaže zanimanja za nadaljevanje postopka.

Zastopnik lahko na podlagi pooblastila pacienta izvajalcu zdravstvenih storitev predlaga način, s katerim naj se ugotovljena nepravilnost odpravi. Pri tem lahko predlaga povrnitev škode ali predlaga drug način odprave nepravilnosti, ki je bila povzročena pacientu.

Zastopniki medsebojno sodelujejo in si nudijo potrebno pomoč pri izvrševanju svojih nalog. Delo zastopnika je za pacienta brezplačno in zaupno.

POOBLASTILO ZA ZASTOPANJE

52. člen Zakona o pacientovih pravicah določa da potrebuje zastopnik za zastopanje pacienta njegovo pisno pooblastilo. Za sklenitev poravnave ali drugega sporazuma, umik zahteve in vpogled v zdravstveno dokumentacijo mora imeti zastopnik izrecno pooblastilo. Pooblastilo za seznanitev z zdravstveno dokumentacijo lahko pacient omeji na izbrane podatke. V takem primeru mora zastopnik pacienta opozoriti na morebitne posledice te omejitve.

ZAVRNITEV POOBLASTILA

Če zastopnik oceni, da je pacientov zahtevek očitno neutemeljen, ni dolžan sprejeti pooblastila za zastopanje, vendar mora pacienta pisno opozoriti na nesmotrnost postopka in ga seznaniti z morebitnimi drugimi možnostmi za uveljavljanje zahtevka, kot je to določeno v 53. členu Zakona o pacientovih pravicah.

PRISTOJNE OSEBE

57. člen Zakona predpisuje da mora vsak izvajalec zdravstvenih storitev določiti osebo, ki je pristojna za sprejemanje in obravnavo zahteve za prvo obravnavo kršitve pacientovih pravic (v nadaljnjem besedilu: prva zahteva), pri čemer lahko določi tudi več oseb glede na vsebino zahteve in potrebo po nemotenem zagotavljanju obravnave zahtev. Če je prva zahteva vložena zoper pristojno osebo, izvajalec zdravstvenih storitev za konkretni primer določi namestnika. Če izvajalec zdravstvenih storitev ne določi drugače, je pristojna oseba direktor. Če je izvajalec zdravstvenih storitev zasebnik posameznik, se pristojna oseba določi izmed oseb z znanji s področja, ki ga zasebnik opravlja in ki pri njem ni zaposlena. Prva obravnava kršitve pacientovih pravic se lahko opravi tudi pred zasebnikom posameznikom ali drugo pristojno osebo, ki je pri njem zaposlena, če pacient s tem soglaša.

OBVEZNE OBJAVE

Vsak izvajalec zdravstvenih storitev je dolžan imeti na vidnem mestu v čakalnici na primarni ravni in v specialistični ambulantni dejavnosti oziroma ob vhodu na oddelek ali običajnem oglasnem mestu bolnišnice objavljeno:

– osebno ime pristojne osebe, njeno telefonsko številko in delovno mesto, kjer se prva zahteva lahko vloži ustno,

– podatke o načinu vložitve prve zahteve in času sprejema prve zahteve pri izvajalcu zdravstvenih storitev,

– osebno ime, naslov, elektronski naslov, telefonsko številko in podatke o uradnih urah najbližjega zastopnika ter obvestilo o možnosti zastopanja ali druge pomoči s strani zastopnika (58. člen).

ROKI ZA VLOŽITEV PRVE ZAHTEVE

Prvo zahtevo zaradi domnevno neustreznega odnosa zdravstvenih delavcev oziroma zdravstvenih sodelavcev lahko pacient vloži najpozneje v 15 dneh od domnevne kršitve.

Prvo zahtevo zaradi domnevno neustreznega ravnanja zdravstvenih delavcev oziroma zdravstvenih sodelavcev pri nudenju zdravstvene oskrbe lahko pacient vloži najpozneje v 30 dneh po končani zdravstveni oskrbi.

Pacient lahko vloži prvo zahtevo v treh mesecih po preteku rokov iz prejšnjih odstavkov, če je za kršitev zvedel kasneje oziroma če so se posledice kršitve pokazale kasneje. 59. člen

INŠPEKCIJA

Nadzor nad izvajanjem tega zakona opravlja ministrstvo, pristojno za zdravje.
Prekrškovni organ po tem zakonu je Zdravstveni inšpektorat Republike Slovenije.

KAZENSKE DOLOČBE KI OMOGOČAJO UČINKOVITEJŠE DELO ZASTOPNIKA

Zakon o pacientovih pravicah v 87. členu predpisuje visoke kazni tako za pravne osebe, ki opravljajo zdravstveno dejavnost in njihove odgovorne osebe, kakor tudi za zdravstvene delavce, ki opravljajo zdravstveno dejavnost na podlagi koncesije in zdravstvene delavce, ki brez koncesije samostojno opravlja zdravstveno dejavnost.

Z globo od 400 do 4.100 evrov se kaznuje za prekršek pravna oseba, ki opravlja zdravstveno dejavnost:

- če ne vodi čakalnih seznamov v skladu s tretjim odstavkom 14. člena tega zakona,

- če pacientu ne da pojasnil v skladu s prvim odstavkom 20. člena in 25. členom tega zakona,
- če ob ugotovljenem ali sporočenem primeru nedovoljene obdelave osebnih podatkov ne ukrepa v skladu s 46. členom tega zakona,
- če ne odgovori na zahtevo zastopnika iz četrtega odstavka 49. člena tega zakona,
- če zastopniku ne pošlje zahtevanih pojasnil in informacij iz petega odstavka 49. člena tega zakona,
- če ne omogoči zastopniku dostopa do podatkov v skladu s šestim odstavkom 49. člena tega zakona,
- če ne objavi podatkov v skladu z 58. členom tega zakona,
- če ne izvede postopka prve obravnave kršitve pacientovih pravic pri izvajalcu zdravstvenih storitev v skladu s členi 56 do 63 tega zakona,

Z globo od 400 do 2.100 evrov se za prekršek iz prejšnjega odstavka kaznuje zdravstveni delavec, ki opravlja zdravstveno dejavnost na podlagi koncesije ali zdravstveni delavec, ki brez koncesije samostojno opravlja zdravstveno dejavnost.
(3) Z globo od 100 do 1.000 evrov se za prekršek iz prvega odstavka tega člena kaznuje odgovorna oseba pravne osebe.

ETIKA V PSIHIATRIČNI ZDRAVSTVENI NEGI

Ana Ladi Škerbinek, ; viš.med.ses., prof.ped.

UVOD

Stroka zdravstvene nege v Sloveniji je leta 1994 sprejela svoj prvi samostojni Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Do tedaj smo se v zdravstveni negi naslanjali na biomedicinsko etiko kot izhodišče za etično razmišljanje , presojanje in delovanje medicinskih sester. Razlog za samostojni kodeks sta bili razvoj in osamosvojitev zdravstvene nege, ki sta prinesli razmišljanja in zaključek, da ima zdravstvena nega kot samostojna stroka potrebo po oblikovanju svoje lastne profesionalne etike.
Etika v zdravstveni negi se razlikuje od biomedicinske etike predvsem v teoretičnih izhodiščih. Medtem ko se biomedicinska etika naslanja predvsem na deontologijo –na dolžnostih zdravstvenih delavcev, je etika v zdravstveni negi porazdeljena drugače – etika vrlin in etika skrbi sta za zadovoljstvo bolnika bistveno bolj pomembni kot načelna etika, ki ne usmerja ravnanja v medosebni odnos. Strokovne vrednote, ki jih poudarjamo v zdravstveni negi izhajajo iz filozofije poklica v posameznih delovnih okoljih. Izražamo jih kot spoštovanje življenja, lajšanje in izogibanje trpljenju, spoštovanju dostojanstva, individualnosti in celovitosti bolnika, pravice in potrebe bolnika, mirna smrt, kakovost dela in odnosa, etika in še mnoge druge. Filozofija zdravstvene nege oddelka je »področni« kodeks, ki izraža skupno videnje profesionalne vloge in medsebojnega odnosa, ki naj bi ga prevzel vsak posameznik v zdravstveni negi.
Moralne in etične norme se začnejo z čutom za osnovne vrednote. Vrednota je pomembnost, ki jo pripisujemo neki stvari, dogodku, odnosu. Moralne vrednote so prepričanja izražena v značajskih lastnostih in standardih s katerimi posameznik sprejme zavezo in se nato tako obnaša. Naša prepričanja oblikujejo osnovo za naša dejanja. Našega odnosa do življenja, do ostalih ljudi, do

dogodkov in do okoliščin se naučimo od drugih, prav tako pa ti odnosi vplivajo na druge. Oponašamo druge in drugi oponašajo nas. Prepričanja s katerimi smo odrasli, nas vodijo mnogo bolj, kot bi si včasih želeli priznati. Čeprav gre pri etiki in morali v temelju za iste reči, se mi zdi, da moramo biti najprej moralni, da bi postali etični. Etika se nanaša na družbo, na delovno mesto, morala ima bolj oseben, individualen značaj. Moralne vrednote se izoblikujejo najprej v družini kjer posameznik odrašča, nadalje pod vplivom kulturnega okolja v katerem živimo, verskega in političnega prepričanja, izobrazbe in vzgoje, življenjskih izkušenj in podobno.
Že ko se bodoči zdravstveni delavci odločajo za poklic, je pomembno kakšne so njihove osebne norme in prepričanja. Tekom izobraževanja se oblikujejo profesionalne vrednote, ki jih posameznik vgradi v svoj vrednostni sistem. Tako poleg osebnostnega vrednostnega sistema medicinska sestra in zdravstveni tehnik izoblikuje tudi poklicni vrednostni sistem. Tega predstavlja zavedna raven specifičnega poklicnega vedenja, ki združuje tako poklicno znanje kot njihov osebnostni in poklicni vrednostni sistem. Resnični profesionalec bo vsakodnevno zadostil etičnim standardom in mu lahko zaupamo brez nadzora. Od vsega tega bo odvisno, kako bo obarvano njihovo ravnanje z bolniki in njihovi odzivi na bolnika, ter kakšna bo njihova presoja bolnikovega vedenja.

Etika in etično ravnanje v psihiatrični zdravstveni negi.

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki, ki delajo v psihiatriji, podobno kot v drugih okoljih zdravstvene nege, vsakodnevno ne razmišljajo o etiki in etičnem ravnanju. V to razmišljanje jih običajno prisili kakšen nesrečen dogodek na oddelku, kakšen kritičen sestavek v medijih ali pritožba bolnika in njegovih svojcev.
V psihiatrični zdravstveni negi medicinske sestre in zdravstvene tehnike mnogokrat pripelje v stisko presoja med njihovimi osebnimi vrednotami - poklicnimi etičnimi normami in potrebnim ravnanjem. Še huje, mnogokrat bi lahko zunanji opazovalec presojal njihovo ravnanje kot etično hudo sporno. In mnogokrat ga tako tudi presoja.
Če sledimo vsebini Kodeksa lahko predvidimo kje nas čakajo »čeri in dvomi« kako ravnati. Kodeks je vsebinsko razdeljen na štiri temeljna področja:

- odnos do bolnika,
- odnos do sodelavcev,
- odnos do družbe,
- in odnos do lastne stroke.

Prvo temeljno področje izraža v odnosu do bolnika stališča, prepričanja in vrednote naštete v šestih načelih.
I. Medicinska sestra skrbi za ohranitev življenja in zdravja ljudi. Svoje delo je dolžna opravljati humano strokovno in odgovorno ter v odnosu do varovanca spoštovati njegove individualne potrebe in vrednote.
II. Medicinska sestra spoštuje pravico varovanca do izbire in odločanja. (Avtonomija varovanca)
III. Medicinska sestra je dolžna varovati kot poklicno skrivnost podatke o zdravstvenem stanju varovanca, o vzrokih, okoliščinah in posledicah tega stanja.
IV. Medicinska sestra spoštuje dostojanstvo in zasebnost varovanca v vseh stanjih zdravja, bolezni in ob umiranju.
V. Medicinska sestra je dolžna nuditi varovancu kompetentno zdravstveno nego.
VI. Delovanje medicinskih sester mora temeljiti izključno na odločitvah v korist varovanca.

Medicinska sestra in zdravstveni tehnik sta mnogokrat v dilemi predvsem pri spoštovanju pravice varovanca do izbire in odločanja. To se zgodi pri sprejemih brez privolitve bolnika, pri vztrajanju, da bolnik jemlje predpisano terapijo in pri različnih medicinsko tehničnih posegih, ki jih bolnik odklanja.
Res, da se opravičujemo z boleznijo, ki je začasno zmanjšala bolnikovo sposobnost odločanja in res je tudi, da sta sprejem brez privolitve in dajanje zdravil »na silo« danes bistveno bolj humana in prijazna in tudi manj pogosta, kljub temu pa je potrebno o tem razpravljati ob vsakem težkem primeru in s tem izvajanju zdravstvene nege dodati novo kvaliteto. Pomembno vlogo pri tem igra tudi ravnanje zdravnika, ki lahko bistveno olajša delo osebju zdravstvene nege ali pa samo odloči in predpiše, vse ostalo pa prepusti medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom.
Pomemben se mi zdi tudi razmislek o standardu Načela II, ki govori – za pridobitev soglasja ne smemo uporabljati statusne moči, prisile ali zavajanja bolnika. Ni še tako dolgo ko je z nespoštovanjem tega standarda marsikatera medicinska sestra padla na etični preizkušnji.

Pri izvajanju zdravstvene nege težko bolnih bolnikov (globoko depresivnih, suicidalnih, dementnih) se medicinska sestra pri zagotavljanju njihovih potreb odloča namesto njih. To pa včasih nadaljuje tudi, ko se bolnikovo stanje izboljša in so sposobni samoodločati, kar pomeni kršitev etičnih standardov. Medicinska sestra in vsi člani zdravstvenega tima mu lahko svetujejo, mu zagotavljajo zdravstveno vzgojo, ga učijo, nimajo pa se več pravice odločati namesto njega
V načelu VI. standard zavezuje vodilne medicinske sestre k omogočanju etičnega ravnanja njihovih podrejenih sodelavcev. Večina institucionalnih sistemov pozna neke vrste hierarhijo, v kateri imajo tisti na vrhu neko moč nad tistimi na dnu. Če so ljudje na vrhu dobri ljudje, so lahko takšni tudi na dnu. Mnogokrat se je že pokazalo, da človek na vrhu določa tok dogajanja. Pri tem mislim kogarkoli, ki je vodja nekega tima majhnega ali velikega. Sami veste, da raje delate z določenimi ljudmi kot z drugimi. Kdo še ni izkusil menjave vodstva ter takojšne spremembe klime; na boljše ali na slabše. Obenem pa vsi vemo kako hitro lahko začnejo medicinske sestre oponašati neprimerne prakse. Morda se ne zavedamo dovolj močno, kako ljudje, ki so dobri vzorniki vplivajo na druge. Verjetno je bila večina menedžerjev izbrana na svoj položaj zaradi svojih spretnosti v tem, da znajo vplivati na ekonomijo, učinkovitost in uspešnost. A to je treba kombinirati tudi z etiko. Brez etike ne bo uspešno nobeno podjetje ali organizacija.
Ena izmed etičnih dilem, ki čaka medicinsko sestro v psihiatriji je tudi zdravstvena nega nasilnega bolnika in fizično omejevanje. Odnos do agresivne osebe je etična dilema , ki ne zadeva samo dejavnosti zdravstvene nege, pač pa celotno družbo. Po eni strani vsi zelo radi poudarjamo, kako zelo nasprotujemo vsaki obliki nasilja, po drugi strani v primeru, ko je ogrožen nekdo, ki nam je blizu, zahtevamo prav tàko odločno in tudi agresivno ukrepanje. Zdravstveno osebje ima na voljo veliko metod in načinov komuniciranja s tistimi bolniki, pri katerih je zaradi narave bolezni velika verjetnost agresivnega vedenja. Izkušnje kažejo, da z uporabo teh metod, postopkov, načina vedenja in profesionalnega odnosa agresivno vedenje velikokrat omilimo in umirimo. Prav tako se je treba zavedati, da se tega ne da naučiti čez noč, da je potrebno zelo veliko izkušenj, samokritičnosti, pogovorov in razmišljanja. Kljub temu se nam dogaja, da bolnika tudi tako ne moremo umiriti. V primeru, ko bolnik kaže znake, po katerih lahko predvidimo nasilno vedenje ali kadar je bolnik že fizično nasilen, je vedno v ospredju dilema: Ali je fizično omejevanje res potrebno in ali je bilo potrebno? Ker na vprašanje ni zadovoljivega odgovora, ostane trajen dvom, možno je obsojanje, odločitev brez prave obrambe, kar pri medicinskih sestrah in zdravstvenih tehnikih počasi, a vztrajno povzroča razpoke v njihovi poklicni in osebni samozavesti in nazadnje v njihovem delovanju. Da se to ne bi dogajalo, bi jim morala biti supervizija in svetovanje vedno dostopna. Kljub temu ne smemo zapirati oči pred kritiko naše okolice, pač pa moramo vsem, ki nas kritizirajo, stopiti nasproti in jih pozvati, naj nam pomagajo poiskati rešitve, ki bodo sprejemljivejše za vse.

Možnost supervizije bi moralo imeti osebje zdravstvene nege zagotovljeno tudi ob dogodku ko pride do samomora na oddelku. Občutki krivde stresno vplivajo na osebje. Menedžerji morajo vzpodbujati strokovno in etično ravnanje, obenem pa zagotavljati tudi možnosti za take ravnanje.
Pomembno se je tudi ozreti na etično načelo, ki govori o nudenju kompetentne zdravstvene nege. Ob tem načelu se lahko zamislimo pri nekaterih standardih, ki jih ne upoštevamo, jih ne poznamo ali pa so nam kaj malo mar. Mislim predvsem na standarde, ki pravijo, da morajo medicinske sestre svoje znanje nenehno izpopolnjevati, da si morajo prizadevati za osebnostno in strokovno rast, za razvoj in napredek stroke kot celote in uvajanje strokovnih novosti . Zavedati se moramo, da v nobeni stroki ni več zadostno tisto znanje, ki ga pridobimo v času šolanja. Če je zdravstvena nega stroka in to trdimo in dokazujemo, potem potrebuje napredek in razvoj. Če je zdravstvena nega stroka in nosilke stroke medicinske sestre, potem so te odgovorne za razvoj. Obenem pa vsebuje to načelo tudi standard, ki govori o tem, da moramo svoje znanje posredovati kolegicam in kolegom.

Temeljno področje Kodeksa, ki govori o medicinski sestri in sodelavcih je opredeljeno v načelu VII.

VII. Zdravstvena obravnava varovanca naj predstavlja skupno prizadevanje strokovnjakov različnih zdravstvenih poklicev: medicinska sestra priznava in spoštuje delo sodelavcev.

Čeprav to načelo izpostavlja timsko sodelovanje, to še vedno ni zaživelo v polni meri . Medicinska sestra je sicer vodja negovalnega tima, toda zdravnik pogosto še vedno ne sprejema dejstva, da bi medicinska sestra podala svoje mnenje in opozorila na težave, ki jih ima bolnik in ki bi jih moral upoštevati tudi zdravnik. Odnosi med poklici so zaostreni, vsak si išče svojo pozicijo. Nerazumevanje med poklici pa se odraža v odnosu do bolnikov.

Pomemben se mi zdi tudi standard, ki govori o posebni skrbi in pozornosti do študentov. Kadar nimamo volje in smo neprijazni do študentov in dijakov zdravstvene nege, nepotrpežljivi s pripravniki in mlajšimi sodelavci naše stroke, kršimo tudi etična načela svojega poklica, poleg tega, da si slabo vzgajamo svoje sodelavce.

V standardih tega načela je izražena tudi dolžnost ukrepanja ob neetičnem ravnanju naših kolegic ali ostalih sodelavcev. Ob takšnih dogodkih je potrebno ukrepati. Vendar je to lažje reči kot storiti. Posledice razkrivanja nepravilnosti so lahko zelo hude. Potreben je neizmeren pogum, da se zoperstavimo proti krivicam in nepravilni praksi. Vendar so lahko posledice, če ne ukrenemo ničesar, še hujše.

Tudi ostala načela s svojimi standardi nas opozarjajo na etično ravnanje tako posamezne medicinske sestre kot poklicne skupine Večkrat bi morali razmišljati in razpravljati o njih. Etična pravila v organizaciji so potrebna kot osnova za medsebojno spoštovanje njenih ljudi, strank – bolnikov ter organizacije kot celote. Dostikrat sprejeto paternalistično načelo, da tisto kar nam naroči zdravnik ali kdo drug, ki nam je predpostavljeni, že mora biti v redu, saj ta ve, ker je višji od nas, nas ne opravičuje pri neetičnem ravnanju. Uveljavljeni organizacijski sistemi, sprejeta razmejitev postopkov in posegov med posameznimi poklicnimi skupinami ob bolniku ne smejo biti izgovor, da o svojem delu ne razmišljamo in razpravljamo. To pomeni poslušati in pogovarjati se preden ukrepamo. Pomeni spoštovanje vseh ljudi, ne le nekaterih, takšnih kot so in kar so.

ZAKLJUČEK

V pričujočem sestavku so zajete nekatere najvidnejše etične dileme, ki se nam razkrivajo ob vsakodnevnem delu s psihiatričnimi bolniki. Medicinske sestre in zdravstveni tehniki morajo imeti svoj poklicni Kodeks etike vgrajen v svoj poklicni in osebni vrednostni sistem. Teoretično poznavanje Kodeksa pridobijo v času izobraževanja, vsakodnevno delo z bolniki pa je tisto, ki prinese praktične izkušnje in posluh, da smo v svojem ravnanju etični. Pri tem morajo biti vsakemu začetniku svetovalci in vzorniki sodelavci, ki so že dalj časa v poklicu.

MLADOSTNIK IN NJEGOVE PRAVICE

Maruša Klanjšek, dipl.m.s
Irma Antončič, vms., prof.def.
Enota za adolescentno psihiatrijo, KOMZ
Psihiatrična klinika Ljubljana

UVOD

Mladostništvo ali adolescenca je razvojno obdobje med otroštvom in odraslostjo človeka. V teh devetih letih se otrok, ki je še odvisen od staršev, razvije v samostojno in neodvisno osebo. V tem času se skladno z njegovo zrelostjo spreminjajo tudi njegove pravice in dolžnosti. Na Enoti za adolescentno psihiatrijo se dobro zavedamo pravic, ki jih ima mladostnik, ter jih skladno z njegovo zrelostjo ter glede na njegovo specifično problematiko, individualno vključujemo v zdravstveno obravnavo, tako da delamo v zaščito in korist mladostnika. Posebno pozorni smo na dve prelomni starosti, pri katerih se spremenijo pravice mladostnika. Po zakonu so starši dolžni do polnoletnosti, torej do dopolnjenega 18. leta starosti, svojega otroka preživljati, skrbeti za njegovo življenje in zdravje, ga vzgajati, šolati itd., torej ga zastopati v njegovo največjo korist. Do otrokove polnoletnosti tudi z njegovim premoženjem upravljajo starši. Poleg tega pa je otrok, ki je dopolnil 15. let starosti, sposoben privolitve v zdravstveno oskrbo ter medicinske posege. Pri teh letih lahko sam sklepa tudi pravne posle. Pred dopolnjenim 15. letom o teh pravicah odločata starša (oz. skrbnik), otrok pa ima pravico, da se pri odločanju kar najbolj mogoče upošteva njegovo mnenje.

Skladno z obstoječimi zakoni in konvencijami imamo na Enoti za adolescentno psihiatrijo določena pravila, ki se jih morajo držati mladostniki. To so oddelčna pravila, s pomočjo katerih se vzdržuje red na oddelku, ter specifična pravila oddelka, strnjena v t.i. Terapevtski dogovor (TD), ki ga mora ob sprejemu podpisati vsak pacient. V primeru kršitve katerega od pravil TD načeloma sledi odpust pacienta. Ker pa so mladostniki, ki se zdravijo pri nas, različnih starosti, so tudi njihove potrebe in težave zelo raznolike, pa tudi zadovoljujejo se na različne načine. Da bi dosegli čim boljše učinke zdravljenja, obstoječa pravila nemalokrat prilagajamo glede na posameznega mladostnika in njegove težave. V nadaljevanju so predstavljena področja, kjer se sreča mladostnik s svojimi pravicami, starši s svojimi željami ter osebje s svojimi dolžnostmi, z odgovornostmi in svojo vestjo.

- Sprejem pacienta na oddelek

- Prekinitev zdravljenja (samovoljna odločitev pacienta za prekinitev zdravljenja ter kršitev TD)
- Posredovanje informacij o pacientu svojcem
- Prijava spolne zlorabe pacienta

Sprejem pacienta na oddelek

Enota za adolescentno psihiatrijo je odprti oddelek, kar v osnovi pomeni, da se mladostnik samovoljno odloči za zdravljenje oziroma privoli v zdravljenje po nasvetu bodisi ambulantnega psihiatra, šolskega psihologa, staršev ali pomembnih drugih. Vendar pa so primeri, ko mladostnik sam začuti potrebo po pomoči in se odloči za zdravljenje ter je na hospitalizacijo tudi pripravljen, le redki. Običajno je do svojih zdravstvenih težav, ki jih opazijo drugi, nekritičen. Ker nima uvida v svoje bolezensko stanje, ne čuti potrebe po zdravljenju. Do problema lahko pride, ko zdravnik psihiater oceni potrebo po zdravljenju in mladostnika sprejme na oddelek, mladostnik pa si bodisi v začetku ali tekom zdravljenja premisli in želi hospitalizacijo odkloniti oziroma jo prekiniti.

Medicinska sestra (MS), ki je vezni člen med pacientom in zdravnikom ter je prva ob sprejemu mladostnika, ima zato izredno pomembno vlogo. Z zdravstveno nego, ki se začne že takoj ob vstopu mladostnika na oddelek, pomembno vpliva na nadaljnji potek obravnave. Med MS in mladostnikom se med sprejemom začne razvijati odnos. In ravno od prvega stika mladostnika z MS ter vzpostavljenega odnosa med njima, je odvisno, kako bo mladostnik sprejel hospitalizacijo.

MS se zaveda, da ima mladostnik pravico, da se samostojno odloča o svojem zdravju in lahko po svoji želji kadarkoli zaključi zdravljenje v bolnišnici. Ker ve, da mladostnik potrebuje pomoč in mu želi pomagati, prevzame veliko odgovornost da ga prepriča, da sprejme zdravljenje. Ko se mladostnik še odloča o tem ali bo hospitalizacijo sprejel, je nesiguren, občutljiv in prestrašen, hkrati pa tudi dojemljiv in sugestibilen, zato MS do njega pristopa na poseben način. S pretanjenim občutkom in uporabo terapevtske komunikacije mladostniku ponudi možnost samoodločanja v dani situaciji ter mu hkrati predstavi pozitivne učinke zdravljenja. Vzame si dovolj časa za pogovor z njim, nanj ne pritiska in ga ne sili v hitre odločitve. Ponudi mu kompromis, naj ostane na oddelku vsaj en dan, da spozna dogajanje in način zdravljenja na oddelku. Tako mladostnik začuti, da je enakovreden partner v procesu zdravljenja in odločanja, počuti se bolj odraslega, kar večinoma pozitivno vpliva na njegovo izbiro o sprejemu oziroma odklonitvi hospitalizacije.

Lahko pa se mladostnik s hospitalizacijo strinja vendar se prestraši besede »psihiatrija«. Skrbi ga, kako ga bodo sprejeli sošolci, prijatelji in drugi, ko se vrne v zunanje okolje. Boji se, da ga bodo imeli za norega in bo zato izločen iz družbe. MS se zaveda, da je tudi v takih in podobnih primerih ključnega pomena njen pristop do pacienta. Sprejme ga prijazno, odprto, spoštljivo in razumevajoče. Predstavi mu oddelek, tim in način zdravljenja ter prisluhne njegovim težavam in željam. S takšnim terapevtskim pristopom mu omogoči, da se sprosti, pozabi na nekatere strahove in vzpostavi občutek varnosti ter zaupanje med njima. Terapevtski odnos ter zaupanje, ki se razvijeta med njima, ustvarita ustrezno terapevtsko ozračje, kar je pogoj za uspešno nadaljnjo obravnavo mladostnika.

Prekinitev zdravljenja

Običajno se zdravljenje mladostnika zaključi, ko le-ta doseže zastavljene terapevtske cilje in je sposoben funkcionirati v svojem okolju. V določenih primerih pa temu ni tako. Iz različnih vzrokov, običajno zaradi stiske, se mladostnik lahko odloči za prekinitev zdravljenja. Nekateri mladostniki težko spregovorijo na skupinah ali pa jim skupine niso všeč in ne najdejo volje in motivacije, da bi na njih sodelovali. Spet drugi se težje vključijo med ostale sobolnike in v samo dogajanje na oddelku izven skupin, kar jim povzroča neprijetne občutke in stisko. Nekatere pa skrbi dolgotrajnejša odsotnost od pouka. Strah jih je, da zamujene snovi ne bodo mogli nadoknaditi in bodo morali letnik ponavljati. Zdravljenje jim je v breme, ker imajo občutek, da z njim izgubljajo čas, ki bi ga sicer namenili šolskim obveznostim. Ne gre zanemariti niti primerov, ko zaradi različnih vzrokov tudi starši ne želijo, da je njihov otrok hospitaliziran in ga zato vzpodbujajo k čim hitrejšem zaključku zdravljenja.

Pomembno vlogo v takšnih situacijah ima MS, ki je z mladostnikom 24 ur na dan in lahko pravočasno prepozna njegovo stisko. Ker mladostnik svojih težav običajno ne izraža neposredno, verbalno, ampak zelo posredno in slabo prepoznavno, pogosto tudi s telesnimi simptomi, ga MS z empatičnim

pristopom ter terapevtsko komunikacijo vzpodbudi, da izrazi svoja občutja in želje. Pokaže mu, da ga razume in da mu je pripravljena pomagati. To mu veliko pomeni, saj tako dobi občutek, da je vsaj nekomu mar za njegove stiske. Okrepi se tudi občutek varnosti in zaupanja mladostnika do osebja. To pa je pogoj, da pacient pokaže pripravljenost za sprejemanje pomoči in nasvetov ter sklepanje kompromisov. MS mu nato pomaga pri tistih aktivnostih, ki jih sam ne zmore storiti in mu povzročajo stiske (organizacija prostega časa, navezovanje stikov, vključevanje v zunanje okolje itd.), poišče in aktivira pa tudi tiste potenciale, ki mu pomagajo, da čim prej postane samostojen. MS s svojimi intervencijami pomembno vpliva na počutje mladostnika, oblikovanje njegovega mišljenja ter sprejemanje odločitev.

Velik vpliv na mladostnika in njegove odločitve glede zdravljenja imajo tudi starši oziroma njegovi najbližji. Navsezadnje mladostnik običajno prihaja iz družinskega okolja in se po končani hospitalizaciji vanj tudi vrača. Reševanje njegovih težav je zato precej odvisno od ravnanja in odzivanja staršev. Ker so le-ti običajno prisotni ob sprejemu mladostnika (ni pa nujno), MS lahko že takrat oceni njihov odnos do bolezni ter pripravljenost za sodelovanje pri zdravljenju mladostnika. Starši lahko zavračajo hospitalizacijo zato, ker imajo sami občutke krivde in sramu ali pa ne zmorejo sprejeti bolezni mladostnika. Nekateri pa so na mladostnika močno navezani in ga zato težko predajo roki psihiatrije. MS prepozna stisko staršev ter jim ob sprejemu prisluhne, jih razume in potolaži, sprosti in razbremeni ter jim tako vlije optimizem ter jih pripravi na sodelovanje pri zdravljenju mladostnika.

MS vse pomembne informacije o pacientu posreduje zdravstvenemu timu. Naše delo se namreč prepleta in je medsebojno odvisno. Vsak član tima ima pomembno vlogo pri zdravljenju mladostnika in mu pomaga na specifičen način. Nekaterim mladostnikom lahko pomaga pogovor z zdravnikom, drugim pa pogovori na Veliki terapevtski skupini, ki jo vodi zdravnik ali psiholog. Pacienti na tej skupini spregovorijo tudi o svojih izkušnjah glede želje po prekinitvi zdravljenja. Kadar spoznajo, da mladostnik zdravljenje potrebuje, mu predlagajo naj še ostane na oddelku. Pohvalijo ga, da so pri njem opazili napredek in uspeh pri zdravljenju, ter mu tako vlijejo motivacijo in voljo za nadaljnje zdravljenje. Pacienti, ki so zmožni opravljati šolske aktivnosti, se sčasoma lahko z zdravnikom, socialno delavko in šolskim učiteljem dogovorijo za vključitev v bolnišnično šolo, ki poteka na oddelku v obliki individualnih ur. Pacient tako lahko nadaljuje zdravljenje v bolnišnici, hkrati pa ne zamuja šolske snovi.

Mladostniki večinoma kršijo TD, kadar se režejo, bruhajo, brez odobritve zdravnika odidejo izven dovoljenega bolnišničnega območja itd. V takšnih primerih se za vsakega posameznika posebej timsko odločamo o nadaljevanju njegove hospitalizacije, in sicer glede na njegovo potrebo po zdravljenju, motivacijo ter stopnjo kršitve TD. Kadar ocenimo, da mladostnik resnično potrebuje zdravljenje in je v času hospitalizacije tudi napredoval, ga bodisi odpustimo za določen čas, nato pa ima možnost ponovnega povratka na oddelek, bodisi se dogovorimo, da ostane na oddelku, vendar je ob naslednji kršitvi resnično odpuščen. Mladostnika ob kršitvi TD pogosto ne odpustimo z oddelka takoj, ker se zavedamo, da mu nagli in dokončni odpust lahko prinese več škode kot koristi.

Posredovanje informacij o pacientu svojcem

Na oddelku skrbimo, da se pacienti počutijo varne in zaščitene. V ta namen ob sprejemu izpolnijo dokumentacijo, kjer navedejo osebe, katerim lahko osebno predajamo informacije o njihovi hospitalizaciji in zdravstvenem stanju. Običajno so to starši ali skrbniki. Pacient, ki je starejši od 18. let, ima pravico, da se informacij o njem ne predaja nikomur ali pa se predaja le določene informacije, ki jih navede. V takšnem primeru pacientu zagotovimo, da na oddelku ne pride v kontakt z navedenimi osebami vse dokler te želje pisno ne prekliče.

Prijava spolne zlorabe pacienta

Vedno več je primerov, ko je pacient v svojem domačem okolju utrpel spolno zlorabo. Nemalokrat je ravno MS tista, ki ji mladostnica najlažje zaupa o teh bolečih dogodkih. MS ji prisluhne in ji ponudi podporo in pomoč v obliki pogovora, povpraša jo tudi za njene želje o prijavi posiljevalca. Nekatere pacientke lahko že same sprožijo postopek prijave posiljevalca, druge za to potrebujejo podporo osebja, neredki pa so primeri, ko pacientka storilca iz določenih individualnih razlogov ne želi prijaviti ter prosi MS naj te zaupne informacije ne posreduje nikomur. V takšnih situacijah MS pacientko najprej

pomiri in ji zagotovi, da je na oddelku varna in da ničesar ne bo storila brez njene privolitve. V nasprotnem primeru bi pacientka izgubila pomembno zaupanje do osebja. MS pacientki razloži, da za zdravje pacientov na oddelku skrbimo skupina strokovnjakov, ki si delimo vse informacije o pacientih in njihovih težavah, saj le tako lahko celovito obravnavamo vsakega pacienta in delamo v njegovo največjo korist. Razloži ji, da bo informacijo predala timu, saj smo po zakonu, do njene polnoletnosti, spolno zlorabo dolžni prijaviti, vendar ničesar ne bomo storili brez njene vednosti in privolitve. Predlaga ji, da se o morebitni prijavi spolne zlorabe dogovorita skupaj z zdravnikom. Takšna razumevajoča razlaga pacientko pomiri, ohranja zaupanje do osebja in tako omogoča nadaljnjo obravnavo problema.

ZAKLJUČEK

Za zaključek bi omenila, da se praktično vsakodnevno srečujemo z uveljavljanjem mladostnikovih pravic, ki pa mladostniku niso vedno v korist. Mladostnik je namreč ravno dovolj star, da se zaveda svojih pravic, hkrati pa še preveč mladostniško vihrav, nezrel in nekritičen, da bi znal oceniti, katera odločitev je najboljša za njegovo zdravje. Na tej poti dozorevanja in prevzemanja odgovornosti za svoje zdravje, mu z različnimi pristopi in veliko vloženega truda odpira oči celoten tim EAP oddelka.

Literatura:

internetni viri; Republika Slovenija; državni zbor; zakoni in akti

Zakon o zakonski zvezi in družinskih razmerjih:

http://www.dz-rs.si/index.php?id=101&sm=k&q=zakon+o+zakonski+zvezi&mandate=-1&unid=UPB|9E864748CDEFDB4EC1256E8C003B1B93&showdoc=1

Zakon o pacientovih pravicah:

http://www.dz-rs.si/index.php?id=101&sm=k&q=zakon+o+pacientovih+pravicah&mandate=-1&unid=SZ|C12563A400338836C12573B7003157E4&showdoc=1

KO GRADIMO MOST MED ZAKONI IN PRAKSO

(Izkušnje iz gerontopsihiatrije)

Zlata Živič, dipl.med.ses.

Psihiatrična klinika Ljubljana

IZVLEČEK

Prispevek skuša na izkustveni ravni opisati izkušnje soočanja prakse zdravstvene obravnave v gerontopsihiatriji z novo zakonodajo na področju zaščite pacientovih pravic. Pri tem so v ospredju pozitivne izkušnje in iskanje poti za konstruktivno reševanje problemov.

Teoretična izhodišča predstavlja povzetek Zakona o pacientovih pravicah, Zakona o duševnem zdravju, Kodeksa etike zdravstvenih delavcev Slovenije in značilnosti demence, kot,v luči nove zakonodaje najbolj izpostavljene bolezni v gerontopsihiatriji.

Praktični del predstavlja razmišljanja avtorice o nekaterih izkušnjah ob uvajanju zakonskih določil v prakso in njene predloge za razmislek o morebitnih bodočih korekcijah in dopolnitvah zakonodaje.

UVOD

Že iz naslova je razvidno, da namen prispevka ni kritika novosti v zdravstveni zakonodaji, tudi ne njenih posameznih delov. Na nek način se s svojim prispevkom želim pridružiti zakonodajalcem, ki so s popolnoma novim konceptom reševanja sporov med pacienti in izvajalci zdravstvenih storitev želeli prispevati k dvigu kulture mirnega reševanja sporov (Brulc, Pirc Musar, 2008). Prispevek obravnava nekatere praktične težave, pomisleke in dileme, s katerimi se soočamo na gerontopsihiatričnih oddelkih, s ciljem, da jih čim prej ustrezno in v skladu z zakonodajo rešimo, če pa se izkaže, da to ni možno, da se čim prej posreduje konstruktivne predloge zakonodajalcu, da zakonodajo prilagodi praktičnim potrebam.

Prispevek se omejuje na predstavitev in razpravo glede na Zakon o pacientovih pravicah (v nadaljevanju ZpacP), in na Zakon o duševnem zdravju (v nadaljevanju ZDZdr) v povezavi s Kodeksom etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije predvsem glede na izkušnje v obravnavi pacientov v gerontopsihiatriji s poudarkom na posebnih potrebah pacientov z demenco.
ZpacP je v celoto povezal materialnopravno in procesnopravno komponento varstva pacientovih pravic. S težnjo po sistemski ureditvi je povsem na novo uredil obče pacientove pravice in tudi postopkovni vidik njihovega uveljavljanja in varstva (Brulc, Pirc Musar, 2008). ZDZdr določa sistem zdravstvene in socialno varstvene skrbi na področju duševnega zdravja, nosilce(ke) te dejavnosti ter pravice osebe med zdravljenjem v oddelku pod posebnim nadzorom psihiatrične bolnišnice, obravnavo v varovanem oddelku socialno varstvenega zavoda in v nadzorovani obravnavi.
Ni dvomiti, da ZpacP obstoječemu sistemu zdravstvenega varstva dodaja kakovost in paciente postavlja v ugodnejši položaj nasproti izvajalcem zdravstvenih storitev v javnem in zasebnem sektorju. Kljub skrbi zakonodajalca za minimaliziranje negativnih učinkov za izvajanje zdravstvenih storitev in

zdravstveno osebje se povečanju obremenitev oziroma obveznostim ni bilo mogoče izogniti, saj gre za predpis, ki je primarno namenjen pacientu kot najšibkejšemu udeležencu v procesu zdravstvene oskrbe (Brulc, Pirc Musar, 2008). Izpostaviti velja, da so načela in določila v tem zakonu skladna z načeli in standardi Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, kar zaposlenim v zdravstveni negi nalaga dolžnost, da se aktivno vključimo v uveljavljanje zakona v prakso.

Aktivno vključevanje ne pomeni le uveljavljanje določil v prakso v smislu reorganizacije delovanja s ciljem vključevanja nalog iz določil zakona, pač pa tudi kritično presojo dejanskih učinkov določil v praksi, njihovo vrednotenje glede na dejanske prednosti in morebitne pri pisanju zakona prezrte slabosti, seveda z vidika koristi pacientov. Zdravstvena zakonodaja namreč ne more biti nikoli dokončana, ne popolna in jo vedno znova prilagajamo (Strojin, 1998). Nekatere stvari enostavno niso predstavljive pred dejansko uporabo, posebej se lahko izkažejo problematične v nekaterih okoliščinah, ki jih zakonodajalec (tudi zaradi nepoznavanja) ni predvidel. Razlike verjetno nastajajo tudi v razumevanju določil. Jasno je, da je in še bo potrebna prilagoditev tako v načinu dela kot tudi v razmišljanju, je pa verjetno že čas za prve ugotovitve in ocene, pa tudi prve predloge rešitev.
Premostitev težav je možna le z odprtim dialogom. Najprej je potreben dialog med strokovnjaki, kar pomeni izmenjavo izkušenj s ciljem poiskati najboljše rešitve določenih novosti, ki jih v prakso prinaša zakon in poenotenje stališč do določil v sami stroki. Nadalje pa tudi vzporedno je potreben dialog z zakonodajalci oziroma s pravnimi strokovnjaki, ki bodo po eni strani pomagali pravilno tolmačiti zakonska določila na tem področju običajno ne dobro usposobljenim zdravstvenim delavcem, po drugi strani pa bodo pravni strokovnjaki dobili boljši vpogled v praktične težave, pomisleke in dileme, s katerimi se pri uveljavljanju zakonskih določil soočamo zdravstveni izvajalci.
ZDZdr nam je, vsaj s praktičnega vidika nekoliko manj znan, saj se z njim seznanjamo predvsem na informativni ravni, večinoma parcialno in (tudi) zato verjetno precej nenatančno, kar (morda) vodi v določene pomisleke, ki niti niso potrebni, ali pa niso tisti, ki bodo po uveljavitvi zares aktualni. Izkušnje iz preteklosti nas vedno znova učijo, da se »nobena juha ne poje tako vroča, kot se skuha« in zelo verjetno bo podobno tudi po uveljavitvi tega zakona. Bolj verjetno je, da se bodo pokazale številne pozitivne lastnosti, so pa običajno prisotne nekatere pomanjkljivosti. Kako velike so, bo pokazal čas. Zakon obravnava varstvo pravic posebno ogrožene skupine prebivalstva in smo ga kot takega dolžni podpreti in pokazati interes za njegovo uveljavitev. Trenutno se ob branju zakona na nekaterih področjih čuti manjše oziroma parcialno poznavanje problematike oziroma vsebine ukrepov, potreb in možnosti. Tako so nekatera področja zelo razdelana, nekaterih, ki pa se tudi zdijo sporna in povzročajo dileme pri presojanju, pa zakon (skoraj) ne omenja.
Namen prispevka je torej predvsem izpostaviti področja, kjer se srečujemo z razlikami v razumevanju zakonskih določil in pa zakonska določila, ki predpisujejo ravnanja, ki lahko porajajo dvome o skladnosti takega ravnanja s profesionalnimi etičnimi normami.

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Teoretična izhodišča predstavljajo Zakon o pacientovih pravicah, Zakon o duševnem zdravju in Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov ter gerontopsihiatrična obravnava pacientov s poudarkom na demenci.

Zakon o pacientovih pravicah (ZpacP)

Zakon je Državni zbor Republike Slovenije sprejel 29. januarja 2008. Objavljen je bil v Uradnem listu Republike Slovenije (v nadaljevanju UR RS), št. 15/2008 z dne 11. 2. 2008) Glede na 92. člen ZpacP je le ta začel veljati petnajsti dan po objavi v UR RS, uporabljati pa se je začel šest mesecev po njegovi uveljavitvi, razen določb 16. In 17. člena zakona, ki sta se začeli uporabljati eno leto po uveljavitvi zakona.
Pri uresničevanju pravic pacientov po tem zakonu se upoštevajo načela, ki jih določa 3. člen ZpacP. Ta načela so:

- spoštovanje vsakogar kot človeka in spoštovanje njegovih moralnih, kulturnih, verskih, filozofskih in drugih osebnih prepričanj,
- spoštovanje telesne in duševne celovitosti ter varnosti,
- varstvo največje zdravstvene koristi za pacienta, zlasti otroka,
- spoštovanje zasebnosti,
- spoštovanje samostojnosti pri odločanju o zdravljenju,
- spoštovanje osebnosti in dostojanstva tako, da nihče ni socialno zaznamovan zaradi svojega zdravstvenega stanja in vzrokov, posledic ter okoliščin tega stanja ali zdravstvene oskrbe, ki jo je bil zaradi tega deležen.

Seznam pacientovih pravic predstavlja 5. člen ZpacP in sicer:

- pravica do dostopa do zdravstvene oskrbe in zagotavljanja preventivnih storitev,
- pravica do enakopravnega dostopa in obravnave pri zdravstveni oskrbi,
- pravica do proste izbire zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev,
- pravica do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe,
- pravica do spoštovanja pacientovega časa,
- pravica do obveščenosti in sodelovanja,
- pravica do samostojnega odločanja o zdravljenju,
- pravica do upoštevanja vnaprej izražene volje,
- pravica do preprečevanja in lajšanja trpljenja,
- pravica do drugega mnenja,
- pravica do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo,
- pravica do varstva zasebnosti in varstva osebnih podatkov,
- pravica do obravnave kršitev pacientovih pravic,
- pravica do brezplačne pomoči pri uresničevanju pacientovih pravic.

Zakon pa poleg pravic v 54. členu določi tudi pacientove dolžnosti, torej, da je za doseganje kakovostne in varne zdravstvene oskrbe pacient dolžan:

- dejavno sodelovati pri varovanju, krepitvi in povrnitvi lastnega zdravja,
- v času bolezni ravnati v skladu s prejetimi strokovnimi navodili in načrti zdravljenja, v katere je ustno oziroma pisno privolil,
- dati pristojnemu zdravniku in drugim pristojnim zdravstvenim delavcem oziroma zdravstvenim sodelavcem vse potrebne in resnične informacije v zvezi s svojim zdravstvenim stanjem, ki so mu znane in so pomembne za nadaljnjo zdravstveno oskrbo, zlasti podatke o svojih sedanjih in preteklih poškodbah ter boleznih in njihovem zdravljenju, boleznih v rodbini, morebitnih alergijah in zdravilih, ki jih uživa,
- obvestiti zdravstvene delavce in zdravstvene sodelavce o nenadnih spremembah zdravstvenega stanja, ki se pojavijo med zdravljenjem,
- biti obziren in spoštljiv do zasebnosti in drugih pravic drugih pacientov ter zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev,
- spoštovati objavljene urnike, hišni red in predpisane organizacijske postopke izvajalcev zdravstvenih storitev,
- pravočasno obvestiti izvajalca zdravstvenih storitev o morebitnem izostanku na pregled ali zdravljenje.

Zakonsko besedilo vsebuje precej navzven neopaznih kompromisov, med katerimi so tudi taki, ki ne pomenijo nujno optimalne in primerne ureditve posameznih vprašanj z vidika varstva pacientovih pravic, saj so učinki mnogih, zlasti procesnopravnih rešitev zelo nepredvidljivi, posebej pa je težko predvideti, kako bodo zaživele rešitve, ki jih tudi tujina ne pozna (Brulc, Pirc Musar, 2008).

Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr)

Zakon je Državni zbor Republike Slovenije sprejel 15. julija 2008. Objavljen je bil v UR RS št. 77/2008 z dne 28. 7. 2008. Veljati je začel petnajsti dan po objavi v UL RS, uporabljati pa se začne eno leto po njegovi uveljavitvi.

Z dnem, ko se začne uporabljati ta zakon, prenehajo veljati določbe 70. do 81. člena Zakona o nepravdnem postopku in določba 49. člena Zakona o zdravstveni dejavnosti.

Zakon posebej določa sistem zdravstvene in socialno varstvene skrbi na področju duševnega zdravja, ki obravnava posebej ranljivo skupino ljudi, ki tako terja posebno družbeno skrb za zaščito njihovih pravic.

(I.) Splošne določbe

Zakon prepoveduje vse oblike zapostavljanja na podlagi duševne motnje. Pri obravnavi osebe se ji mora zagotoviti varstvo osebnega dostojanstva ter drugih človekovih pravic in temeljnih svoboščin, individualna obravnava in enaka dostopnost do obravnave.

Zakon določa mrežo izvajalcev, ki izvajajo programe in storitve za duševno zdravje v okviru javne službe. Mrežo sestavljajo izvajalci psihiatričnega zdravljenja, socialno varstvenih programov in storitev, nadzorovane obravnave in obravnave v skupnosti.

V primeru kršitev pravic osebe kot uporabnika(ce) zdravstvenih storitev pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti se uporabijo določbe zakona, ki ureja pacientove pravice.

Republika Slovenija posebno skrb namenja duševnemu zdravju z vzpodbujanjem razvoja programov za osveščanje javnosti glede preprečevanja, razpoznavanja in zdravljenja duševnih motenj. Razvojni cilji in potrebe se opredelijo z nacionalnim programom varovanja duševnega zdravja za obdobje najmanj petih let. Program vsebuje strategijo razvoja in akcijski načrt varovanja duševnega zdravja, cilje, organizacijo, razvoj in naloge izvajalcev, mrežo izvajalcev programov in storitev za duševno zdravje in nosilce nalog za uresničevanje nacionalnega programa.

Zdravljenje osebe poteka v skladu s strokovno preverjenimi metodami in mednarodno priznanimi standardi. Posebne metode zdravljenja (elektrokonvulzivna terapija, hormonsko zdravljenje in uporaba psihotropnih zdravil v vrednostih, ki presegajo največji predpisani odmerek), se lahko izvajajo le izjemoma, pod pogoji, ki jih določa ta zakon, in le v psihiatričnih bolnišnicah.

Duševna motnja osebe sama po sebi ne predstavlja opravičljivega zdravstvenega razloga za izvedbo ukrepa sterilizacije ali umetne prekinitve nosečnosti. Znanstveno raziskovanje na osebi je omejeno s pogoji, naštetimi v zakonu.

(II) Pravice osebe v oddelku pod posebnim nadzorom, v varovanem oddelku in v nadzorovani obravnavi

Osebi se v času obravnave v oddelku pod posebnim nadzorom, v varovanem oddelku in v nadzorovani obravnavi zagotavlja spoštovanje človekovih pravic in temeljnih svoboščin, zlasti njene osebnosti, dostojanstva ter duševne in telesne celovitosti.

Pravice, ki se zagotavljajo osebi v oddelku pod posebnim nadzorom in varovanem oddelku, so:

- pravica do dopisovanja in uporabe elektronske pošte,
- pravica do pošiljanja in sprejemanja pošiljk,
- pravica do sprejemanja obiskov,
- pravica do uporabe telefona,
- pravica do gibanja,
- pravica do zastopnika.

Pravici, ki se zagotavljata osebi v nadzorovani obravnavi, sta:

- pravica do gibanja,
- pravica do zastopnika.

Omejitev pravic iz prejšnjega člena, razen pravice do zastopnika, je dopustna, če oseba ogroža svoje življenje ali življenje drugih ali huje ogroža svoje zdravje ali zdravje drugih ali povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim.

Seznam pravic, službene naslove in telefonske številke zastopnikov, in hišni red mora biti objavljen na vidnem mestu bolnišnice oziroma socialno varstvenega zavoda. Vse našteto mora vsebovati tudi posebna zloženka, ki se osebi izroči ob sprejemu v oddelek pod posebnim nadzorom in v varovani oddelek.

Pri obravnavi osebe se upošteva njena volja, če je ta v njeno korist.

Izvajalci programov in storitev za duševno zdravje so dolžni kot poklicno skrivnost varovati vse, kar pri opravljanju svojega poklica ali dela zvedo o osebi, zlasti informacije o njenem zdravstvenem stanju, osebnih, družinskih in socialnih razmerah ter informacije v zvezi z ugotavljanjem, zdravljenjem in spremljanjem bolezni ali poškodb.

(III.) Posebni varovalni ukrepi

Posebni varovalni ukrep (v nadaljevanju PVU) je nujen ukrep, ki se ga uporabi zaradi omogočanja zdravljenja osebe ali zaradi odprave oziroma obvladovanja nevarnega vedenja osebe, kadar je ogroženo njeno življenje ali življenje drugih, huje ogroženo njeno zdravje ali zdravje drugih ali z njim povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim in ogrožanja ni mogoče preprečiti z drugim, blažjim ukrepom.

PVU se uporabljajo v oddelkih pod posebnim nadzorom in varovanih oddelkih.

PVU sta telesno oviranje s pasovi in omejitev gibanja znotraj enega prostora. Uporabi se le izjemoma in lahko traja le toliko časa, kolikor je nujno potrebno glede na razlog njegove uvedbe, pri čemer PVU telesnega oviranja s pasovi ne sme trajati več kot štiri ure, PVU omejitve svobode gibanja znotraj enega prostora pa ne več kot 12 ur. Po preteku navedenega obdobja zdravnik preveri utemeljenost ponovne uvedbe PVU.

Osebo, pri kateri je bil uporabljen PVU, se nadzoruje, spremlja njene vitalne funkcije in strokovno obravnava ves čas trajanja PVU. O izvajanju posebnega varovalnega ukrepa se v zdravstveno dokumentacijo osebe vpišejo natančni podatki o razlogu, namenu, trajanju in nadzoru nad izvajanjem ukrepa. O izvajanju PVU psihiatrične bolnišnice in socialno varstveni zavodi vodijo evidenco.

O odreditvi in izvedbi PVU zdravnik, ki tak ukrep odredi, najkasneje v 12 urah od odreditve ukrepa pisno obvesti direktorja psihiatrične bolnišnice oziroma socialno varstvenega zavoda, najbližjo osebo, odvetnika in zastopnika. Glede mladoletnika ali polnoletne osebe, ki ji je odvzeta poslovna sposobnost, se obvesti tudi zakonitega zastopnika.

Če zdravnik ob osebi ni prisoten, lahko PVU uvede tudi drug zdravstveni(a) delavec(ka) v psihiatrični bolnišnici oziroma strokovni(a) delavec(ka) v socialno varstvenemu zavodu, vendar o tem takoj obvesti zdravnika, ki brez odlašanja odloči o utemeljenosti uvedbe ukrepa. Če zdravnik ukrepa ne odredi, se izvajanje ukrepa takoj opusti. Zdravstveni oziroma strokovni delavec o obvestilu zdravnika napravi pisni zaznamek.

Oseba, odvetnik, zakoniti zastopnik, najbližja oseba in zastopnik lahko predlaga izvedbo upravnega nadzora nad odreditvijo in izvedbo posebnega varovalnega ukrepa v skladu s predpisi, ki urejajo upravni nadzor v zdravstveni dejavnosti.

(IV) Postopki pred sodiščem

V zakonu so določeni postopki pred sodiščem in sicer:

- postopek za sprejem na zdravljenje v psihiatrično bolnišnico v oddelek pod posebnim nadzorom brez privolitve na podlagi sklepa sodišča,
- postopek za sprejem na zdravljenje v psihiatrično bolnišnico v oddelek pod posebnim nadzorom brez privolitve v nujnih primerih,
- postopek za sprejem v obravnavo v varovani oddelek socialno varstvenega zavoda brez privolitve na podlagi sklepa sodišča,
- postopek za sprejem na zdravljenje v nadzorovano obravnavo brez privolitve na podlagi sklepa sodišča.

V vseh teh postopkih mora zastopati interese pacientov pooblaščenec(ka), ki je odvetnik(ca).

Če oseba ni poslovno sposobna, ji sodišče omogoči, da samostojno opravlja procesna dejanja, če je sposobna razumeti pomen in pravne posledice takih dejanj.

(V.) Postopki sprejema osebe na zdravljenje oziroma obravnavo

Poglavje obravnava postopke sprejema na zdravljenje v psihiatrično bolnišnico v oddelek pod posebnim nadzorom, v varovani oddelek socialno varstvenega zavoda, v nadzorovano obravnavo in v obravnavo v skupnosti.

1. Sprejem na zdravljenje v psihiatrično bolnišnico v oddelek pod posebnim nadzorom

Osebi se zagotovi zdravljenje v oddelku pod posebnim nadzorom na podlagi ustreznega, individualno načrtovanega zdravljenja, ki se opredeli v načrtu zdravljenja. Če je oseba zmožna izraziti svojo voljo, se pri pripravi načrta zdravljenja upošteva tudi njeno mnenje, kolikor je to v njeno najboljšo zdravstveno korist. Načrt zdravljenja se redno preverja in po potrebi revidira.

Glede na privolitev pacienta ločimo sprejem na zdravljenje s privolitvijo in sprejem na zdravljenje brez privolitve. Sprejem brez privolitve je možen na podlagi sklepa sodišča in v nujnih primerih. Zakon določi še pogoje in postopke v primeru podaljšanje zadržanja, odpusta in premestitve iz oddelka pod posebnim nadzorom.

2. Sprejem v varovani oddelek socialno varstvenega zavoda

Sprejem osebe v varovani oddelek socialno varstvenega zavoda se izvede s privolitvijo ali brez privolitve osebe pod pogoji, ki so določeni v ZDZdr.

3. Nadzorovana obravnava

To je obravnava oseb s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo, ki se izvaja na podlagi sklepa sodišča pod nadzorom psihiatrične bolnišnice na območju bivanja pacienta.

Zdravljenje je dopustno, če gre za osebo s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo, če se je že zdravila v psihiatrični bolnišnici 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 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.

Zakon določa še koordinatorja in načrt nadzorovana obravnave.

4. Obravnava v skupnosti

Obravnava v skupnosti je izvajanje pomoči osebam, ki ne potrebujejo več zdravljenja v psihiatrični bolnišnici ali nadzorovani obravnavi, vendar potrebujejo pomoč pri psihosocialni rehabilitaciji, vsakdanjih opravilih, urejanju življenjskih razmer in vključevanju v vsakdanje življenje na podlagi načrta obravnave.

Zakon tudi tu določa načrt obravnave in koordinatorja obravnave v skupnosti.

V VI., VII, in VIII. poglavju ZDZdr so opisane z zakonom predpisane in za izvajalce obvezujoče evidence in poročanje, vrste in organi nadzora nad delovanje in izvajanjem določil zakona in kazenske določbe v primeru kršitev.

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov

Prvi Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov je bil sprejet na podlagi 87. člena zakona o zdravstveni dejavnosti na Skupščini zbornice zdravstvene nege Slovenije 25. 3. 1994 in objavljen v Uradnem listu RS, št. 4/2002. Dopolnjena in posodobljena verzija je bila sprejeta 17. februarja 2005 na skupščini Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Kodeks etike vsebuje devet načel, ki opredeljujejo medicinsko sestro v odnosu do varovanca, sodelavcev, družbe in poklica.

Etična načela so:

1. Medicinska sestra skrbi za ohranitev življenja in zdravja ljudi. Svoje delo je dolžna opravljati humano, strokovno in odgovorno ter v odnosu do pacienta spoštovati njegove individualne navade, potrebe in vrednote.
2. Medicinska sestra spoštuje pravico do izbire in odločanja. (Avtonomija pacienta).
3. Medicinska sestra je dolžna varovati kot poklicno skrivnost podatke o zdravstvenem stanju pacienta, o vzrokih, okoliščinah in posledicah tega stanja.
4. Medicinska sestra spoštuje dostojanstvo in zasebnost pacienta v vseh stanjih zdravja, bolezni in ob umiranju.
5. Medicinska sestra je dolžna nuditi pacientu kompetentno zdravstveno nego.
6. Delovanje medicinskih sester temelji na odločitvah v korist pacienta.
7. Zdravstvena obravnava pacienta naj predstavlja skupno prizadevanje strokovnjakov različnih zdravstvenih poklicev: medicinska sestra se zaveda poklicne pripadnosti ter priznava in spoštuje delo sodelavcev.
8. Medicinska sestra ravna v skladu z usmeritvami, ki zagotavljajo boljše zdravje in nadaljnji razvoj zdravstva.
9. Poklicne organizacije medicinskih sester sprejemajo odgovornost za upoštevanje in razvijanje etičnih načel v zdravstveni negi..

Kodeks etike ima namen pomagati medicinski sestri pri oblikovanju etičnih vrednot in je vodilo ter spodbuda pri delu v praksi zdravstvene nege. Medicinska sestra je zagovornica koristi pacienta in mu nudi fizično, psihično, socialno, duhovno ter moralno podporo.

Upoštevanje določb Kodeksa je obvezno za vsako medicinsko sestro in druge člane negovalnega tima.

Demenca

V slovenski psihiatrični terminologiji je demenca opredeljena kot izrazit in očiten sekundarni upad inteligentnosti (Kobal, 1999). Demenco lahko delimo po različnih kriterijih, med drugim jo lahko opredelimo glede na obseg pomoči, ki jo oboleli potrebuje v določenem obdobju bolezni, kjer ločimo samostojnost, delno odvisnost in popolno odvisnost od pomoči. Diagnostična klasifikacija temelji na psihopatoloških in nevropatoloških značilnostih (Melzer in sod., 2001).

Znaki, ki motijo sposobnost izvajanja življenjskih in dnevnih aktivnosti ter socialno integracijo, so motnje spomina, mišljenja, razumevanja, zaznavanja, volje in dejavnosti, orientacije, komunikacije,

računanja, besednega izražanja in presoje (Kogoj, 1996; Kogoj, 1999b; Majerle, 2000). Upadu spoznavnih sposobnosti se pogosto pridružijo psihiatrični in nevrološki znaki (Pišljar, 2000).

Motnje se lahko stopnjujejo do te mere, da pacienti ne prepoznajo niti najbližjih sorodnikov. Lahko postanejo redkobesedni, govorijo počasi, ponavljajo le še posamezne fraze, ne razumejo besed sogovornikov. Zelo je prizadeta orientiranost v času in prostoru, nekateri se ne orientirajo niti doma. Lahko živijo v zmotnem prepričanju, da še živijo s starši in podobno, ne prepoznajo predmetov in ne vedo, kako jih uporabiti, ali pa ne prepoznajo sorodnikov. Kljub temu, da demenca v tem obdobju ne prizadene fizične moči, večinoma ne zmorejo izvajati aktivnosti preoblačenja, hranjenja in osebne higiene. Pojavi se lahko inkontinenca, pomanjkanje apetita ali pretirana ješčnost. Varovanci postanejo odvisni od pomoči svoje okolice (Kogoj, 1996; Kogoj, 1999b; Majerle, 2000).

Kot komplikacije so najpogostejše psihotične motnje (blodnje in halucinacije), motnje razpoloženja (depresija, evforija, tesnoba, razdražljivost, nihanje razpoloženja), spremembe osebnosti (apatija, dezinhibicija, ravnodušnost, negativizem), vznemirjenost, agresivnost, stopicanje, tavanje, motnje spanja in apetita (Pišljar, 2000).

Psihiatrični simptomi predstavljajo hudo obremenitev za svojce in so najpogostejši vzrok za zdravljenje v bolnišnici oziroma za nastanitev v negovalni ustanovi (Logsdon in sod., 2000; McShane in sod., 2000; Ostwald in sod., 2000) ter pomembno prispevajo k upadu kakovosti življenja tako varovancev kot njihovih svojcev (Pišljar, 2000).

Kljub vsemu naštetemu pa so priporočila Alzheimer Europe da imajo tudi pacienti z demenco pravico odločati o svojem življenju, njihova vključenost pa je odvisna od ohranjenih sposobnosti. Prav tako imajo pravico izvedeti diagnozo, kolikor zgodaj je to mogoče, kar jim omogoča, da vnaprej izrazijo svoje mnenje glede odločitev v prihodnosti, ko tega ne bodo zmogli več. Pravico imajo do privolitve v diagnostične in terapevtske postopke, do lajšanja bolečine in druge ustrezne paliativne oskrbe, predvsem pa bolezen ne sme predstavljati diskriminacije pri uveljavljanju pravic iz zdravstvenega in socialnega zavarovanja (Kogoj, 2005).

RAZPRAVA

Že površna primerjava med zakonoma in profesionalnim kodeksom nakazuje skladnost. Podobnost pa se kaže tudi tam, kjer je ne bi pričakovali, to je, da povzročajo dileme pri odločanju in dvome v odločitve. Dileme in dvomi so za etične kodekse skoraj predpisani, od zakonskih določil pa pričakujemo predvsem da so konkretna in jasna. Tako pa se pogosto srečamo s pojmi kot na primer primerno, razumljivo, v skladu s sposobnostmi,…, kar terja subjektivno presojo, ki pa je lahko različna, celo med pripadniki strokovnjakov ali uporabniki samimi, še toliko bolj pa so verjetne razlike v predstavah uporabnikov in izvajalcev. Tako se ob prebiranju zakonodaje čutiš nekoliko opeharjen, kajti če so določila jasna, sicer navadno pomenijo določeno omejitev in/ali breme, vendar pa ti odvzamejo breme negotovosti, če je kaj narobe, je »krivo« določilo… Če je potrebna presoja, stvari postanejo kompleksnejše, možnost različnih problemov pa se poveča.

Dileme, ki nastajajo pri uveljavljanju določil ZpacP v prakso na gerontopsihiatričnih oddelkih so podobna etičnim dilemam zdravstvene nege pacientov v gerontopsihiatriji, nekatere težave pa se pojavljajo v povezavi z (ne)razumevanjem določil zakona, tako na strani uporabnikov, kot tudi na strani izvajalcev.

Že pri upoštevanju načela enakopravnosti pri obravnavi in dostopnosti se hitro zaplete, saj si določila uporabniki in izvajalci navadno razlagajo glede na svoje potrebe. Posebno je problematična prosta izbira zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev, saj le ti v resnici ne morejo biti popolnoma enakovredni, svoje pa odigra tudi prepoznavnost. Dolga čakalna doba pri izvajalcih, ki veljajo za »boljše« daje uporabnikom občutek kršitve njihovih pravic in povzroča nezadovoljstvo, kar pogosto zaradi narave dela in neposrednega stika z uporabniki občutimo ravno zaposleni v zdravstveni negi. Tudi v zakonu jasno določen kriterij prednosti pri obravnavi, ki je v nujnosti glede na zdravstveno stanje, si uporabniki navadno razlagajo tako, da je njihova težava takšna, da ima pri obravnavi prednost. Nepredvidljivost bolezni in različnih komplikacij glede zdravstvenega stanja v gerontopsihiatriji pa tudi povečuje možnost presoje, ki se ne izkaže za pravilno, kar dodatno povečuje dvom in stiske zaposlenih. Kljub odgovornosti zdravnika v timski obravnavi del (vsaj moralne) odgovornosti pri presojanju nujnosti nosimo tudi delavci v zdravstveni negi, saj je zdravniška presoja vsaj delno odvisna tudi od informacij, ki jih posredujemo mi.

V praksi je včasih težko določiti, kakšna je primerna, kakovostna in varna zdravstvena oskrba, saj v strokovni presoji včasih na račun ene kategorije zavestno zmanjšamo drugo. Tako na primer na račun ohranjanja psihofizičnih sposobnosti pacienta zavestno povečamo možnost komplikacij oziroma zmanjšamo varnost. Vzporedno sicer vzpostavimo aktivnosti, ki zmanjšuje pojav neželenih dogodkov, vendar pa obstaja dejstvo, da če do neželenih dogodkov pride, se moramo soočiti z dvomom o pravilnosti odločitve. Dejstvo je, da na splošno velja, da povečanje pravic navadno pomeni manj nadzora in tako zmanjšuje varnost, vendar se tega tako kot posamezniki kot tudi družba v celoti ne zavedamo dovolj. Na to kaže tudi odzivnost medijev, ki enako senzacionalistično reagirajo ob ukrepanju preden se zgodi nek neželeni dogodek, kot tudi, če se zaradi neukrepanja pred dogodkom neželen dogodek zgodi.

Pri pravici spoštovanja pacientovega časa morda še najbolj pride do izraza, da tako zakonodajalci kot izvajalci zdravstvenih storitev pri uveljavljanju ZpacP v prakso nismo posvetili dovolj pozornosti dolžnostim pacientov. Številne pravice so v neposredni odvisnosti z upoštevanjem dolžnosti. Kljub opozarjanju na potrditev obiska, ob sicer precej dolgi čakalni dobi pri gerontopsihiatru, se nemalokrat zgodi, da pacienta ni na določen datumu na pregled. Iz neznanih razlogov ima kljub naročanju po urah še vedno veliko pacientov navado, da pride na pregled ob začetku ordinacijskega časa in nemalokrat tudi iz različnih razlogov zahtevajo prednostno obravnavo. Na tem področju imamo v reševanju problematike verjetno tudi zaposleni v zdravstveni negi pomembno vlogo, tako v organizacijskem smislu kot tudi pri zdravstveno vzgojnem delu z uporabniki zdravstvenih storitev.

Zdi se, da je največ dvomov, dilem in ovir ravno na področju zagotavljanja pacientove avtonomije, ki se izraža v pravicah do obveščenosti, do sodelovanja, do samostojnega odločanja o zdravljenju. Značilnosti bolezni so povezane s sposobnostjo izvajanja teh pravic. Tako ZpacP kot tudi priporočila mednarodnih združenj na področju gerontopsihiatrije predvidevajo sodelovanje pacienta v skladu z zmožnostmi, ki jih dopušča njegova sposobnost razumevanja. Poseben problem pa predstavlja dejstvo, da se sposobnost razumevanja spreminja, cele tekom dneva. Pri vsaki informaciji, ki jo posredujemo pacientu moramo upoštevati, da nas morda ni razumel (to na splošno nikoli ni odveč, ne le v gerontopsihiatriji) in pa da obstaja možnost, da bo svoje stališče kmalu spremenil. Precej nejasnosti in posledične negotovosti povzroča tudi odločanje skrbnikov in/ali pooblaščencev. Po zakonu sposobnost odločanja o sebi kot privolitvena sposobnost ni vezana na poslovno sposobnost. Tudi če neko pravico omejimo, ker bi sicer posegali v pravice drugih pacientov, to lahko glede na subjektivno presojo pacient in njegovi svojci razumejo kot kršitev pravic(e). Nepotrebnim konfliktom se lahko izognemo le z veliko mero strpnega pojasnjevanja in razlage. Tu se pokaže pomembna vloga zaposlenih v zdravstveni negi zaradi stalne prisotnosti ob pacientu in svojcih, ki je v pojasnilni dolžnosti, ki je v zakonu sicer določena zdravniku, je pa nujna tudi pri ostalih zdravstvenih delavcih. Pomembno je dopolnjevanje pri informiranju in razlagi, saj je zelo naivno pričakovati (morda tudi očitek zakonu), da bo oseba, ki običajno nima na področju zdravstva ustreznega znanja, v kratkem času razumela množico informacij, ki jih po zakonu mora dobiti.

Pravica do upoštevanja vnaprej izražene volje bo morda nekoliko olajšala presojo, vendar vsaj v gerontopsihiatriji ni pričakovati, da jo bodo pacienti v kratkem množično uporabljali. Delno bo temu verjetno kriva tudi zapletenost postopka za izražanje volje.

Pri pravica do preprečevanja in lajšanja trpljenja smo v gerontopsihiatriji lahko v vlogi zagovornika pacienta in s svojim znanjem posredujemo informacijo o morebitnih bolečinah, ki jih pacient izraža na neobičajen, njemu lasten način. Po drugi strani pa smo lahko v dvomih, saj je možno, da pacient z izražanjem neke bolečine izraža drugo potrebo, ki je ne prepoznamo ali pa je ne moremo zagotoviti in je v tem primeru lajšanje bolečine s kemičnimi sredstvi lahko celo v škodo pacientu. Dilema je v obeh primerih v tem, da se zanašamo predvsem na izkušnje, kar ZpacP sicer predvideva, vendar pa lahko predstavljajo dvom v pravilnost interpretacije problema.

Z ostalimi pravicami v gerontopsihiatriji posebnih težav ni, razen morda tistih, ki so vezane na spreminjanje kulturnih norm v naši družbi, ko se ljudje vse bolj agresivno odzivajo, kadar nekaj ni v skladu z njihovimi pričakovanji. Tako smo že opazili kar nekaj hude krvi zaradi razumevanja pravice do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo kot pravice, ki je dostopna v vsakem trenutku. Žal mnogim nič ne pomeni dejstvo, da zaposleni v zdravstveni negi navadno nismo odgovorni za pravila in predpise.

Načeloma se strinjam s pravico do varstva zasebnosti in varstva osebnih podatkov, vendar pa bi bilo morda dobro razmisliti o možnosti, da se z zakonom posamezniku dovoli, da se v omejenem obsegu pravici odreče. Določene rešitve, katerih namen je sicer dober, so zelo neživljenjske in v praksi lahko pomenijo več škode kot koristi. Omejitev dostopa do podatkov, ki navadno predvideva pisno vlogo na

odgovorno osebo za vpogled v neke podatke lahko zaradi pozne informiranosti povzroči škodo za pacienta, v nekaterih primerih pa podatkov sploh ne dobimo, saj protokol izmenjave v tej obliki ni uveljavljen (poizvedba pri patronažni medicinski sestri). Podobno je ob ukrepu poizvedbe policije, ki pomeni navadno vsaj še dan iskanja pogrešane osebe, vsaj še dan skrbi za svojce, ves ta čas pa je pacient v bolnišnici, a ne dovoli obvestiti svojce, ni pa popolnoma jasno, da je taka odločitev posledica njegove bolezni.

Pravici do obravnave kršitev pacientovih pravic seveda ni oporekati, me pa, glede na to, da so informacije o zagovorniku pacientovih pravic ena od informacij, ki morajo biti izobešene na vidnem mestu, to usmerja na problem, ki se v praksi že kaže. Poleg ZpacP tudi ZDZdr določa nekatere obvezne vsebine na vidnih mestih. Določene organizacijske in zdravstveno vzgojne in organizacijsko informativne vsebine so prav tako nujne, bodisi da tako določa zakonodaja (npr. varnostni in higienski predpisi) ali pa nas v to usmerjajo izkušnje. Opažamo pa, da se uporabniki enostavno več ne ukvarjajo z iskanjem želene informacije na stenah, pač pa enostavno vprašajo prvo osebo, ki jo srečajo, kar je lahko moteče za delovni proces. Upoštevanje zakonskih določil izpisanih imen in nazivov prav tako lahko postane samo sebi namen, ni pa v korist pacientu, posebej kadar je na oddelku večje število zaposlenih (intenzivni oddelki), saj identifikacijska službena izkaznica zaradi velikosti črk ni enostavno berljiva, pa tudi omogoča zlorabo, saj nima fotografije. Dobro bi bilo poiskati boljše rešitve za uresničevanje pacientove pravice do informiranosti.

In kaj reči ZDZdr na pot. Zaenkrat je možno razpravljati samo o vtisih ob prebiranju zakonskih določil in že tu se porajajo določeni pomisleki, ne toliko o ustreznosti zakona samega, saj se zdijo določena določila tako samoumevna, da se sprašujem, zakaj se je zakonodajalcu zdelo potrebno, da jih v zakon zapiše, četudi so že zapisane v drugih zakonih. Zakon sem presojala predvsem z vidika gerontopsihiatrije in nekako se nisem mogla znebiti vtisa, da je bila ob pisanju zakona zakonodajalcu v mislih predvsem ena skupina bolnikov z duševno motnjo, druge pa je nekako prezrl.

Gerontopsihiatrija, ki je v slovenskem prostoru del psihiatrične obravnave in bi kot taka morala seveda imeti tudi svoje mesto v zakonu o duševnem zdravju, se zdi skoraj prezrta. Res je, da zakon obravnava določena področja, ki so aktualna (tudi) za gerontopsihiatrične paciente, vendar pa nikjer niso izpostavljene posebne potrebe in okoliščine, s katerimi se pri teh pacientih srečujemo.

Tako so na primer okoliščine in način uporabe PVU specifični, prav tako so specifične potrebo po zdravljenju in obravnavi v varovanih oddelkih. Zakon jih ne omenja. Tako se zakon pridružuje številnim določilom, ki na deklarativni ravni za gerontopsihiatričnepaciente in njihove svojce predvideva in načrtuje številne možnosti, ki v praksi ne rešujejo problematike.

Poleg tega, da je zakon izključil domove za starejše iz seznama tistih, ki izvajajo intenzivno obravnavo, ni predvidel nadomestnih rešitev (morda kot negovalne bolnišnice), niti vzpostavitve pogojev, ki bi nadomestili ukrepe v klasičnih varovanih oddelkih, ki varnost pretežno zagotavljajo z omejitvijo gibanja (na primer elektronsko varovanje, prehodno obdobje do ureditve alternativnih metod varovanja,…). Zanemaril je tudi pogost ukrep, ko se pacientu omeji dostop do obleke, denarja, dokumentov, da s tem prepreči ravnanje, ki bi mu bilo v škodo, gibanje na območju bolnišnice pa mu ni ovirano.

Omenim naj še, da so zakonodajalci spregledali, da je PVU potrebno izvajati tudi skoraj na vseh bolniških oddelkih (v zakonu je določeno, da se obvesti direktor psihiatrične bolnišnice, iz česar sklepam, da se določila nanašajo le na obravnavo na psihiatriji), kjer je zaradi bolezni, poškodbe ali pa učinkov zdravljenja motena presoja pacientov. Verjetno ni mišljeno, da bi bila enaka intervencija v različnih zdravstvenih ustanovah različno obravnavana.

Kljub temu, da je nujno, da se čim prej aktivno vključimo v izdelavo predlogov za dopolnitve k zakonu, pa smo mu dolžni dati pozitivno naravnano popotnico, saj nenazadnje uokvirja v zakon pravice za družbeno pogosto zapostavljeno in marginalizirano skupino pacientov, kateri smo nekateri posvetili (skoraj) vso profesionalno kariero. Vsa podpora tudi ZPacP, ki odraža naša profesionalna etična načela, tudi tu pa smo dolžni, da opozorimo, če je pri tem početju nekoliko neroden.

ZAKLJUČEK

Nova zakona sta tu in z njima se je potrebno soočiti v praksi. Njuna določila so skladna z etičnimi načeli profesionalnega kodeksa, zato mora delavcem v zdravstveni negi biti cilj, da se kar najbolje uveljavita v praksi.

To pa seveda ne pomeni, da nimamo pravice opozoriti na pomanjkljivosti, omejitve, dvoumnosti in podobno. Še več, slednje je celo dolžnost, ki jo imamo kot izvajalci zdravstvene dejavnosti, in to tisti, ki smo s pacienti ves čas, v različnih okoliščinah in smo dolžni biti glas njihovih interesov, kadar oni tega ne zmorejo.

Pridobivanje znanj na področju zakonodaje in dialog z uporabniki na eni in zakonodajalci na drugi strani, so prvi koraki pri doseganju zastavljenega cilja.

Literatura

Brulc U, Pirc Musar N. Zakon o pacientovih pravicah. Ljubljana: GV Založba, 2008: 17 – 25.

Kobal MF. Znaki in simptomi duševnih motenj. V: Psihiatrija. Tomori M, Ziherl S., ur. Ljubljana: Litterapicta: Medicinska fakulteta, 1999: 47 – 100.

Kogoj A. Demenca in staranje. V: Kogoj A., ur. Varovanec z demenco v družini. Ljubljana: Tiskarna Čuk, 1996: 1 – 13.

Kogoj A. Pomembnejše organske duševne motnje. V: Priročnik psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije za medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Ljubljana: Psihiatrične klinika Ljubljana, 1999b: 129-37.

Kogoj A. Kako izboljšati pravice in zaščito bolnikov z demenco?. V: Velikonja I., ur. 4. psihogeriatrično srečanje zdravstveni, pravni in socialni vidiki obravnave oseb z demenco; Lipica, 31. marec in 1. april 2005, Ljubljana: Spominčica – Združenje za pomoč pri demenci, Psihiatrična klinika Ljubljana, 2005: 131 – 137.

Logsdon RG, Teri L, McCurrySM, Gibbons LE, Kukul WA, McCormic WC, Bowen JD, Larson EB: Wandering among community residing individuals with Alzheimer's disease.

Majerle S. Individualni pristop v zdravstveni negi dementnega varovanca v okviru življenjskih aktivnosti. Obzor Zdr N 2000; 34: 73 – 6.

McShane R, Cohen-Mansfield J, Werner P. Predictors off aggressive behaviors. V: Vellas B, Fitten LJ,. ed. Research and practise in Alzheimer's disease Vol 3. New York: Springer Publishing Company, 2000: 183 – 8.

Melzer D, Pearce K, Cooper B, Brayne C. Alzheimer's disease and other dementias. Dostopno na internetu: http://hcna.radcliffe-online.com/dementia2.htm, 9. 8. 2001.

Norberg A. Perspectives of an institution–based research nurse. International Psychogeriatrics, Vol.8, Suppl. 3, 1996: 459 – 64.

Ostwald SK, Hepburn KW, Caron W, Burns T, Mantell R. Reducing burden among caregivers of Persons With Dementia. V: Vellas B, Fitten LJ,. ed. Research and practise in Alzheimer's disease Vol 3. New York: Springer Publishing Company, 2000: 323 – 8.

Pišljar M. Psihiatrični simptomi pri Alzheimerjevi bolezni. V: Kogoj A., ur. 2. psihogeriatrično srečanje Celostna obravnava bolnika z demenco; Radenci 17. in 18. november 2000, Ljubljana: Spominčica – Združenje za pomoč pri demenci, Psihiatrična klinika Ljubljana, 1998: 5 – 15.

Rabins PV. Behavioral disturbances of dementia: Practice and conceptual issues. International Psychogeriatrics, Vol.8, Suppl. 3, 1996: 281 – 3.

Strojin T. Uvod v zdravstveno pravo. Ljubljana: Tiskarna hren, 1998: 11 – 36.

Viri:

Zakon o pacientovih pravicah. Uradni list Republike Slovenije, št. 15/2008.

Zakon o duševnem zdravju. Uradni list Republike Slovenije, št. 77/2008.

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1994.

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2005

OBRAVNAVA OSKRBOVANCEV PSVZ, VČERAJ IN DANES

Marjeta Močnik, dipl.med.sestra, spec.psih.zdr.nege
PSVZ Lukavci

Ključne besede: Posebni socialno varstveni zavod, Zakon o duševnem zdravju (ZDZ, Ur.l.77/2008), Zakon o pacientovih pravicah (ZpacP, Ur.l.23/2008), zdravstvena nega in oskrba.

UVOD

Institucionalno varstvo starejših ljudi opravljajo po Zakonu o socialnem varstvu javni *socialnovarstveni zavodi* – ***domovi za starejše občane*** (splošni in kombinirani) in ***posebni socialnovarstveni zavodi***. Storitve institucionalnega varstva obsegajo vse oblike pomoči, s katerimi se upravičencem nadomeščajo ali dopolnjujejo funkcije doma ali lastne družine, zlasti pa bivanje in organizirano prehrano in varstvo, ter zdravstveno varstvo (zakon o socialnem varstvu, Ur.l.3/07).

Posebni socialnovarstveni zavodi so specializirane ustanove za sprejem in kompleksno obravnavo odraslih duševno in telesno prizadetih (oseb z duševnimi motnjami in oseb z motnjami v duševnem razvoju). Njihove motnje so tako hude, da jim onemogočajo integracijo v normalno življenje oziroma življenje v drugih zavodih. Kompleksna obravnava vsebuje sprejem, vodenje, varstvo, nego, rehabilitacijo, resocializacijo in zdravstveno nego.

Po ZDZdr so Posebni socialno varstveni zavodi namenjeni varstvu, bivanju in življenju oseb, katerih akutno bolnišnično zdravljenje, povezano z duševno motnjo, je zaključeno oziroma zanje bolnišnično zdravljenje ni potrebno.
Vsak posebni zavod ima varovani oddelek, kjer so osebe zaradi svojih potreb nepretrgoma deležne posebne zaščite in varstva, ter zavoda ne morejo zapustiti po lastni volji. Socialno varstveni zavodi so izvajalci socialno varstvenih storitev in so izvajalci obravnave v skupnosti.
ZDZdr zajema zagovornika, razloge za pridržanje, pravice oseb ki so pridržane, posebne varovalne ukrepe**,** odvetniško podporo, prijave sodiščem in ustrezne evidence.
Ugotavljamo, da so dobre rešitve zakona naslednje:

1. jasno določi pravice, način omejevanja in ohranjanja pravic med bivanjem v SVZ
2. regulira tvegane načine zdravljenja
3. regulira uporabo posebnih varovalnih ukrepov
4. vzpostavi razliko med namestitvijo v bolnišnico in SVZ

ZpacP uporablja je besedo pacient, ki opredeljuje uporabnika zdravstvenih storitev v preventivi in kurativi. Novosti, ki jih prinaša zakon so:

1. pacientov zdravstveni pooblaščenec
2. zastopnik pacientovih pravic
3. primerna, kakovostna in varna zdravstvena oskrba
4. pravica do obravnavane kršitve pacientovih pravic
5. pravica do brezplačne pomoči pri uresničevanju pacientovih pravic

Pravice oskrbovancev v zavodih so izobešene na vidnih mestih kot temelj človekovih svoboščin. Pa kljub temu nam večina očita da množično kršimo celo vrsto človekovih pravic, zlasti:

1. pravico do prostosti (3. in 9.člen)
2. do osebnega dostojanstva (5.člen)
3. do zasebnosti (12.člen Splošne deklaracije o človekovih pravicah)

Človekove pravice in svoboščine se praviloma uresničujejo neposredno na podlagi Ustave, posebne pravice na področju socialne varnosti pa se uresničujejo na podlagi zakonov, ki določijo krog upravičencev, vrsto in obseg upravičenj ter pogoje za pridobitev in način uresničevanja pravic. Te pravice so v sistemskih predpisih, kot so:

1. Zakon o socialnem varstvu (Ur. list RS št. 54/92),
2. Zakon o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb (Ur. list RS št. 41/93),
3. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur. list RS št. 9/92),

Posebno varstvo mora biti v skladu z Evropsko listino zagotovljeno telesno in duševno prizadetim osebam, ki morajo imeti pravico do poklicnega usposabljanja in socialne vključitve.

Osnovna značilnost populacije v posebnih socialno varstvenih zavodih (PSVZ)

Obravnavane odrasle osebe so več ali manj odvisne od tuje pomoči. Stopnja odvisnosti je odvisna od stopnje duševne motnje in zahtevnosti dodatnih motenj in obolenj.

Osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju
Za namestitev nista edini in odločilni kriterij šifra in diagnoza bolezni, temveč težavnost kliničnega stanja. Zato tudi o sprejemu v zavod na osnovi predloženih strokovno medicinskih in drugih argumentov odloča strokovna skupina. Duševno bolne osebe imajo le skromen kontakt z okolico, velikokrat zreduciran le na najnujnejše. Živijo v svojem irealnem bolezenskem svetu, močno ali praktično povsem zaposleni z njim, tako da ob tem zanemarjajo ne le medikamentozne in druge oblike zdravljenja in koristno zaposlitev, temveč tudi svoje najbolj osnovne vsakdanje potrebe. Sami stika z okoljem ne iščejo in ga pogosto zaradi vsebine svojega bolezenskega doživljanja celo energično odklanjajo.

Obravnava teh oseb poleg različnih stopenj psihosocialne obravnave (odvisno od stopnje ohranjenosti psihičnega funkcioniranja in izraženosti psihoze), splošne in zdravstvene nege, zaposlitve, rehabilitacije in resocializacije, obsega še multidisciplinarno somatsko specialistično obravnavo. Vse navedeno poteka pod osnovnim pogojem abstinence uživanja alkoholnih pijač.

Osebe z motnjo v duševnem razvoju
Te osebe se vključujejo od zgodnjega otroštva v program vzgoje, izobraževanja in usposabljanja. V tem programu dosežejo najvišjo stopnjo usposobljenosti. Usposobijo se za zaposlitev v varstvenih delovnih centrih, niso pa sposobne za samostojno življenje in zato potrebujejo socialno pomoč in vodenje. Te osebe in osebe, ki so dodatno motene v gibanju imajo dodatne motnje predvsem zaradi posledic cerebralne paralize; so nepomične ali delno pomične. Samo nekatere osebe iz skupine zmerno prizadetih se usposobijo za enostavnejše zaposlitve.

Dodatne motnje so najpogosteje izražene na področju komunikacije (percepcije, govora, telesne spremembe) in nevrološke motnje (epilepsija). Zaradi zmanjšanega intelektualnega razvoja in dodatnih motenj v razvoju ne dosegajo višjih ravni programa. Pogosto imajo izražene še druge motnje, npr. hujši disocialni sindrom, seksualne deviacije in hujšo toksikomanijo.

Osebe z vsemi stopnjami motnje duševnega razvoja ali te osebe z duševno boleznijo in druge duševno bolne osebe, ki imajo hude motnje vedenja in osebnosti
Pri teh osebah so v njihovem obnašanju najpogosteje prisotne naslednje značilnosti: agresija, heteroagresija, senzomotorični nemir, jezavost, znaki psihoze (predvsem motnje zaznavanja, mišljenja in nagona), epileptično spremenjena osebnost, psevdoavtistično in avtistično obnašanje, nekontrolirano obnašanje in vznemirjenost, ki lahko privede v katastrofične reakcije. Tako obnašanje se pojavlja pogosto in ne glede na starost. To je najtežje obvladljiva populacija z več oblikami motečega vedenja.

V zavodu izvajamo že prej omenjeno kompleksno obravnavo odraslih oseb z duševno motnjo. Zdravstvena nega je potrebna kadar posameznik ni sposoben poskrbeti zase ali pa je omejen pri učinkoviti oskrbi zase. V psihiatriji še posebej vstopa v ospredje človekova osebnost, ne samo bolezen in bolezenski simptomi, predvsem pa bolnikov moten kontakt s svetom in samim seboj. Opazovanje je usmerjeno predvsem na njegovo vedenje. Analiza zbranih podatkov nam služi za ugotavljanje njegove samostojnosti in za potrebe po zdravstveni negi. Kako bo posamezna medicinska sestra posamezne obstoječe ali potencialne probleme poimenovala je odvisno od njenega strokovnega znanja.

Postopek sprejema v PSVZ:

- *prošnjo* za sprejem v zavod z vso razpoložljivo dokumentacijo, običajno poda pacientov sorodnik, skrbnik, skrbnik za poseben primer, socialna služba s terena ali iz bolnišnice**.**

- *Sprejemna komisija* odloči o izpolnjevanju pogojev za sprejem v zavod in uvrsti bodočega uporabnika na čakalno listo. Pri upoštevanju pogojev se opiramo na mnenje zdravnika psihiatra, ki predlaga sprejem in na poročilo socialne službe, da so izkoriščene vse možnosti bivanja izven institucije.

- Pacient bi naj sam odločal v katerem zavodu bo živel ali pa bi se z namestitvijo vsaj *strinjal*. Še pred desetimi leti se je dogajalo, da so svojci pustili starejšo osebo v domu s pretvezo, češ da gredo na zdravniški pregled. Danes vsak stanovalec ve kam je prišel in zakaj. Obstaja *sprejem brez privolitve v ožjem pomenu,* če pacient ni sposoben odločati o sebi. Sprejem opravimo s privolitvijo oseb, ki so po zakonu ali volji pacienta upravičene odločati o njegovi zdravstveni in socialni oskrbi.(28. in 29. člen ZpacP).
- Kot zakoniti *zastopnik* je mišljen skrbnik ali druga oseba, ki je upravičena nastopati v imenu in na račun pacienta. Če se ugotovi, da pacient oz. stanovalec nima zakonitega zastopnika, je naša dolžnost, da o tem obvestimo pristojni organ. To je CSD. Za vse stanovalce bomo uredili *zastopništvo,* ne samo za stanovalce na varovanih oddelkih. Zastopnik mora biti zapisani z osebnim imenom, naslovom in telefonsko številko. V ta namen se s sodelovanjem CSD tudi pripravljajo ustrezni obrazci.
- Pomembna novost, ki jo prinaša ZpacP je, da ima pacient pravico določiti svojega *zdravstvenega pooblaščenca* (npr. zakonca, partnerja, starše, skrbnika, osebo ki ji zaupa), ki bo lahko v primeru in za čas njegove nesposobnosti odločanja o sebi odločal o zdravstveni oskrbi (npr. o pregledih, operacijah, manjših posegih..) in drugih pravicah iz tega zakona (npr. o vložitvi zahteve z obravnavo kršitve pacientovih pravic (tretji odstavek 32. člena ZpacP), in kateremu se lahko podajo informacije. V naših primerih je zastopnik, pooblaščenec ali skrbnik ena in ista oseba. Osebni pooblaščenec mora imeti ustrezno potrdilo.

  Oseba je sprejeta **v *varovani oddelek s privolitvijo***, če so izpolnjeni vsi naslednji pogoji:
  - če je akutno bolnišnično zdravljenje zaključeno,
  - če potrebuje stalno oskrbo in varstvo, ki ju ni mogoče zagotoviti v domačem okolju,
  - če ogroža svoje življenje ali življenje drugih, svoje zdravje ali zdravje drugih, ali povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim,
  - če je ogrožanje posledica duševne bolezni in če izpolnjuje druge pogoje za sprejem v SVZ, ki jih določajo drugi predpisi s področja socialnega varstva.
- V kolikor je pacient sprejet na ***varovalni oddelek brez privolitve*** (52.člen ZDZdr), sprejem lahko odredi sodišče (65.člen ZDZdr). Zoper sklep je možna pritožba, ki pa ne zadrži izvedbe sklepa, sodišče pa mora odločiti v treh dneh od vročitve pritožbe. Zadržanje v varovanem oddelku na podlagi sklepa sodišča se lahko določi za največ eno leto. O sprejemu na varovani oddelek lahko odloči lečeči psihiater iz bolnišnice ob premestitvi v SVZ in obvesti sodišče, da obstajajo razlogi za nadaljevanje pridržanja.
- Vsak sprejem na varovani oddelek brez privolitve se prijavi sodišču. V vseh postopkih pred sodiščem je obvezno zastopanje osebe po *pooblaščencu,* ki je odvetnik.
- Pravice, ki so zagotovljene osebi na varovanem oddelku so:
  pravica do dopisovanja
  pravica do pošiljanja in sprejemanja pošiljk
  pravica do sprejemanja obiskov
  pravica do uporabe telefona
  pravica do gibanja

pravica do zastopnika, oz. zagovornika.

- Zastopnik ali zagovornik stanovalca lahko opravlja naloge zastopnika pacientovih pravic v skladu z zakonom o pacientovih pravicah. Lista zastopnikov mora biti na vidnem mestu.
- Posameznik, ki osebo sprejme na varovani oddelek, osebo ustno in pisno pouči o njenih pravicah, ki jih ima po ZDZdr. Dobro bi bilo, da se pacientu izroči zloženka s seznamom zastopnikov pacientovih pravic zadolženih za območje, na katerem deluje SVZ. Vsebovati mora službene naslove in njihove telefonske številke.

Sprejem brez privolitve pacienta iz PSVZ v bolnišnico

- Oseba - oskrbovanec je lahko napoten v bolnišnico brez privolitve, če so za to podani razlogi po 39. členu ZDZdr, kadar je zaradi narave duševne motnje osebe to nujno potrebno. To je, če je ogrožanje življenja posledica duševne motnje, hudo motena presoja realnosti in hudo motena sposobnost obvladati svoje ravnanje.

- Zdravnik, ki osebo napoti na zdravljenje v psihiatrično bolnišnico brez privolitve pacienta, ali direktor SVZ lahko zahteva pomoč policije in ta je dolžna sodelovati z zdravstvenim osebjem zavoda in službo nujne medicinske pomoči (56.člen ZDZdr), ter jim nuditi ustrezno pomoč dokler ogrožanja ni mogoče omejiti z zdravstvenimi ukrepi.

- Pri prevozu osebe z reševalnim vozilom je prisoten zdravnik, ki je osebo napotil v psihiatrično bolnišnico ali drug zdravstveni delavec, ki ga pisno določi navedeni zdravnik.

- Način sodelovanja med zdravstvenim osebjem in reševalno službo, ter policijo bo določal poseben predpis v soglasju z ministrom za notranje zadeve (je v pripravi).

- V kolikor je sprejem izveden, zdravnik obvesti najbližjo osebo- zastopnika in zastopnika o sprejemu osebe v oddelek pod posebnim nadzorom v 4 urah od sprejema.

Zdravstvena obravnava v PSVZ

- Ob prvem pregledu stanovalec izpolni obrazec o izbranem zdravniku, ki ga bo obravnaval v času bivanja v SVZ. Do sedaj še nismo imeli primera, da se stanovalec ne bi strinjal z našo ponudbo. Osnovno zdravstveno varstvo v smislu zdravljenja izvajajo v SVZ zdravniki, ki jih je določil zadolženi Zdravstveni dom ali zdravnik koncesionar, ki ima dodatno pogodbo z ZZZS.

- Povsem na novo je predvidena *pravica do upoštevanja izražene volje*. Pravica daje pacientu možnost, da v naprej (ko je še zdrav) izrazi svojo voljo v zvezi s tem, kakšne zdravstvene oskrbe ne dovoljuje, če bi se kdaj znašel v določenem položaju (vnaprejšnje zavrnitve zdravstvene oskrbe).

- Pravica do drugega mnenja je prav tako novost, saj ima pacient pravico kadarkoli pridobiti drugo mnenje. Drugo mnenje je možno pridobiti le enkrat za oceno istega zdravstvenega stanja, pred tem pa pacient opravi razgovor z zdravnikom, ki ga zdravi.

- ZpacP daje pravico do brezplačne pomoči pri uresničevanju pacientovih pravic. Stanovalec se lahko kadarkoli obrne na enega od zastopnikov pacientov, ki mu lahko svetuje, pomaga ali ga po pooblastilu celo zastopa pri uresničevanju pravic po tem zakonu.

- Stanovalec mora podpisati izjavo o privolitvi v sodelovanje v medicinskih raziskavah, v kolikor privoli da ga zdravnik ocenjuje ob uvedbi novega zdravila (obrazec SMR).

- Pravica do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe je opredeljena kot skladnost s pacientovimi potrebami in zmožnosti zdravstvenega sistema. S kakovostjo se zagotavlja doseganje ugodnih izidov zdravljenja. Varna pa je tista, ki preprečuje škodo za pacienta v zvezi z zdravljenjem, bivanjem (padci). V to temo pravic je zajeta tudi duhovna oskrba, ki ni oblikovana kot samostojna pravica, jo pa zavodi zagotavljamo ves čas obstoja zavodov.

- Opravka imamo z zelo občutljivimi osebnimi podatki, ki so zdravstveni, socialni, sodni, razne evidence…Pacient ima vedno pravico do zasebnosti in varovanja osebnih podatkov.

Posebni varovalni ukrepi (PVU)

Posebni varovalni ukrep je nujen ukrep, ki se ga uporabi v SVZ zaradi odprave oziroma obvladovanja nevarnega vedenja osebe, kadar je ogroženo njeno življenje ali življenje drugih, huje ogroženo njeno zdravje ali zdravje drugih ali z njim povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim in ogrožanja ni mogoče preprečiti z drugim blažjim ukrepom. PVU se izvaja na varovalnih oddelkih.

Posebna varovalna ukrepa sta:

- telesno oviranje s pasovi
- omejitev gibanja znotraj enega prostora. Temu prostoru pravimo v Domu Lukavci mehka soba

Telesno oviranje s pasovi sme trajati največ 4 ure, bivanje v mehki sobi pa največ 12 ur. Osebo pri kateri je bil izveden PVU se nadzoruje, spremlja njene vitalne znake in strokovno obravnava ves čas trajanja PVU. Izvajanje, natančni podatki o razlogu, namenu, trajanju in nadzoru nad izvajanjem ukrepa se vpišejo v zdravstveno dokumentacijo.

Zdravnik ki PVU odredi, mora o tem pisno obvestiti najpozneje v 12 urah od odreditve direktorja SVZ, najbližjo osebo, odvetnika in zastopnika. Če zdravnik ob osebi ni prisoten, lahko PVU uvede strokovni delavec v socialnovarstvenem zavodu, vendar o tem takoj obvesti zdravnika, ki odloči o utemeljenosti uvedbe ukrepa. Če zdravnik ukrepa ne odredi, se ta ne izvede, naredi pa se uradni zaznamek.

Na varovanem oddelku imamo dana strokovna navodila za ravnanje ob izvršitvi PVU. Mehka soba je opremljena s kamerami, v dežurni sobi pa je opazovalec, ki tisti čas opazovanja drugim ni na razpolago in ustrezno evidentira dogajanje in tudi svoje delo.

Ustrezne evidence v primeru omejevanja pravic mora spremljati zastopnik in SVZ, ter jih pošiljati ministru za socialno varstvo.

Omejevanja pravic oseb iz 12.člena (varovani oddelki) ZDZ bomo SVZ vodili evidenco, ki vsebuje naslednje podatke:

- **naziv socialno varstvenega zavoda**
- **osebno ime, EMŠO in šifro osebe, ki ji je bil izdan sklep o omejitvi pravice**
- **navedba pravice, ki je bila omejena, razlog omejitve in čas trajanja omejitve**

Za namen spremljanja uporabe PVU iz 29.člena:

- **naziv SVZ**
- **osebno ime, EMŠO in šifro osebe, pri kateri je bil uporabljen PVU, razlog uvedbe in čas trajanja**
- **vrsta PVU, razlog in čas trajanja ukrepa**
- **osebno ime in šifro zdravnika, ki je odredil PVU, oz. osebno ime strokovnega delavca, ki je uvedel Ukrep**
- **osebno ime posameznika, ki je obveščen o PVU in njegovem razmerju do osebe**

Ministru za socialno varstvo bomo v anonimizirani obliki pošiljali redno letno poročilo o omejevanju pravic oseb in uporabi PVU najpozneje do 15. marca tekočega leta za preteklo leto.

ZAKLJUČEK IN DILEME:

- **V prvem členu Zakona o duševnem zdravju je pod tretjo alinejo zapisano:« Ne glede na določbe tega zakona se v primeru kršitev pravic osebe kot uporabnika zdravstvenih storitev pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti uporabljajo določbe zakona, ki ureja pacientove pravice.«** ***Dilema: Ali Zakon o pacientovih pravicah velja v SVZ ali ne ? Skupnost socialnih zavodov Slovenije je vsem zavodom razposlala obvestilo PIC z razlago da ta zakon za nas ne velja.(PIC veljavnost zakona o pacientovih pravicah- jan. 09, poslano iz Skupnosti 5.2. 2009)***

- **29. člen, 7. alineja pravi:« če zdravnik ob osebi ni prisoten, lahko PVU uvede strokovni delavec v SVZ. Po Zakonu o socialnem varstvu so strokovni delavci delavci ,ki so končali izobraževanje za socialno delo, ter imajo opravljen strokovni izpit na področju socialnega varstva. To so lahko tudi osebe, z visoko ali univerzitetno izobrazbo psihološke, pedagoške smeri in njenih disciplin, upravne, pravne in sociološke smeri, ter zdravstvene-smer delovna terapija in teološke smeri z ustrezno specializacijo.** ***Dilema: Na periferiji se to ne obnese, ker kader nima ustreznega zdravstvenega znanja in jih je premalo, da bi bili vedno dosegljivi. Praksa kaže, da so te osebe lahko le na papirju, saj nimajo vpogleda v zdravstveni karton in lahko naredijo tudi škodo pacientu v kolikor ima ta klaustrofobijo(o tem pacient ne želi govoriti). Ne znajdejo se ob agresiji, pretepu. Pričakujemo, da bodo podzakonski akti točneje opredelili vlogo strokovnega delavca v SVZ in s tem zahtevo po ustreznih znanjih.***

- **Inšpekcijski nadzor nad delom izvajalcev socialnovarstvenih storitev in programov izvaja socialna inšpekcija v okviru inšpektorata RS za delo. Za odstopanja od zakonskih določil se denarno kaznuje ustanovo in posameznega izvajalca storitev. Želimo si, da bi nastale dvome odpravili podzakonski akti.**

- **Po ZpacP (*23.člen)* ima pacient pravico do obveščenosti in sodelovanja.** ***Dilema: V okviru velike skupine informacij mora biti pacientu omogočeno, da se seznani z osebnimi imeni in nazivi oseb, ki so neposredno udeležene pri njegovi zdravstveni oskrbi. Zaposleni bi naj bili prepoznavni že po delovnih oblekah ali pripetih ploščicah z imenom in priimkom, ter funkcijo, ki jo opravljajo. Sledili smo navodilom socialne inšpekcije in odpravili oboje. Vendar dilema obstaja.***

  Glede na osnovne namene zaščite pravic pacientov opredeljenih v obeh zakonih smo v Posebnih socialnovarstvenih zavodih mnenja, da pri naših stanovalcih te pravice niso bistveno ogrožene. Ko bodo sprejeti še podzakonski akti, ki bodo odpravili določene dileme, bomo tudi lažje dopolnili naša navodila in vskladili posamezne določbe in določila iz 5.člena ZDZdr. To pa so kadrovski, tehnični in prostorski pogoji izvajalcev socialno varstvenih programov.

Literatura:

- Zakon o socialnem varstvu (Ur.l. št. 3/2007)
- Zakon o duševnem zdravju (Ur.l. št. 77/2008)
- Zakon o pacientovih pravicah (Ur.l. št. 15/2008
- Zakon o pacientovih pravicah/ uvodna pojasnila , Lj.2008, GV Založba, Urban Brulc,Nataša Pirc Musar
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zavarovanju, prečiščeno besedilo (Ur.l. št. 20/2004)
- Zakon o zdravstveni dejavnosti, uradno prečiščeno besedilo (Ur.l.36/2004)

ETIČNE DILEME OBRAVNAVE PACIENTOV V PSIHIATRIČNI KLINIKI LJUBLJANA V SKLADU Z ZAKONOM O PACIENTOVIH PRAVICAH (ZPacP)

Milena Marinič, diplomirana medicinska sestra, magistrica prava
Psihiatrična klinika Ljubljana

IZVLEČEK

Pri zdravstveni oskrbi pacienta v Psihiatrični kliniki Ljubljana(PKL) se morajo zdravstveni delavci poleg strokovnih standardov ozirati tudi na zakonske podlage predvsem Zakona o pacientovih pravicah, Zakona o družinskih razmerjih, Uredbe o poslovanju z uporabniki v javnem zdravstvu in tudi na Zakon o duševnem zdravju, ko bo le- ta pričel veljati. Pri svojem delu v PKL pa se zdravstveni delavci pogosto srečujejo z etičnimi dilemami kako ravnati najbolj prav, da bi obravnava ustrezala standardom, ki veljajo za zdravstveno oskrbo, ravnali prav za pacienta in zadostili zakonskim podlagam.

UVOD

V prispevku bodo predstavljeni temelji spoštovanja pacientovih pravic v skladu z ZPacP kot vodilo zdravstvenim delavcem pri obravnavi pacienta. Prikazane bodo dileme s katerimi se srečujejo zdravstveni delavci v PKL pri zdravstveni oskrbi zaradi pacientove nekritičnosti za svoje zdravstveno stanje in družno s tem tudi nekritičnost do zdravstvene obravnave, na katero pa ima na podlagi ZPacP pacient pravico pristati ali pa tudi ne. Predstavljeni bodo primeri iz prakse, v katerih so se izvajalci zdravstvene obravnave znašli pred vprašanjem kateri pravici pacienta dati prednost, da bi zagotovili pravočasno, kakovostno, ustrezno in varno obravnavo. Izpostavljene bodo dileme kako poskrbeti za pacienta, ko sam še ni dosegel zadostno stopnjo kritičnosti za bolezen, se z potrebno obravnavo ne strinja in nima svojcev ali pooblaščenca. Nakazane bodo morebitne možnosti pri reševanju problemov in tako v največji možno meri pripravljenost uresničevanja določil ZPacP .

Človekove pravice in temeljne svoboščine

Ob vsesplošnem poznavanju in zavedanje človekovih pravic in temeljnih svoboščin je vse večje tudi na področju zdravstvenega varstva: zlasti pri varstvu osebnega dostojanstva, telesne in duševne celovitosti ter spoštovanja bolnikove pravice do samoodločitve. Pri zdravstveni oskrbi morajo zdravstveni delavci obravnavati vse ljudi pod enakimi pogoji, na enak način ter spoštovati njihove ustavne in zakonske pravice. Invazivni poseg v telesno integriteto, ki ni dovoljen s strani pacienta pomeni telesno poškodbo, za katero je povzročitelj lahko kazensko in odškodninsko odgovoren. K etičnemu ravnanju v zdravstveni oskrbi psihiatričnih bolnikov nas zavezuje, ne le kazenska odgovornost temveč tudi v Oviedu 4. aprila 1997 podpisana konvencija s katero je Svet Evrope zakonsko zavaroval pravice ljudi, ki sodelujejo v biomedicinskih raziskavah. Protokol k tej konvenciji pa še podrobneje zagotavlja pravice ljudi z duševno motnjo in vseh drugih, ki niso sposobni dati privolitve. Konvencija ima v državah članicah Evropske skupnosti zakonsko veljavo. (Oviedska konvencija) Tudi Helsinška deklaracija, ki je zgolj priporočilo, Svetovnega zdravniškega združenja (World Medical Association) iz leta 1965 sprejeto v zvezi z ravnanje zdravnikov pri spoštovanju pravic posameznika in koristi (zdravega ali bolnega) ob poskusih na ljudeh. Ta deklaracija je še vedno najuglednejši kodeks pravil o spoštovanju pravic. (Helsinška deklaracija)

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP)

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP) opredeljuje zdravstveno oskrbo kot širok pojem obravnave pacienta v zdravstvenem zavodu, ki predstavlja medicinske in druge posege za preprečevanje bolezni in krepitev zdravja, diagnostiko, rehabilitacijo, zdravstveno nego in druge storitve, ki jih zdravstveni delavci opravljajo pri obravnavi pacienta.(2.čl. ZPacP) Aktivna vloga je pacientu v procesu zdravstvene oskrbe zagotovljena s pravico do privolitve v zdravstveno oskrbo (člena 26. in 27. ZPacP) in pravico do samostojnega odločanja o zdravljenju (členi 26. do 30. ZPacP.) in tudi pri obveščenosti pacienta in pojasnilni dolžnosti (20.čl. ZPacP).(Pirc Musar2008:43) Ob teh določbah zakona se pri zdravstveni oskrbi pacienta, ki do svojega zdravstvenega stanja ni nujno povsem kritičen, zdravstveni delavci pogosto znajdejo v dilemah. Zakon sicer v 37. členu opredeljuje pravice pacientov s težavami v duševnem zdravju tako, da taksativno določa kdo sme odločati namesto pacienta kadar on sam psihično tega ni sposoben. Pri obravnavi pacientov v Psihiatrični kliniki pa se dogaja, da pacient lahko sploh nima svojcev, sam tudi ne zmore uveljavljati pravic iz ZPacP, niti nima pooblaščenega zastopnika svojih pravic, postopki zdravstvene oskrbe pa so zelo nujni in neodložljivi. Pacient ima pravico do primerne kakovostne in varne zdravstvene oskrbe.(11. čl. ZPacP). Prav o primernosti zdravstvene oskrbe (na podlagi pojasnilne dolžnosti in po strokovnih standardih) nastajajo dileme, kadar je ukrepanje v zdravstveni oskrbi nujno, pacient pa sam pojasnila zdravnika ne zmore dojeti. Kakovostna zdravstvena oskrba (11. čl. ZPacP) dosledno dosega izide zdravljenja primerljive s standardi, in najboljšo prakso in upošteva načela kakovosti kot so: uspešnosti, varnost, pravočasnost, kontinuiteto, učinkovitost, enakopravnost in osredotočenje na pacienta. Pravočasnost zdravstvene

oskrbe je tu za varnost najpomembnejši element, ki pogosto ne omogoča sočasnega urejanja drugih pravic pacienta, temveč zahteva takojšnje ukrepanje v najboljšo korist njega samega in okolice. Kontinuiteto zdravstvene obravnave pacientov s težavami v duševnem zdravju je včasih težko doseči, predvsem je s tem povezana varnost pacienta samega in njegove okolice ter uspešnost zdravljenja. Varna zdravstvena oskrba (11. čl. ZPacP) preprečuje škodo za pacienta v zvezi z zdravljenjem in fizično omogoča varno bivanje in zadrževanje njemu (in tudi njegovi okolici s strani njega samega) pri izvajalcih zdravstvenih storitev. (ZPacP)

Ob sprejemu pacienta

Na sprejem v PKL prihajajo pacienti: sami, z reševalcem, v spremstvu svojcev, policije ali drugih oseb in se včasih tudi s samim sprejemom na kliniko ne strinjajo. Ob samem sprejemu so pacienti pogosto nekritični za svoje zdravstveno stanje in ne zmorejo razumeti sporočil zdravnika. Pacientu v PKL že v sprejemni ambulanti v podpis ponudijo obrazec na katerem se on sam opredeli komu se smemo dajati podatka o njegovem zdravstvenem stanju, kdo sme priti na obisk, koga lahko seznanijo z zdravstveno dokumentacijo. Pacientovo stanje ob sprejemu pa je najpogosteje akutno in je sposobnost realnega presojanja zmanjšana. Te podatke pacient v času trajanja zdravljena na kliniki lahko spremeni, saj si v času hospitalizacije še vedno lahko premisli. Po sprejemu pacienta nastopijo dileme zdravstvenih delavcev v zvezi z dajanjem informacij svojcem po telefonu. Nemalo je primerov, ko pacient nekaj dni tava naokoli in ga svojci iščejo povsod. Etična dilema pred katero se znajdejo zdravstveni delavci so: zaščititi pravice pacienta pred posredovanjem informacij tretji osebi ali pomiriti skrb svojcev zaradi pogrešanosti pacienta. Na podlagi ZPacP bi za dovoljenje posredovanja informacij po telefonu morali povprašali pacienta samega. Obstoja utemeljen strah, da bi utegnil nekdo zlonamerno preverjati samo dejstvo hospitaliziranosti na Psihiatrični kliniki in to zlorabiti. Vsakršne informacije (bodi si o samem sprejemu na kliniko, kot o zdravstvenem stanju) so domnevnim svojcem pacienta, po telefonu lahko sporne v zvezi z določilom o varovanju poklicne skrivnosti (na podlagi 45. čl. ZPacP). Že sam telefonski klic z namenom pogovora s pacientom in na drugi strani (v kliniki) odgovor osebja:« Trenutek ga grem poklicati…« lahko pomeni potrditev, da se določena oseba nahaja v Psihiatrični kliniki, kar ima danes že lahko neslutene posledice. V izogib tem neprijetnostim pa pacient ob sprejemu na kliniko podpiše obrazec kjer je sam določil kdo sme prihajati na obisk, komu se smejo dajati informacije in komu ne. Primer iz dobre prakse iz PKL je nalepka z rdečim napisom na temperaturni listi kjer je bilo zapisano: »Nikomur nobenih informacij po telefonu razen ženi.« V takšnih predvidenih in nedvoumnih situacijah je določila zakona lažje uresničevati.

Zdravstvena oskrba na oddelku

Medicinski poseg oziroma zdravstvena oskrba brez privolitve pacienta (29.čl. ZPacP) je dilema s katero se srečujejo zdravstveni delavci ob pacientu v Psihiatrični kliniki Ljubljana. Ob sprejemu so predvideni posegi (odvzem krvi in urina, EEG, EKG morda tudi CT in drugi), ki so nujno potrebni za razjasnitev pacientovega zdravstvenega stanja, kakor tudi posegi ki so potrebni za izboljšanje zdravja (hranjenje, hidracija, zagotavljanje varnosti….),. Pacient, ki se že s hospitalizacijo samo ne strinja, lahko odklanja tudi diagnostične in terapevtske posege. ZPacP pa v 86. členu določa kazen za zdravstveni zavod, ki bi izvedel zdravstven oskrbe brez privolitve pacienta v višini 4.100 do 100 000 evrov in kazen od 100 do 2000 evrov za odgovorno osebo zavoda. Rezultati preiskav so zdravniku in tudi ostalim članom zdravstvene oskrbe pomembno vodilo pri načrtovanju obravnave. Nekatere invazivne (odvzem krvi, sladkorja v krvi) in neinvazivne preiskave (EEG, EKG odvzem urina, merjenje vsebnosti kisika v krvi, določanje substanc v urinu in drugih) potekajo zgolj na podlagi neformalne, ustne privolitve (včasih samo na podlagi konkludentnega dejanja, ko je moč le iz kretenj pacienta sklepati o privolitvi v poseg). Tu in pri aplikaciji terapije (na vse možne načine) prihaja najbolj do izraza pojasnilna dolžnosti (20.čl. ZPacP). Tu zdravstveni delavci pri delu na psihiatričnih oddelkih pogosto prihajajo v dileme kako akutno bolnemu pacientu pojasniti postopke in predviden potek zdravljenja, da ga bo zmožen razumeti in pristati nanj. Pacient ima na podlagi pojasnila predvidenih postopkov zdravstvene oskrbe pravico in možnost samostojnega odločanja o zdravljenju in sodelovanju v procesu. Pacient ima tudi v procesu zdravljenja pravico biti obveščen o svojem zdravstvenem stanju (razvoju in posledicah, cilju zdravljenja, vrstah, načinu izvedbe, pričakovanem uspehu načrtovanega posega). Obveščen mora biti pred posegom o možnih zapletih stranskih učinkih in drugih neprijetnostih predlaganega postopka. Ali pa bo akutno bolan pacient lahko razumel, da bodo zaradi določenih načinov zdravljenja nastopili tudi stranski učinki zdravil, da bo morda potrebno zdravila, ki ne bodo najbolj ustrezna tudi zamenjati, pa ostaja dilema. Pacient mora biti obveščen tudi o posledicah opustitve posega in morebitnih drugih načinih zdravljenja. Tu nastaja vprašanje, če je

zmožen razumeti posledice zardi odklonitve zdravstvene oskrbe, kajti odklonitev zdravljenja lahko pomeni odmik trenutka, ko bi sam jasno uvidel in se strinjal z nujnostjo predvidene obravnave, ki bi vodila k čimprejšnjemu izboljšanju zdravstvenega stanja. Pacient ob delno izboljšanjem zdravju, še vedno ne dosega popolnega uvida v bolezen, njegovo stanje namreč ni več akutno, pa lahko sam presoja o privolitvi ali odklonitvi zdravljenja. Zdravstveni delavci so morda načrtovali daljše obdobje zdravljenja za doseganje relativnega zdravja. Pacient sam presoja, da je zdravje zadovoljivo in zahteva odpust iz bolnišnice, ali pa, kot se nemalokrat zgodi – celo samovoljno zapusti bolnišnico. Včasih je v takih primerih zdravnik poprosil pristojnega osebnega zdravnika ali patronažno službo, da so skušali pacienta prepričati za vrnitev v zdravstveni zavod in dokončanje zdravljenja. Brez pacientove privolitve izvajalec zdravstvene dejavnosti danes ne more posredovati podatkov tretji osebi, niti ne podaljševati zdravljenja do načrtovane faze, kajti tu ne gre za medicinski poseg oziroma zdravstvena oskrba, ki sodi med nujno medicinsko pomoč, prav tako pa ni več elementov neposrednega ogrožanja življenja in varnosti za sebe ali okolico. Edino dejstvo, ki bi govorilo ponovni privedbi pacienta v bolnišnico je, da bi bil medicinski poseg ali zdravstvena oskrba doseganju pacientovega boljšega zdravja v največjo korist in določilo 3. odst. 45.čl ZPacP, da zdravnik lahko sporoči informacije o zdravstvenem stanju pacienta če je to nujno potrebno za varovanje življenja ali zdravstvenega stanja pacienta in drugih. Vendar pa 5.odst. istega člena govori, da se lahko informacije posreduje zgolj osebam, ki bi imela pravico odločati o zdravstveni obravnavi, torej svojcem. 7.odst. 45. čl ZPacP še dopolnjuje določilo dajanja informacij o zdravstvenem stanju pacienta samo na podlagi zahteve. Komu sporočati dejstva kadar pacient nima svojcev, sam pa posredovanja podatkov ni dovolil.? Osebni zdravnik in patronažna služba pa nista med naštetimi instituti ki bi jih smeli obveščati po ZPacP. In vendar daje pacientu ZPacP popolno samostojnost. Pacientu je zdravnik dolžan pojasniti predvideno zdravstveno obravnavo in na podlagi pojasnila se pacient lahko sam odloči za privolitev ali proti. Zdravstveno osebje mora njegovo voljo spoštovati. (ZPacP) Kako torej biti skrbnik pacientovega zdravja ?

Sposobnost odločanja o sebi

Opredeljuje jo 2. člen ZPacP in pomeni dvoje: najprej sposobnost pacienta, da sam uveljavlja pravice iz tega zakona in drugič pomeni razsodnost pacienta in sposobnost razumeti pojasnilo zdravnika o predvideni zdravstveni oskrbi. Ta sposobnost pa je odvisna od starosti, zdravstvenega stanja in zrelosti osebe, kar pa po ZPacP ni vezano na poslovno sposobnost (tako je dejstvo o odvzemu poslovne sposobnosti v tem primeru skoraj nepomembno). Tu zakon dopušča zdravstvenim delavcem, da na podlagi izkušenj presodijo pacientovo sposobnost odločanja.(Pirc Musar 2008:58)
Pacientova aktivna vloga v formalnem pomenu daje pravico odločanja o kateri koli pravici iz ZPacP. Kadar pa gre za sposobnost odločanja o pacientu samem, govorimo o materialni sposobnosti, ki zahteva razsodnost pacienta, torej zmožnost razumevanja posledic odločanja o pravicah iz ZPacP, kar pa je odvisno od zdravstvenega stanja, starosti in zrelosti osebe. Sposobnost odločanja o sebi je tako imenovana privolitvena sposobnost. (Pirc Musar 2008 :58) . ZPacP predvideva poseben režim uveljavljanja pravic v okoliščinah, ko pacientu ni možno priznati sposobnosti odločanja o sebi; to je pri: otrocih, pacientih s težavami v duševnem zdravju in pacientih, ki so začasno nesposobni odločanja o sebi.

Pri pacientih s težavami v duševnem zdravju nastopijo dileme okoli privolitve v zdravstveno oskrbo že zaradi sprejema na kliniko, uživanja hrane, dajanja zdravil, tekočin, osebne higiene, kajenja, spoštovanja reda na oddelku in največ zaradi oviranja (kemičnega in fizičnega), kakor tudi drugih vsakdanjih opravil v zdravstveni oskrbi. Zakon sicer predvideva ob neuspešni pojasnilni dolžnosti tudi sodelovanje svojcev, vendar so običajno svojci že v času pred hospitalizacijo s pacientom bili brezuspešno bili boj ob enakih ali podobnih težavah. Povsem nerealno je pričakovati, da bi bil pacientov zdravstveni pooblaščenec ob vsaki takšni pacientovi odklonitvi zdravstvene oskrbe poleg ali da bi on odločil namesto pacienta. Dajanje zdravil zaradi akutnega poslabšanja, oviranje (kemično ali fizično), nujna premestitev na varovani oddelek so postopki zdravstvene oskrbe, ki zahtevajo naglo ukrepanje zaradi stanja v katerem se je znašel pacient sam in včasih tudi njegova okolica. Kakšno je tu mesto pacientovega pooblaščenca in kako bi tu lahko sodeloval zastopnik pacientovih pravic? Pacientov zdravstveni pooblaščenec bi lahko v postopke oskrbe namesto (nekritičnega) pacienta privolil praktično le, če bi bil fizično prisoten ves čas zdravljenja. Ali bi bila pravice pacienta bolje varovane, če bi ga v najkrajšem času po takšnem dogodku obiskal zastopnik in po zakonski plati svetoval njemu in izvajalcu zdravstvene oskrbe? Naglo ukrepanje v teh primerih sledi pravici pacienta in sopacientov do varnosti in učinkovitosti, ne zadosti pa pravici pacienta do privolitve v zdravstveno oskrbo. Kako torej ravnati, da bo najbolj prav za pacienta in bo v skladu z ZPacP ? Druga dilema,ki

se pojavlja pa je primer, ko se pacient in njegov zdravstveni pooblaščenec celo ne strinjata s premestitvijo pacienta nazaj na varovani oddelek, zdravnik pa je tako odločil na podlagi zagotavljanja primerne in varne zdravstvene oskrbe. Katera pravica ima tu prednost: strokovna, primerna in varna zdravstvena oskrba ali želje pacienta in pravica do privolitve (oziroma odklonitve) v zdravstveno oskrbo? Odklanjanje hrane kot posledica bolezni pomeni apel zdravstvenim delavcem, da je potrebo hranjenje in hidracija po drugi poti. Znan primer (oddelka za žensko gerontologijo), ko so svojci dosledno odklanjali hranjenje bolnice preko nazogastrične sonde in tudi sami odstranjevali nemočni pacientki sondo ob obiskih. Pacientka je bila v času obiskov hranjena per os, kar je zaradi ugašanja požiralnega refleksa povzročalo pljučnice. Zdravstvenega pooblaščenca ta bolnica in tudi drugi bolniki, ki imajo svojce (ki to vlogo prevzemajo) nimajo. Pacientka je bila tako hranjena preko nazogastrične sonde proti svoji volji in volji njenih svojcev. Na enak način (brez formalne privolitve) lahko poteka dovajanje tekočin v infuziji, kar pa ustreznost in učinkovitost zdravstvene obravnave zahteva. Vstavljanje nazogastrične sonde ali infuzije pa lahko pomeni poškodbo tkiv in je lahko, poleg nezadovoljstva pacienta in svojcev tudi razlog za odškodninsko tožbo. Kaj je pomenilo tako dejanje svojcev v času bivanja pacientke v PKL za varnost pacientke in tudi s stani odgovornosti zdravstvenih delavcev za respiratorni infekt (nedokazano) povzročen z neustreznim hranjenjem s strani svojcev? Ali je bilo zadoščeno določilu ZPacP po varni zdravstveni oskrbi? Kje je tu mesto privolitev v poseg ? Pravica do zavrnitve zdravstvene oskrbe (30. čl. ZPacP.) izhaja iz 3. odstavka 51 .člena Ustave Republike Slovenije, ki določa, da nikogar ni mogoče prisiliti k zdravljenju, razen v primerih, ki jih določa zakon. In tu ZPacP določa, da je pravica do zavrnitve zdravstvene oskrbe omejena s pravica drugih. To določilo pomeni, da pacient ne more zavrniti zdravstvene oskrbe kadar bi s tem ogrožal svoje zdravje in življenje ali zdravje in življenje drugih .(Pirc Musar 2008: 49)

Pacientov zdravstveni pooblaščenec

Katera koli polnoletna oseba, ki ji pacient zaupa in jo pooblasti v času, ko je že zmožen odločanja o sebi, da odločanja o njegovi zdravstveni oskrbi za primer, ko sam tega več ne bi zmogel. Namesto pacienta lahko vlaga zahtevo za obravnavo kršitve pacientovih pravic. Takšno pooblastilo pooblaščencu pacient vedno v času, ko je še sposoben odločanja o sebi tudi prekliče. Pacientov pooblaščenec ima tako pri urejanju pravic pacienta po tem zakonu prednost pred osebami, ki bi jim brez tega pooblastila to pripadalo po zakonu. ZPacP je tu predvidel možnost, da pacient s tem pooblastilom osebe, ki bi jim ta pravica pripadala, lahko vnaprej izključi. Pacient lahko samo prepove, da bi o najbolj tveganih operacijah odločal njegov bližnji. Podatek o zdravstvenem pooblaščencu in omejitvi pravice do odločanja bo v bodoče dostopen preko informacijskega sistema in kartice zdravstvenega zavarovanja in zdravstveni dokumentaciji. (Pirc Musar 2008: 52-3) Dokler pa izvajalci zdravstvene oskrbe tega podatka nimajo, je uresničevanje te pravice pacienta praktično nemogoče.

Zastopnik pacientovih pravic

S strani ministrstva za zdravje imenovana oseba deluje v prid zagotavljanju določil ZPacP za pacienta povsem brezplačno in zaupno. Kako bi ažurno lahko vključili zastopnika pacientovih v zaščito pravic pacienta na Psihiatrični kliniki, predvsem pri pacientih, ki zase sicer skrbijo popolnoma sami in nimajo svojcev ali pooblaščenca, pa je za enkrat še zavito v tančico neznanega . Tu se poraja vprašanje, ali bi morda za tovrstno naravo zdravstvene oskrbe, ki zahteva naglo, takojšnje ukrepanje, zlasti ko gre za omejevanje gibanja, kazalo imeti zastopnika pacientovih pavic kar na Psihiatrični kliniki (in podobnih ustanovah), kjer pacienti ne zmorejo sami uveljavljati svoje pravice dejavno. Delo zastopnika pacientovih pravic bi moralo biti dostopno vedno in vsakomur, da bi se nanj lahko obrnil vsak uporabnik zdravstvenih storitev in vsakdo, ki potrebuje informacije,strokovno pomoč in usmeritve (Pristojnosti in naloge zastopnika2009). Pozna vključitev zastopnika bi lahko pomenila odmik zdravstvene obravnave po načelih ZPacP. Poraja se ideja, da bi morda izvajalec zdravstvene dejavnosti pacientu ponudil varstvo zdravstvenega zastopnika že ob sprejemu (ali obravnavi z izidom omejevanja prostosti), po vzoru odvetnika, ki ga dobi oseba ob odvzemu prostosti po uradni dolžnosti. Pacient bi se odločil ali sprejme ponujenega zastopnika ali morda želi izbrati drugega, določeni bi bili tudi primeri, ko pacient ne sme biti obravnavan brez zastopnika, četudi bi ga sam odklonil. Pacientov zastopnik bi tako v primeru akutnih in nenadnih nepredvidljivih dogodkov ažurno zmogel skrbeti za uresničevanje določil ZPacP, saj bi poznal naravo bolezni, postopke rehabilitacije in zdravljenja in tako lahko ažurno svetoval pacientu in skrbel za uresničevanje ZPacP. Takšen holistični pristop k obravnavi pacienta bi nedvomno prispeval predvsem k večanju zadovoljstva pacientov, boljšemu občutku varnosti in dvigu kvalitete zdravstvene obravnave. Cilj zdravstvene obravnave pacientov v

PKL nikakor ni kratenje človekovih pravi, je pa včasih po strokovni presoji zdravstvenih delavcev v zvezi z načeli zdravstvene oskrbe omejevanje pacienta potrebno in stroki je tu nedvomno potrebno zaupati.

Pacientove dolžnosti

Za doseganje kakovostne in varne zdravstvene oskrbe je pacient dolžan:

- dejavno sodelovati pri krepitvi in varovanju zdravja ter skrbeti za povrnitev le-tega,
- v času zdravljenja slediti navodilom, ki so del načrta zdravljenja,
- dajati zdravstvenem osebju resnične informacije o svojem zdravstvenem stanju,
- obveščati zdravstveno osebje o spremembah svojega stanja,
- obzirno skrbeti za uresničevanje pravic sopacientov in zdravstvenega osebja,
- spoštovati hišni red,
- pravočasno javiti svoj izostanek s pregleda.(54. čl. ZPacP)

Zakon nalaga izvajalcem zdravstvene dejavnosti spoštovanje pacientovega dostojanstva, ali nalaga to isto tudi pacientu? Za primer: pacient in mati zamudita na preiskavo 50 minit in se pacientova mati grdo razburja nad medicinsko sestro, ker ju ni mogla več sprejeti (naročeni so bili že drugi pacienti). Ponujeni termin isti dan, čez 2 uri, ko bi bila možna obravnavana v ambulanti, pa mati pacienta jezno odkloni in vehementno odide iz ambulante. Še bolj vpijoč primer: pacient je bil v ambulanto poklican 5 minut kasneje kot je imel uro in je oče, ki ga je spremljal na ves glas jezno kričal nad medicinsko sestro. Ali ima medicinska sestra tudi svoje pravice, kaj pa njeno dostojanstvo? Tudi takšen odnos bi moral biti predmet zapisa kot vsak drug verbalni ali drug incident, ki se zgodi na PKL. Tudi medicinska sestra bi morala imeti v zakonu svojo pravico zahtevati od svojca ali pacienta opravičilo in zadoščenje za storjeno dejanje. Trenutno imamo samo zapise pritožb pacientov v zvezi z odnosom zdravstvenih delavcev do njih, tudi v obratni smeri so pritožbe in prav tako bi bile te pokazatelj kakovosti odnosa. Na odnos pacientov in njihovih svojcev sicer ne moremo vplivati, potrebne pa so meje na obeh staneh. Obdelava poročil o konfliktnih situacijah bi bil nepogrešljiv pokazatalj kje in kaj je potrebno še spremeniti za boljše odnose med uporabniki in izvajalci zdravstvene obravnave in s tem večanja ugleda PKL.

.

Pravica do obveščenosti pacienta (20 čl. ZPacP)

Pacient ima sicer pravico, a je zaradi uresničevanja pravice do samostojnega odločanja o zdravljenju obveščen o svojem zdravstvenem stanju, razpletu bolezni, pričakovanih rezultatov zdravljenja pa vendar prihajajo zdravstveni delavci pogosto prav tu v velike dileme. Nekatere psihiatrične bolezni niso povsem ozdravljive, prihaja zgolj do izboljšanj, ki jim sledijo tudi poslabšanja, ki pa so na žalost lahko z leti vse krajša in redkejša. Predvsem pri pacientih kjer gre za pomanjkanje volje, bi informacija o majhni možnosti doseganja popolnega zdravja lahko pomenila izgubo preostale volje za boj z boleznijo. Z namenom, da pacient ohranja voljo do življenja in sposobnost za borbo z boleznijo pogosto popolne resnice o pričakovanem izidu pacientu samemu zdravstveni delavci ne razkrijejo. Tu se rodi vprašanje kaj je torej manjše zlo?

Pravica do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo (41.čl. ZPacP)

Pacient ima pravico do seznanitve in vpogleda v zdravstveno dokumentacijo, ki se nanaša nanj vendar iz praktičnih primerov izhaja, da vpogled v zapis stanja pacienta skozi oči zdravstvenih delavcev ni enak kot pogled pacienta na bolezen v istem času. Zaradi sprememb v pacientovem dojemanju zdravstvenega stanja in odnosa do bolezni v teh primerih prihaja do dileme in tehtanja: kaj bi pacient pridobil in kaj lahko izgubi zaradi tega vpogleda. Pacient nedvomno zaradi vpogleda v njegovo dokumentacijo uveljavlja svojo pravico po ZPacP, izgubil pa bi zaupen odnos do zdravstvenih delavcev zaradi seznanitve z najpodrobnejšim pogledom le – teh na njegovo bolezen, kar bi nedvomno utegnilo škodljivo vplivati na njegovo nadaljnje zdravljenje.

Odpust pacienta iz bolnišnice

V zvezi z uresničevanjem določil varovanja poklicne skrivnosti po 45..čl ZPacP, ki opredeljuje pacientovo privolitev v seznanitev z zdravstveno dokumentacijo (osebnega zdravnika in patronažne službe) nastopajo dileme, pri pacientih, ki sami ne bi obvestili pristojnih služb v domačem okolju po končani hospitalizaciji o svojem zdravstvenem stanju in nujnosti nadaljnjih ukrepov zdravstvene oskrbe (jemanje depo preparatov, kontrole krvi in podobno). Pacient ima namreč pravico odkloniti

zdravniku, da osebe izven klinike seznani z njegovo zdravstveno dokumentacijo (kar sicer ureja 44. člen ZPacP), in da podatke o njegovem zdravstvenem stanju sporoči pomembnim oseba izven bolnišnice (kar ureja 45. čl ZPacP). Pacient običajno ob odpustu iz bolnišnice ni več akutno bolan in težko govorimo o njegovi nesposobnosti v materialnem smislu, torej za razumevanje opustitve določenih dejanj (obveščanje osebnega zdravnika), njegovo zdravljenje pa bi moralo biti kontinuirano tudi po odpustu. Odpustni zdravnik se tu znajde pred tehtanjem pomembnosti posameznih pacientovih pravic: spoštovati pravico pacienta ali zagotavljati kontinuirano zdravstveno oskrbo. ZPacP v 4. odst. 45.čl. že pacientu po dopolnjenem 15. letu ob navzočnosti dveh prič daje pravico, ustno ali sam pisno na določenem obrazcu, določiti komu in kdaj se smejo, morajo in komu ne smejo dajati informacije o njegovem zdravstvenem stanju. Tu je včasih težko zadosti temu določilu zakona, tudi, ko gre za paciente s težavami v duševnem zdravju, ki živijo s starši, kateri zanj skrbijo, ni pa pacientu odvzeta poslovna sposobnost (torej niso njegovi zakoniti skrbniki) ali jim pacient ni napisal pooblastila, da smejo uveljavljati pravice kot njegovi zdravstveni pooblaščenci na podlagi 32. člena ZPacP. V tem primeru bi zdravnik zaradi učinkovite, varne in kontinuirane zdravstvene oskrbe moral seznaniti svojce z zdravstvenim stanje pacienta in jim dati navodila za skrb zanj doma, pa na podlagi ZPacP tega nima pooblastila.

Obravnava v ambulanti

Pravica do spoštovanja pacientovega časa zajema 14. čl. ZPacP v določbi kjer govori o čakalnem času in čakalnih dobah. Pacient ima pravico, da se njegov čas spoštuje, nikjer pa ni v zakonu zapisano, da ima dolžnost na naročeno obravnavo priti pravočasno.

Pacient izvid ambulantne obravnave včasih prejme po pošti na dom. Izvajalec zdravstvene dejavnosti na vso odhodno pošto da žig zdravstvene organizacije, kar namreč lahko pomeni obveščanje tretje osebe o naravi obravnave pacienta. Pacientova pravica do varovanja poklicne skrivnosti in po svoji želji sporočati kje in pri katerih izvajalcih zdravstvene dejavnosti koristi usluge izhaja iz 1. točke 44.čl. ZPacP , ki prvi, da ima pacient pravico do zaupnosti osebnih podatkov, vključno s podatki o obisku pri zdravniku. V PKL so nekateri zdravstveni delavci mnenja, da žig Psihiatrične klinike pomeni odpravo stigmatizacije psihiatričnih pacientov, po drugi strani pa gre za kršenje pacientove pravice do varovanja podatkov o naravi ambulante, ki jo je pacient obiskal.

Prva obravnava kršenja pacientovih pravic

Pacient lahko pri zdravstveni obravnavi v psihiatrični kliniki ni zadovoljen z odnosom zdravstvenih delavcev zaradi postopkov, ki so bili izvajanji z namenom varne, primerne in kakovostne zdravstvene oskrbe. Takšni postopki kjer se pacienti najpogosteje ne strinjajo z zdravstvenimi delavci so: omejevanja gibanja, uživanje zdravil, prigovarjanja k hranjenju, k vzdrževanju osebne higiene, termin odpusta, premestitev nazaj na varovani oddelek, vpogled v dokumentacijo in drugi. V teh primerih pacienti različno prikazujejo odnos zdravstvenih delavcev do njih samih; včasih kot neprimeren odnos, drugič pa kot strokovno neustrezno ravnanje. Pacient ima sicer že v času zdravljenja možnost in pravico podati prvo prijavo kršitev njegovih pravic na zapisnik ali oddati zapisano pristojni osebi. Tu se srečujemo z dilemo, ali je smiselno to prijavo reševati v določenem roku - takoj (za kar ima pacient pravico) , ali pa bi morda dosegli dogovor v zvezi s kršitvijo ob pacientovemu izboljšanju zdravja, oziroma nujno pred odpustom iz klinike. Pacientova stopnja kritičnosti bi vila že na nivoju, da bi bil uvid in dojemanje nujnosti postopkov zdravstvene obravnave jasnejše. Pacient ima vsekakor v vsaki fazi zdravstvene oskrbe v Psihiatrični kliniki pravico podati izjavo za prvo prijavo kršitve njegovih pravic, saj bi časovni odmik oddaje tega zahtevka lahko prispeval k večanju nezadovoljstva pacienta, slabšemu rezultatu zdravljenja in tudi nezaupanju v zdravstvene delavce in izvajalca zdravstvene dejavnosti v končni fazi. Prav zaradi slednjih dejstev je zelo pomembno, da bi pacient svoje nestrinjanje izrazi in je to tudi zabeleženo takrat, ko on tako čuti, pogovor o domnevi kršitvi pravice in dogovor o popravi krivice pa bi morda sledil izboljšanju psihičnega zdravja pacienta, v primerih da svoje pravice uveljavlja sam.

ZAKLJUČEK

Kršitve Zakona o pacientovih pravicah prav gotovo niso zlonamerne, saj gre v Psihiatrični kliniki Ljubljana za odločitve o zdravstveni obravnavi, ki so po strokovni oceni zdravstvenih delavcev najbolj

primerne in varne, tako za pacienta, kot njegovo okolico. Nedvomno obstajajo še katere dileme s katerimi se srečujejo zdravstveni delavci pri obravnavi pacientov v Psihiatrični kliniki, ki niso bile prikazane. Prav gotovo pa bo zakon o pacientovih pravicah zaživel med izvajalci zdravstvenih storitev tem bolj, čim bolj se bodo o njem in dilemah, ki ob tem nastajajo tudi glasno pogovarjali in tudi družno z zakonodajalcem napravili zakon življenjski. Da bi zakon čim bolje lahko zaživel v praksi, bi bilo potrebno čimveč takšnih srečanj in pogovorov in prilaganja dejanskega stanja v kliniki z zakonom in obratno.

LITERATURA

Helsinška deklaracija. Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko. Dostopno na: http://www1.mf.uni-lj.si/kme-nmec/PomembnejsiDokumenti.html. 10.2.2009.

Oviedska konvencija. Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko. Dostopno na: http://www1.mf.uni-lj.si/kme-nmec/PomembnejsiDokumenti.html. 10.2.2009

Pirc.Musar. Nataša. Zakon o pacientovih pravicah. GV založba. Ljubljana. 2008. 30-60.

Pristojnosti in naloga zastopnika.2009. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/si/pacientove_pravice/zastopniki-pacientvih_pravic/pristojnosti

Zakon o pacientovih pravicah. Dostopno na: http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r01/predpis_ZAKO4281.html. 10.2.2009

ODGOVORNOST ZDRAVSTVENIH DELAVCEV V KOMUNICIRANJU

mag. Nina Tomažin
Alenka Vidic,
Propiar d.o.o.

Slika [1]

Področje delovnih nalog od zaposlenih v zdravstvu zahteva veliko več kot le strokovno znanje. Narava njihovega dela jih vsakodnevno postavlja v različne vloge ne le sodelujočega v procesu zdravljenja, temveč tudi kot pomembnega komunikatorja. Poleg komuniciranja z internimi javnostmi, torej zaposlenimi, pa je odgovornost še toliko večja v odnosu do bolnikov. Stik z bolniki in možne posledice njihovega ravnanja jim narekujejo odgovorno pozicijo, ki zahteva visoko raven poznavanja komunikacije, ki pa je v procesu šolanja pogosto postavljena na stranski tir. Izkazalo se je namreč, da bolniki pripisujejo večjo pomembnost sposobnosti poslušanja zaposlenih v zdravstvu kot pa dejanskemu strokovnemu znanju (Ule, 2005). Tako bi moral vsak zdravstveni delavec obvladati vsaj osnovna pravila uspešne komunikacije, tako za izboljšanje počutja bolnikov, kot tudi zaradi lažjega opravljanja lastnega dela.

Okoliščine v komuniciranju med zdravstvenimi delavci in bolniki

Zdravstveni delavci se z bolniki srečujejo v zelo specifičnih okoliščinah, v katerih so pacienti pogosto v podrejenem položaju, saj so od zdravstvenih delavcev odvisni. Zaskrbljeni so zaradi svojega bolezenskega stanja in pogosto ne razumejo, kaj se dogaja z njimi, kar še posebno velja za starejše osebe, nevajene bolnišnic oziroma zdravstvenih ustanov. Bolezen omaja človekovo vero v varnost in neranljivost, zato postane bolj dovzeten za strah in zaskrbljenost ter posledično manj zmožen za premagovanje stisk, povezanih z zdravljenjem. Najsodobnejši postopki zdravljenja so lahko neučinkoviti, če bolezen bolnika pahne v depresijo, zato je tako na strani delavca kot bolnika ključnega pomena čustvena inteligenca. Raziskave so pokazale, da IQ ali tako imenovani inteligenčni kvocient predstavlja le 20 % dejavnikov, ki določajo življenjski uspeh, preostalih 80 % pa sodi na tako imenovano področje čustev (Starčević Vukajlović, 2009). **Čustveno inteligenco** ali inteligentnost bi tako lahko opredelili kot zmožnost opazovanja, razumevanja in spremljanja svojih čustev in čustev drugih, ločevanje teh dveh instanc in sposobnost uporabljanja teh izsledkov za vplivanje na delo. Najpomembnejša prvina čustvene inteligentnosti pa je empatija, ki omogoča zbližanje med bolnikom in zdravstvenim delavcem in obema prinaša vrsto prednosti pri vzpostavitvi pristnega stika. Oboleli dobi občutek razumevanja, mu pomaga sprejeti svoje stanje in ohranjati sposobnosti obvladovanja čustvenih vzgibov, predvsem pa zmanjša občutek samote in nemoči, medtem ko delavcu v zdravstvu zagotavlja pridobitev njegovega zaupanja in boljši vpogled v bolnikovo zdravstveno stanje. Zanimivo je, da pri nudenju emocionalne opore tako moškim kot ženskam dominirajo slednje, same pa se praviloma za pomoč raje obračajo na ženske (Hlebec in Kogovšek, 2003).

Odgovornost zdravstvenih delavcev v komuniciranju je najprej odgovornost do njih samih

[1] Vir: http://www.patriotmajoritytoday.com/page/-/patriot%20majority%20today/pmt_health_care.jpg.

Odgovornost zdravstvenih delavcev pa ni vezana le na paciente, temveč je tudi odgovornost do njih samih. Tako kot nedostopnost in premajhna skrb za bolnike slabšata odnose in možnosti za uspešno komunikacijo, tudi pretirana empatičnost in osebna vpletenost lahko privedeta do negativnih osebnostnih posledic. Naloga uslužbencev v zdravstvu je, da svoja realna, tudi negativna čustva kot so strah, utrujenost ali stres skrijejo, potlačijo in pretvorijo v pacientom prijazna čustva, ter jih na ta način pomirijo. Ta sposobnost empatije nudi pacientom občutek pomembnosti, zavzetosti in skrbi. Konstantno skrivanje čustev v kombinaciji z zahtevnostjo dela pa lahko privede do izčrpanosti (t. i. burn-out), emocionalne otopelosti, (samo)odtujenosti in občutkov neavtentičnosti. Najpogostejši izraz za tovrsten pojav je **emocionalna izgorelost**, označuje pa otopevanje notranjih signalov, emocionalnih občutij, ki privede do tega, da oseba ne more več sočustvovati. Posameznik še vedno čuti, vendar izgubi dostop do lastnih notranjih signalov, ki ga povezujejo z drugimi. Dojemljive osebe so predvsem tiste, ki se identificirajo s svojim delom in negativne odzive pacientov jemljejo kot oseben napad. Take osebe tudi pogosteje trpijo za stresom (Šadl, 2002). Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu ugotavlja, da vsak četrti zaposleni v EU trpi za posledicami prekomernega stresa na delovnem mestu. Glavni vzroki zanj so negotova zaposlitev, časovni pritisk, tog in naporen delovni čas, čustveno nasilje pri delu ter slaba usklajenostjo med poklicnim in zasebnim življenjem. Rešitev seveda ni v odmiku in prenehanju vlaganja truda v vživljanje v čustva pacientov in drugih soljudi, razviti pa je potrebno neko zdravo distanco kot varnostni ukrep. To je mogoče uresničiti z izdelavo jasnih definicij igranja. Na podlagi teh definicij oseba prepozna kdaj igra in kdaj ne, ve, kdaj je čustvo pristno, izvira iz nje in kdaj je samo del igre, s katero želi na primer pomiriti pacienta. Najbolj pomembno je, da zdravstveni delavec svoj odnos s pacienti nadzira in se zaveda, da je to del njegove službe (Šadl, 2002).

Komunikacija je več kot le izbira besed

Šele ko delavec v zdravstvu definira svoj odnos do sebe, se lahko posveti vprašanju pravilnega vedenja v vsakodnevni komunikaciji z bolniki. Komunikacija je v zdravstvu temeljnega pomena, saj lahko zdravstveni delavec preslišano informacijo plača z življenjem bolnika, zato je nujno, da se je lotevamo premišljeno in s tem zagotovimo optimalne pogoje za uspešnost le-te. Potrebno se je zavedati, da ni mogoče ne komunicirati, in da je lahko tudi molk zelo zgovorno dejanje. Komuniciranje je več kot le izbira pravih besed, saj velja, da 55 % vtisa pridobimo iz videza, 38 % iz glasu sogovornika in **le 7 % k ustvarjanju mnenja pripomore vsebina sporočila** (Mehrabian, 1981). Komunikacija je tako izredno kompleksen proces, ki vključuje izmenjavo misli med dvema ali več posamezniki in predpostavlja tudi sposobnost izmenjave gest, simbolov, informacij, dejanj. Običajno govorimo o dvosmernem komuniciranju z odzivom ali tako imenovanem feedbackom, ki pa ni nujno verbalen (torej govorjen). Izredno pristen odziv lahko razberemo iz **neverbalne komunikacije**, ki je sestavljena iz:

- *vedenja telesa* (drže, usmerjenosti in gibov telesa),
- *mimike* (čela, lic, brade, obrvi, ust),
- *očesnega stika* (pogleda, zenic, očesnih mišic),
- *govora* (hitrosti, ritma, jakosti, barve glasu, melodije, jasnosti, smeha, glasov brez verbalne vsebine),
- *gestikulacije* (govorice rok, velikih in malih kretenj),
- *dotikov*,
- *oblačenja*,
- *proksemike* oz. vedenja v prostoru (intimnega, osebnega, družbenega, območja telesne razdalje),
- *vedenja v času* (intimnega, osebnega, družbenega in časa za srečanja) in
- *zunanjega konteksta* (zunanjih okoliščin med komuniciranjem).

Delavci v zdravstvu ne morejo vplivati na vse zgoraj naštete dejavnike. Tako so na primer njihova oblačila v veliki meri standardizirana in so zrcalo institucije v kateri delajo, prav tako ne morejo vplivati na prostor, saj se z bolniki srečujejo v zdravstvenih ustanovah, zaradi natrpanega urnika pa pogosto nimajo vpliva niti na časovno komponento srečanja. Kljub temu pa ostaja množica dejavnikov, ki jih je mogoče obvladovati in lahko pripomorejo k uspešnejši komunikaciji.

Izbira prave telesne razdalje

Slika [2]

Osnova, ki se jo mora zavedati vsak komunikator, je pravilo telesnih razdalj. Ljudje smo v procesu socializacije razvili kompleksen sistem območij, ki večinoma potekajo na nezavedni ravni, znotraj katerih se počutimo varni oziroma sproščeni in jih definira naš odnos do človeka, s katerim komuniciramo. ***Intimna razdalja*** zajema prostor od nič do pol metra od našega telesa. Tako blizu dovolimo ljudem, ki jim zaupamo. V primeru, da v intimni prostor vdre nepovabljena oseba, pa to v nas izzove neprijetna občutja, počutimo se ogroženi in jezni. Od pol do 1,2 metra je ***osebna razdalja***. Na tej razdalji se rokujemo, uporabljamo jo med prijatelji, vendar odraža nižjo raven zaupanja in sproščenosti od intimne. V manj poglobljenem odnosu uporabljamo ***družabno razdaljo***, ki zajema prostor od 1,2 metra do treh metrov in pol. To razdaljo najpogosteje uporabljamo za komunikacijo s svojimi sodelavci, med znanci in v formalnih ter manj osebnih srečanjih, na primer v pogovoru s svojim nadrejenim. Poznamo tudi ***javno razdaljo*** (nad tri metre in pol), ki jo uporabljamo v javnih nastopih, v pogovoru pa izraža nezainteresiranost.

V komuniciranju se je vedno potrebno prilagajati sogovorniku in enako velja za izbiro primerne razdalje. Pri tem velja pravilo, da je bolje začeti dlje ter se skladno s pozitivnim odzivom, ki ga prejemamo od bolnika, pomikati bližje. V primeru, da začutimo, da se sogovornik počuti nelagodno, pa se nemudoma zopet odmaknemo. Naš cilj ni, da se bolniku čim bolj približamo, temveč da izberemo pravo razdaljo, ki bo hkrati izražala skrb in zagotavljala optimalne pogoje za vzpostavitev dobrega odnosa.

Elementi uspešne komunikacije

Velik pomen ima v komuniciranju tudi **očesni stik**. Priporočljivo je, da še preden spregovorimo, prvi stik navežemo že s prijaznim pogledom. Z neposrednim očesnim stikom pokažemo sogovorniku, da ga poslušamo in o njem želimo izvedeti več. Očesni stik naj ne bo prisiljen ali pretiran, temveč naj bo čim bolj naraven in iskren. Sprejemljive so kratke periode, med katerimi opazujete celoten sogovornikov obraz, pretirano buljenje pa lahko doseže nasproten učinek, saj lahko sogovorniku postane neprijetno, ali celo postane sumničav.

[2] Vir: http://www.thepracticeofleadership.net/wp-content/uploads/2008/08/image1.png.

Slika [3]

K izkazovanju zainteresiranosti za pogovor pa veliko pripomore tudi **drža telesa**. V primeru, da držimo glavo preveč nazaj, nehote izražamo vzvišenost, oholost in prevzetost, če glava leze k prsim, pa razkrivamo nemoč in nebogljenost. Pomembna pa je tudi drža celotnega telesa. Občutek bližine in individualne obravnave bo bolnik dobil, če smo nagnjeni nekoliko naprej, k njemu.

Močno sredstvo komuniciranja je lahko tudi **dotik**, vendar ne odgovarja vsem, saj lahko v bolniku vzpodbudi negativen odziv. Običajno glede na komunikacijsko situacijo presodimo, ali si oseba dotika želi. Nepoznane osebe se dotaknemo od komolca navzdol, saj tako dotik ni preveč oseben, hkrati pa pokažemo skrb, naklonjenost in razumevanje.

Gestikulacija sama lahko deluje kot vrsta komuniciranja, lahko pa deluje tudi kot podpora govoru. Vsekakor je za pristno komunikacijo nujna usklajenost obeh, večinoma pa neverbalno komunikacijo uporabljamo le kot dopolnilo verbalni, saj pogosto deluje spontano. Položaj rok pa ima lahko tudi simboličen pomen, ki nezavedno odkriva naša notranja občutja; roka na prsih tako pomeni podrejenost in suženjstvo, roka, ki jo položimo na vrat nakazuje na žrtev, če položimo roke na oči, s tem kažemo grozo, ali sram, če imamo roku prekrižani, s tem kažemo na nek začetek in negibnost, sklenjeni roki pa lahko pomenita združitev, nezaščitenost, podrejenost, ali pozdrav, odprte roke pa nakazujejo na pripravljenost na pogovor (Kovačev, 1997). Zakrivanje ust kaže neko mero zaprtosti, lahko strahu pred povedanim, ali pa si želimo, da bi si sogovornik prizadeval k temu, da bi nas bolje razumel.

[3] Vir: http://farm4.static.flickr.com/3148/2553065496_2b2f8a66a5.jpg?v=0.

Slika [4]

V pogovoru z bolnikom je tako ključnega pomena, da tudi naše roke poudarjajo to, kar želimo sporočiti. Mnogi imajo navado nositi roke prekrižane, ne da bi se zavedali, kakšno sporočilo s tem posredujejo sogovorniku. V primeru, da želimo bolniku pokazati, da smo pripravljeni na pogovor, morajo biti roke odprte, s čimer poudarimo željo po navezavi stika.

Slika [5]

Pomen izrečenega pa je odvisen od tega, s kakšnim **glasom** je bilo sporočilo posredovano in variira glede na hitrost, višino, naglas in barvo, ki jo uporabimo pri komuniciranju. Kljub temu, da se bolniki med seboj močno razlikujejo, pa obstajajo strategije, ki lahko zdravstvenemu delavcu pomagajo v pogovoru z bolnikom, ki so uporabne predvsem pri odnosu z bolniki s težkimi boleznimi oziroma svojci in manj pri delu v ambulantah, kjer je časovni pritisk neprimerno večji; slediti moramo namigom, ki nam jih bolnik ponudi. V primeru, da smo ga že srečali, se poskušamo spomniti, zakaj je prišel prejšnjič, kaj je morda rekel danes, kar bi nam lahko pomagalo k navezavi stika. Ko začne govoriti, ga moramo poslušati do konca, pri tem pa skušamo biti empatični, pokazati razumevanje, tako s pritrdilnimi stavki, kot tudi s prikimavanjem. Zaupen odnos za razčiščevanje bolnikovih dilem in izražanje občutkov pa dosežemo tudi s postavljanjem odprtih vprašanj in ne posežemo po kratkih stavkih kot so: »Saj bo še vse dobro«, »Ni vam treba skrbeti« in podobno, saj s tem bolniku onemogočamo izražanje občutkov in strahu. Če želimo ugotoviti, kaj bolnika zanima in kaj so njegove skrbi, moramo slediti njegovim potrebam.

O čem mora razmisliti zdravstveni delavec kot komunikator?

- Kako se držim med pogovorom – sproščeno, upognjeno, napeto, trdo?
- Kakšen izraz imam na obrazu med pogovorom?
- Gledam v sogovornika ali mimo njega?
- Ali se zavedam, kdaj povišam glas?
- Kaj med pogovorom počnem s svojimi rokami?
- Ali se med pogovorom skušam sogovornika dotakniti?
- Ali sem preblizu ali predaleč svojemu sogovorniku?

Spremembe potekajo počasi

Zgornji primeri so nakazali le delček kompleksne znanosti obvladovanja neverbalne komunikacije, pa vendar lahko razumevanje širine pojma in pomembnosti le-tega v našem vsakdanjem življenju veliko

[4] Vir: http://fastfood101.files.wordpress.com/2009/01/bw-up-close-folded-hands.jpg.

[5] Vir: http://cache.lifehacker.com/assets/images/gallery/17/2007/05/medium_483790016_47fb0895b6_o.jpg.

pripomorejo k izboljšanju komunikacijskih sposobnosti in potemtakem tudi izpolnitvi poslanstva zdravstvenih delavcev. Ljudje smo žrtve svojih navad. Pogosteje kot ponavljamo neko gesto, težje jo bomo spremenili. Moramo se zavedati, da so velike spremembe sestavljene iz množice malih, in če se želimo v nečem izboljšati, nekaj na sebi spremeniti, je potrebno začeti z majhnimi koraki. Osredotočiti se je potrebno le na eno stvar naenkrat in šele, ko to obvladamo, preiti na naslednjo. Obvladovanje komunikacije je zahteven proces, ki pa nenazadnje botruje k lažjemu in boljšemu opravljanja dela, kar je na dolgi rok odlična investicija tudi iz vidika osebne rasti in uspešnosti izven delovnega mesta.

Literatura in viri:

- European Agency for Safety and Health at Work, dostopno na: http://osha.europa.eu/sl/statistics (13. marec 2009).
- Hlebec, Valentina in Kogovšek, Tina (2003): Konceptualizacija socialne opore. *Družboslovne razprave*, let. 19, št. 43., str. 103 – 126.
- Kovačev, Asja Nina (1997): *Govorica telesa*. Ljubljana: Znanstveni inštitut Filozofske fakultete.
- Mehrabian, Albert (1981). Silent messages: Implicit communication of emotions and attitudes. Belmont, CA: Wadsworth.
- Sporočanje slabe novice ob smrti (2008): http://www.zdravstvena.info/vsznj/sporocanje-slabe-novice-ob-smrti/ (12. marec 2009)
- Starčević Vukajlović, Marijana (2009): *Čustvena inteligenca*. Dostopno na: http://www.akropola.org/clanki/clanek.aspx?lit=51 (13. marec 2009).
- Šadl, Zdenka (2002): »We're out to make you smile.« Emocionalno delo v storitvenih organizacijah. *Teorija in praksa*, let. 39, št. 1, str. 49 – 80.
- Ule, Mirjana (2005): *Psihologija komuniciranja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Fotografije:

- http://cache.lifehacker.com/assets/images/gallery/17/2007/05/medium_483790016_47fb0895b6_o.jpg (16. marec 2009).
- http://fastfood101.files.wordpress.com/2009/01/bw-up-close-folded-hands.jpg
- http://farm4.static.flickr.com/3148/2553065496_2b2f8a66a5.jpg?v=0 (16. marec 2009).
- http://www.patriotmajoritytoday.com/page//patriot%20majority%20today/pmt_health_care.jpg (16. marec 2009)
- http://www.thepracticeofleadership.net/wpcontent/uploads/2008/08/image1.png (16. marec 2009)

ZA POMOČ PRI ORGANIZACIJI STROKOVNEGA SREČANJA SE ZAHVALJUJEMO:

- **Podjetju AstraZeneca UK Limited, Podružnica v Sloveniji**
- **Podjetju Krka d.d., Novo mesto**
- **Podjetju Propiar d.d.**

ZABELEŽKE: