Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

in

Univerzitetni klinični center Maribor- oddelek za psihiatrijo

in

Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji

IZZIVI V FORENZIČNI PSIHIATRIJI
Challenges in Forensic Psychiatry

ZBORNIK Z RECENZIJO

Proceedings of Lectures with Peer Review

Maribor, oktober 2014

Organizator
UNIVERZITETNI KLINIČNI CENTER MARIBOR - ODDELEK ZA PSIHIATRIJO in ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE ZVEZA STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRASVTEVNIH TEHNIKOV SLOVENIJE SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PSIHIATRIJI

SEMINAR Univerzitetnega centra Maribor - Oddelka za psihiatrijo in Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji

IZZIVI V FORENZIČNI PSIHIATRIJI
Maribor, 10. oktober 2014

ZBORNIK Z RECENZIJO

Urednika:
Darko Loncnar
Ivanka Videčnik

Recenzenta:
Mag. Branko Bregar
Mag. Jožica Peterka Novak

Lektor:
Kristjan Šinkec

Tehnično urejanje:
Darko Loncnar

Programsko-organizacijski odbor:
Ivanka Videčnik, Viktorija Štiglic, Mitja Prapertnik, Aljoša Lapanja, Darko Loncnar

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

Tiskarna:
ABO grafika d.o.o.

Naklada:
90 izvodov

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Univerzitetna knjižnica Maribor

343.9

IZZIVI v forenzični psihiatriji : zbornik z recenzijo = proceedings of lectures with peer review / [urednika Darko Loncnar, Ivanka Videčnik]. - Maribor : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 2014

ISBN 978-961-273-099-4
1. Loncnar, Darko
COBISS.SI-ID 79756545

UKC MARIBOR - Oddelek za psihiatrijo

in

ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE -

ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE

Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji

IZZIVI V FORENZIČNI PSIHIATRIJI

Petek, 10. 10. 2014

UKC Maribor - Oddelek za psihiatrijo

PROGRAM SREČANJA:
Petek, 10. 10. 2014

08.00– 08.45 **Registracija udeležencev**

08.45–09.00 **Otvoritev srečanja in pozdrav udeležencev**

moderator: Dragica Križanec

09.00–09.30 **Sodelovanje zavodov za prestajanje kazni in zapora na področju forenzične psihiatrije**
30 min *Lucija Tekaučič Božičkov, univ. dipl. soc. ped., Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij*

09.30–10.00 **Pogled kazenskega sodnika na forenzično psihiatrijo**
30 min *dr. Barbara Nerat, okrožna sodnica na Oddelku za kazensko in mladoletniško sodstvo Okrožnega sodišča v Mariboru*

10.00–10.30 **Novosti v forenzični psihiatriji**
30 min *asist. mag. Miran Pustoslemšek, dr. med. spec. psih., Oddelek za psihiatrijo, UKC Maribor*

10.30–11.00 **ODMOR**

moderator**:** Sanja Kuzmič

11.00–11.20 **Vloga pravosodne policije v Enoti za forenzično psihiatrijo**
20 min *Igor Podgorelec, pravosodni policist, svetovalec za prestajanje kazni Maribor*

11.20–11.40 **Posebnosti psihiatrične zdravstvene nege v Zavodu za prestajanje kazni Maribor**
20 min *Zdenka Urbanič, SMS, Zavod za prestajanje kazni Maribor*

11.40–12.00 **Uporabnost Lestvice očitne agresije na Oddelku za psihiatrijo in Enoti za forenzično psihiatrijo**
20 min *Aleš Zemljič, dipl. zn., univ. dipl. org., Oddelek za psihiatrijo, UKC Maribor*

12.00 –12.20 **Znanje in veščine, ki jih potrebujemo za kakovostno delo s pacientom na forenzični psihiatriji**
20 min *Sabina Finžgar, dipl. m. s., Oddelek za psihiatrijo, UKC Maribor*

12.20–12.40 **ODMOR**

12.40–13.00 **Timska obravnava pacienta v Enoti za forenzično psihiatrijo**
20 min *Kegl Ksenija, dipl. m. s., Oddelek za psihiatrijo, UKC Maribor*

13.00–13.20 **Raba moči v zdravstveni negi kot moralno-etični problem: spregledana neenakomerna razmerja med pacientom in negovalnim osebjem**
20 min *Aleksandra Ferfolja, dipl. m. s., Nataša Hvala, dipl. m. s., Psihiatrična bolnišnica Idrija*

13.20–13.40 **Starostnik na forenzični psihiatriji**
20 min *Suzana Smovnik, dipl. m. s. Oddelek za psihiatrijo, UKC Maribor*

14.10 –14.20 **ODMOR**

14.20 – 15.00 **45 LET DELOVANJA PSIHIATRIČNE SEKCIJE – kulturni program**
Podelitev priznanj v zdravstveni negi na področju psihiatrije

KAZALO

SODELOVANJE ZAVODOV ZA PRESTAJANJE KAZNI ZAPORA NA PODROČJU FORENZIČNE PSIHIATRIJE _____ **1**
Cooperation between prisons and forensic psychiatry unit
LUCIJA BOŽIKOV TEKAVČIČ

POGLED KAZENSKEGA SODNIKA NA FORENZIČNO PSIHIATRIJO _____ **7**
A view on forensic psychiatry by a criminal judge
BARBARA NERAT

NOVOSTI V FORENZIČNI PSIHIATRIJI _____ **11**
Recent developments in the forensic psychiatry
MIRAN PUSTOSLEMŠEK

VLOGA PRAVOSODNE POLICIJE NA ENOTI ZA FORENZIČNO PSIHIATRIJO _____ **14**
The role of judicial police in the unit for forensic psychiatry
IGOR PODGORELEC

POSEBNOSTI PSIHIATRIČNE ZDRAVSTVENE NEGE V ZAVODU ZA PRESTAJANJE KAZNI ZAPORA MARIBOR _____ **18**
Special features in psyhiatric nursing care in Maribor prison
ZDENKA URBANIČ

UPORABA LESTVICE OČITNE AGRESIJE NA ODDELKU ZA PSIHIATRIJO UNIVERZITETNEGA KLINIČNEGA CENTRA MARIBOR - ENOTA POD POSEBNIM NADZOROM IN ENOTA ZA FORENZIČNO PSIHIATRIJO _____ **24**
The use of Overt aggression scale in the Department of Psychiatry of the University Medical Centre Maribor – Unit under special surveillance and forensic psychiatry unit
ALEŠ ZEMLJIČ

ZNANJE IN VEŠČINE, KI JIH POTREBUJEMO ZA KAKOVOSTNO DELO S PACIENTOM NA FORENZIČNI PSIHIATRIJI _____ **30**
Knowledge and skills needed for quality work with patients in forensic psychiatry
SABINA FINŽGAR

TIMSKA OBRAVNAVA PACIENTOV V ENOTI ZA FORENZIČNO PSIHIATRIJO _____ **35**
Team treatment of patients at the forensic psychiatry unit
KSENIJA KEGL

(ZLO)RABA MOČI V ZDRAVSTVENI NEGI KOT MORALNO-ETIČNI PROBLEM: SPREGLEDANA NEENAKOMERNA RAZMERJA MED PACIENTOM IN NEGOVALNIM OSEBJEM _____ **41**
(Mis)Use of power in health care as a moral and ethical problem: overlooked irregular relations between patient and nursing staff
HVALA NATAŠA, FERFOLJA ALEKSANDRA

STAROSTNIK NA FORENZIČNI PSIHIATRIJI _____ **48**
Elderly patient at forensic psychiatry
SUZANA SMOVNIK

DEJAVNIKI, KI VPLIVAJO NA OHRANJANJE ČLOVEKOVEGA DOSTOJANSTVA _____ **54**
Factors, affecting the preservation of human dignity
ANDREJA AVGUŠTIN MAJCEN

Pogled nazaj…….. _____ **59**
Ob 45-letnici Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji

SODELOVANJE ZAVODOV ZA PRESTAJANJE KAZNI ZAPORA NA PODROČJU FORENZIČNE PSIHIATRIJE

Cooperation between prisons and forensic psychiatry unit

Lucija Božikov Tekavčič, univ. dipl. soc. pedagog,

Uprava Republike Slovenije za izvrševanje kazenskih sankcij,

lucija.bozikov@gov.si

Izvleček

V prispevku je predstavljen splošen pregled začetka sodelovanja zavodov za prestajanje kazni zapora z Enoto za forenzično psihiatrijo UKC Maribor po začetku njenega delovanja. Prikazana so tudi nekatera temeljna izhodišča strokovne obravnave zaprtih oseb. Zavodi za prestajanje kazni zapora so specifične ustanove po svoji vlogi in organizaciji. Delo v njih poteka v izoliranem okolju, v katerem imata velik pomen predvsem etični kodeks in humanost. Glede na kompleksnost profesionalnega dela (vedno bolj zahtevne kategorije zaprtih oseb) je pri obravnavi zaprtih oseb z duševnimi motnjami ključno dobro sodelovanje z Enoto za forenzično psihiatrijo z namenom zagotoviti ustrezno psihiatrično obravnavo zaprtih oseb. Osnovni namen prispevka ni pojasniti ali dokazati določena dejstva, ampak prikazati pregled aktivnosti, ki so bile izvedene na področju zdravljenja zaprtih oseb z duševnimi motnjami v času pripora ali prestajanja kazni od začetka delovanja Enote za forenzično psihiatrijo. Prispevek lahko opredelimo kot deskriptiven, saj se osredotoča na obravnavo zaprtih oseb na podlagi podatkov in lastnih izkušenj.
Ključne besede: zaprte osebe z duševnimi motnjami, obravnava zaprtih oseb, svetovalno delo, zavod za prestajanje kazni zapora

Abstract

This article presents general overview of cooperation between prisons and the Unit for forensic psychiatry of UKC Maribor after its entry into operation. It also presents some of the basic premises of professional treatment of prisoners. Prisons are specific institutions according to their role and organization. Work in the prison takes place in an isolated environment, which demands greater role of code of ethics and humanity. Because of complexity of the professional work in dealing with prisoners with mental disorders the cooperation with the Unit for Forensic Psychiatry is essential in order to provide adequate psychiatric treatment of prisoners. The main purpose of this paper is not explaining or demonstrating specific facts, but in particular to provide an overview of activities that have been done on the treatment of prisoners with mental illness at the time of detention or during the term of imprisonment since the start of the Unit for Forensic Psychiatry. The theoretical part describes the penitentiary system and method of professional treatment of prisoners. The contribution can be defined as descriptive because it is focused on the treatment of prisoners, based on the data and our own experience.
Keywords: prisoners with mental disorders, treatment of prisoners, consulting work, prisons.

Uvod

Zavodi za prestajanje kazni zapora

V teoretičnem delu je opisan sistem izvrševanja kazenskih sankcij in način strokovne obravnave zaprtih oseb. Za zaporski sistem v Republiki Sloveniji je odgovorna Uprava za izvrševanje kazenskih sankcij, ki deluje v okviru Ministrstva za pravosodje. Ustanovljena je bila leta 1995 z namenom racionalnejše in učinkovitejše organizacije zaporskega sistema.

V Sloveniji se kazen zapora, ki od vseh kazni najgloblje posega v človekovo pravico do svobode, izvršuje v šestih zavodih za prestajanje kazni zapora, ki delujejo na štirinajstih lokacijah.

Organizacijska shema vseh zavodov je podobna. Osnovo predstavljata sektor za tretma, ki je sestavljen iz oddelka za vzgojo, oddelka za varnost in oddelka za delo ter sektor za splošne, pravne in ekonomske zadeve.

Organizacijska shema posameznega zavoda je odvisna od njegove velikosti in kategorije zaprtih oseb in je razdeljena po naslednjih področjih:

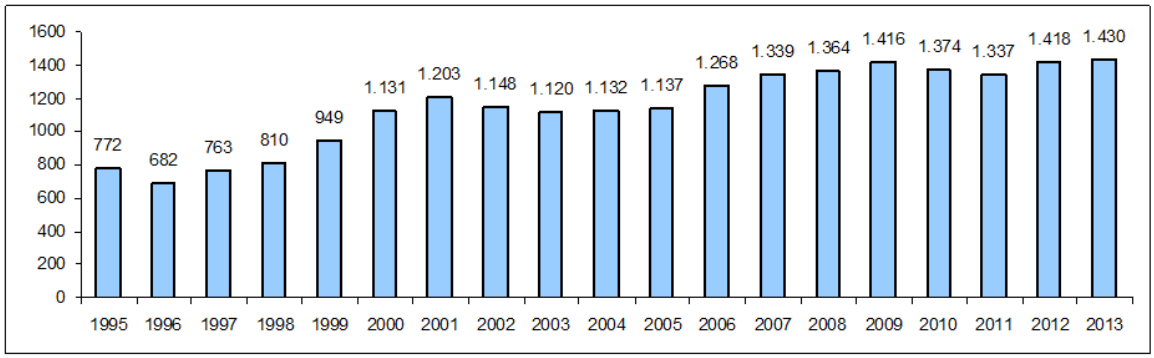
- oddelek za vzgojo, kjer so zaposleni pedagogi, psihologi, socialni delavci, medicinsko osebje, organizatorji prostočasnih aktivnosti in organizatorji izobraževanja ter drugi strokovni delavci, ki izvajajo tretmajske programe;
- oddelek za varnost in varovanje, kjer so zaposleni pravosodni policisti, ki skrbijo za varnost in varovanje ter se vključujejo v izvajanje tretmajskih programov;
- oddelek gospodarske enote, kjer so zaposleni inštruktorji in drugi strokovno-tehnični delavci, ki skrbijo za organizacijo dela in usposabljanje zaprtih oseb;
- oddelek za splošne in pravne zadeve;
- oddelek za finančno računovodske zadeve.

Centralni zavodi so:

- Zavod za prestajanje kazni zapora Ig za ženske (nad dvema mesecema zapora);
- Zavod za prestajanje kazni zapora Dob pri Mirni za moške (nad enim letom in pol zapora);
- Zavod za prestajanje kazni zapora v Celju, za mladostnike in mladoletne.

Regionalni Zavodi so v Kopru, Mariboru in Ljubljani (do enega leta in pol zapora). Dislocirani oddelki regionalnih Zavodov (do šest mesecev zapora) pa v Novem mestu, Novi Gorici in Murski Soboti. Oddelki pripora so organizirani znotraj posameznih zavodov na osmih lokacijah. V okviru uprave deluje tudi Prevzgojni dom za mladoletnike v Radečah.

Osnovni podatki o zaprtih osebah



Preglednica 1 Pregled gibanja povprečnega števila zaprtih oseb v obdobju 1995–2013 (Letna poročila Uprave RS za izvrševanje kazenskih sankcij).

Iz preglednice je razvidno, da je povprečno število zaprtih oseb po letu 1996 začelo naraščati. V obdobju od 1996 do 2001 je na podlagi primerjav z drugimi evropskimi državami Slovenija beležila največji porast povprečnega števila zaprtih oseb med vsemi državami članicami Sveta Evrope. Po letu 2001 se je naraščanje števila ustavilo do leta 2005, nakar se je ponovno nadaljeval trend naraščanja.

Največ zaprtih oseb (47% vseh zaprtih) je starih od 27 do 39 let. Med zaprto populacijo je 5% žensk in 12% tujcev. V strukturi zaprtih oseb je 79 % obsojencev, 17 % pripornikov, 2,1% uklonilno kaznovanih oseb in 2 % mladostnikov v prevzgojnem domu.

V letu 2013 je bilo 47 % vseh kaznivih dejanj premoženjskih deliktov, 15 % kaznivih dejanj zoper človekovo zdravje, 10 % kaznivih dejanj zoper življenje in telo in 6,3% kaznivih dejanj zoper spolno nedotakljivost (Letna poročila Uprave RS za izvrševanje kazenskih sankcij). Glede na dolžino kazni ima 80% novosprejetih obsojencev izrečeno kazen do dveh let zapora.

V zadnjih letih je bila posebna skrb namenjena naraščanju števila zaprtih oseb in zmanjševanju negativnih posledic prenapolnjenosti zavodov z različnimi ukrepi (premeščanje med oddelki in zavodi, skrb za higieno, komunikacija, zdravstveno varstvo, prilagoditev dnevnih aktivnosti itn.) ter reševanju pereče prostorske problematike.

Pregled pomembnejših preventivnih aktivnosti Uprave za izvrševanje kazenskih sankcij

V slovenskem zaporskem sistemu nam okvir za preventivno delovanje uprave na področju zmanjševanja kriminala (v smislu zmanjševanja možnosti za ponovno vključevanje v kriminalne aktivnosti) daje 14. člen Zakona o izvrševanju kazenskih sankcij, ki določa, da mora biti izvrševanje kazni zapora in mladoletniškega zapora organizirano, tako da obsojencu in mladoletniku nudi programe in aktivnosti za izboljšanje kakovosti življenja in večjo socialno vključenost po prestani kazni. Nosilci programov, ki se jih izvaja v zaporih, so strokovni delavci tretmajskih služb. Pogoji za sodelovanje v programih so soglasje obsojencev o vključitvi v program, njihovo aktivno sodelovanje in zagotavljanje spoštovanja osebnosti obsojencev ter njihovega človeškega dostojanstva. Pri tem je pomembno vključevanje strokovnih institucij in ustanov zunaj zaporskega sistema, ki lahko sodelujejo pri izvajanju različnih programov, usmerjenih v reševanje težav in problemov zaprtih oseb.

V zavodih za prestajanje kazni zapora se izvaja programe s področja izobraževanja zaprtih oseb, dela, prostočasnih aktivnosti, zdravstvenega varstva, izvaja se programe, vezane na pomoč zaprtim osebam, ki imajo težave z drogo ali alkoholom, programe socialnega učenja v smislu učenja komunikacij, ki se jih izvaja s pomočjo skupinskih in individualnih metod dela in svetovanja obsojencem, pripravo na odpust, svetovanje v postpenalni obravnavi in posebne programe, vezane na specifične potrebe zaprtih oseb. Aktivnosti na varnostnem področju potekajo na več nivojih s ciljem varnosti družbe in varnih zaporov za zaprte osebe in delavce v zaporih.

Tretma oziroma obravnava obsojenca zavzema osrednje mesto v procesu vključevanja obsojenca v običajno življenje na prostosti po prestani kazni in strokovnega vodenja obsojenca. Delavci vzgojne službe zato pripravijo za vsakega obsojenca program individualne obravnave in skrbijo za njegovo izvajanje. Zakon o izvrševanju kazenskih sankcij jih zavezuje k sodelovanju pri načrtovanju in izvajanju še drugih ukrepov, s katerimi skušajo doseči boljšo psihosocialno prilagoditev obsojenca.

Ustanovitev Enote za forenzično psihiatrijo in njeni učinki na obravnavo zaprtih oseb

Med zaprtimi osebami, ki so bodisi v priporu, uklonilno kaznovani ali na prestajanju zaporne kazni, določen delež predstavljajo zaprte osebe s težavami v duševnem zdravju. Med njimi imamo primere, za katere je s strani psihiatrične stroke zahtevano bolnišnično zdravljenje, zato se je potreba po vzpostavitvi forenzične psihiatrije v Republiki Sloveniji pokazala že v začetku devetdesetih let, začetki dogovarjanja o ustanovitvi forenzično psihiatričnega oddelka pa segajo v leto 1994 (Ziherl, 2011). Do leta 1998 je Oddelek za forenzično in socialno psihiatrijo deloval vokviru Centra za mentalno zdravje Psihiatrične klinike Ljubljana, vendar

ker ni več ustrezal zahtevam sodobne forenzične psihiatrije, saj je bil odprtega tipa in ni mogel zadostiti vsem zahtevam po varnem zdravljenju forenzično psihiatričnih pacientov.

Na omenjeno problematiko je med obiski opozaril tudi Evropski odbor za preprečevanje mučenja in nehumanega ali ponižujočega ravnanja in kaznovanja (CPT), ki je v svojih priporočilih navedel, da je v Sloveniji potrebno takoj sprejeti ukrepe, ki bodo zagotovili, da se zapornike z duševno motnjo, ki potrebujejo hospitalni psihiatrični tretma, nastani v ustreznih ustanovah.

CPT je v svojih priporočilih za leti 2002 in 2006 v poglavju o zdravstveni oskrbi v zaporih pod 43. točko navedel, da bi duševno bolan zapornik moral biti nastanjen v primerno opremljenih bolnišničnih prostorih, zanj pa bi moralo skrbeti primerno usposobljeno osebje. Tovrstni prostori so lahko v civilni psihiatrični bolnici ali pa v posebno opremljenih psihiatričnih prostorih znotraj sistema zaporov.

Prav tako Evropska zaporska pravila, Priporočilo št. R (2006) 2, v poglavju Duševno zdravje narekujejo, da naj bodo za opazovanje in obravnavo zapornikov, ki trpijo za duševnimi boleznimi in anomalijami, na voljo specializirani zapori in oddelki pod medicinskim nadzorstvom.

Priporočilo št. R (98) 7, ki obravnava etične in organizacijske vidike zdravja v zaporu, pa v 52. točki opredeljuje, da morata zaporska uprava in ministrstvo, ki je pristojno za duševno zdravje, sodelovati pri organizaciji psihiatrične oskrbe zapornikov.

Na podlagi priporočil in zaradi težav, ki so nastajale pri sprejemanju in hospitalizaciji zaprtih oseb v psihiatričnih klinikah, je Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij že leta 2001 predlagala, da se preveri možnost ureditve forenzičnega oddelka kot skupnega projekta Ministrstva za pravosodje, Ministrstva za zdravje in psihiatrične klinike. Osnovna zamisel je bila, da bi v okviru ene od psihiatričnih klinik uredili poseben oddelek za zaprte osebe za potrebe vseh zaporov, kjer bi bilo moč izvajati varovanje s pravosodnimi policisti, za zdravstveni del pa bi skrbela klinika.

Dogovori so potekali vse do leta 2009 na različnih ravneh in v mnogih preigranih možnostih, odvisnih predvsem od politične volje (Ziherl, 2011). V postopku realizacije pa do končne odločitve ni prišlo vse do začetka leta 2010. Februarja 2010 je varuhinja človekovih pravic sklicala sestanek obeh ministrov in vodstva Psihiatrične klinike Ljubljana, kjer je minister za pravosodje imenoval projektno skupino za pripravo bolnišnice za forenzično psihiatrijo. Izbrana je bila lokacija in projektna skupina je nalogo realizirala.

S pridobitvijo Oddelka za forenzično psihiatrijo je Slovenija sledila mnogim evropskim državam, ki so za forenzično-psihiatrično zdravljenje sledile najzahtevnejšim strokovnim načelom s tega področja. Prav tako smo z umestitvijo oddelka za forenzično psihiatrijo uresničili priporočila Sveta Evrope in CPT-ja, ki so nas na to problematiko opozarjali zadnjih deset let. In nenazadnje, kot je navedel vodja projektne skupine prof. dr. Slavko Ziherl, je pridobitev oddelka za forenzično psihiatrijo izjemen prispevek k destigmatizaciji forenzično-psihiatričnih pacientov v slovenskem prostoru.

Sodelovanje med zavodi za prestajanje kazni in Enoto za forenzično psihiatrijo.

Pri določanju osebnega načrta obsojenca in obravnave obsojenca se dosledno spoštuje individualnost vsakega obsojenca. Posebna skrb pa je že ob sprejemu zaprte osebe namenjena oceni njegovega zdravstvenega stanja. Ambulante v zavodih za prestajanje kazni zapora imajo od 1. 1. 2009 z vključitvijo v javno zdravstveno mrežo povsem enak status, kot jih imajo ambulante zunaj zaporov. Izvajalci zdravstvenih storitev so zdravniki regionalnih

zdravstvenih domov. Bistveno razliko pri obravnavi predstavlja sama populacija, ki je zelo specifična. Gre za neprostovoljne paciente, ki praviloma odstopajo od običajne populacije.

Obsojenca se po prvih opravljenih formalnostih po prihodu (identifikacija, osebni pregled, pregled prtljage, oceno samomorilne ogroženosti) namesti v sprejemni oddelek. Izjeme so možne le zaradi samomorilne ogroženosti ali zdravstvenih težav. Ob ugotovljeni samomorilni ogroženosti se novosprejetega obsojenca namesti z drugim novosprejetim obsojencem ali v skrajnem primeru v prostore ambulante (zdravstvene težave). V roku 24 ur se opravi zdravstveni pregled obsojenca. Vsaka zaprta oseba je ob sprejemu seznanjena z možnostjo obiska pri psihiatru, vendar večina zaprtih oseb te možnosti ne izkoristi. Velika večina zaprtih oseb je na pregled k zdravniku psihiatru napotena na podlagi neobičajnega obnašanja (Letna poročila Uprave RS za izvrševanje kazenskih sankcij 1995-2013).

Pod vodstvom vodje Enote za forenzično psihiatrijo dr. Miranom Pustoslemškom so bile skupaj z zdravniki regionalnih zdravstvenih domov izdelane smernice glede napotitev na obravnavo v Enoti (Pustoslemšek, 2012).

Te smernice so:

1. Indikacije za bolnišnično obravnavo so načeloma enake kot za ostalo populacijo, torej akutne psihoze, manije, poslabšanja shizofrenije, bipolarne motnje, delirantna stanja, depresivna stanja s samomorilno ogroženostjo ali psihotičnimi simptomi, nediagnosticiran kronični psihoorganski sindrom. Stanja akutne zmedenosti s sumom na intrakranialna stanja se usmerja na nevrološki oddelek;
2. Enota ne obravnava oseb, odvisnih od PAS, razen v primeru sočasne prisotnosti psihične motnje, za katero je indicirana bolnišnična obravnava. Enota ne sprejema oseb z namenom obravnave abstinenčnih stanj zaradi odvisnosti od ilegalnih PAS;
3. V največji možni meri se je treba izogniti napotitvam oseb, ki imajo v ozadju manipulativne razloge za zdravljenje, na primer zaradi izogibanja obravnavam na sodišču, iskanja možnosti za pobeg, umik pred osebami, ki jim dolgujejo itd.;
4. Za sprejem se je potrebno predhodno dogovoriti z odgovornimi zdravniki enote. Zaželeno je, da je oseba pripeljana na sprejem v času med 10. in 14. uro ob delavnikih. Izjemoma bolnika pregleda in po potrebi sprejme dežurni zdravnik Oddelka za psihiatrijo UKC Maribor po 14. uri. Spremljevalci morajo napoteno osebo spremljati in varovati, dokler se sprejemni zdravnik ne odloči o nadaljnjih aktivnostih;
5. Urgentna stanja(predvsem poskus samomora) so obravnavana po doktrini in v primeru napotitve na Psihiatrični oddelek UKC Maribor dežurni psihiater presodi o nadaljnji obravnavi. Iz oddaljenih zavodov je v primerih urgentnih stanj smiselno napotiti pacienta v najbližjo psihiatrično ustanovo, kjer dežurni psihiater presodi o indikaciji za bolnišnično zdravljenje;
6. Za osebe s prilagoditveno motnjo zaradi pripora in prestajanja kazni zapora ni indicirana bolnišnična obravnava in prav tako ne za osebe s klavstrofobijo.

Ko je zaprta oseba napotena na zdravljenje v Enoto za forenzično psihiatrijo, skrb za varovanje v Enoti zagotavljajo pravosodni policisti, zaposleni na Upravi za izvrševanje kazenskih sankcij.

Zaključek

V prispevku smo opozorili na pomen ustrezne bolnišnične obravnave zaprtih oseb s težavami v duševnem zdravju. Predstavili smo temeljne značilnosti sistema izvrševanja kazenskih sankcij in v nadaljevanju spregovorili o neprostovoljnih uporabnikih.

Za slovenski zaporski sistem je odprtje Enote za forenzično psihiatrijo izjemno pomembno, saj se forenzična psihiatrija kot stroka sedaj razvija na enem mestu, hkrati pa je zagotovljena enaka oskrba za zaprte osebe iz različnih zavodov za prestajanje kazni zapora. Prav tako pridobitev oddelka za forenzično psihiatrijo predstavlja izjemen prispevek k destigmatizaciji forenzično psihiatričnih pacientov v slovenskem prostoru.

V nadaljevanju je vsekakor pomembno tudi, da se določi pot oziroma nadaljnjo obravnavo pacienta po odpustu iz forenzičnega oddelka nazaj v zavod in da pacient ohrani vez z ambulanto na prostosti v primeru, da gre na prostost.

Literatura

1. Letna poročila Uprave RS za izvrševanje kazenskih sankcij. Ljubljana: Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij; 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013.
2. Pustoslemšek M. Napotitve pripornikov in obsojencev iz ZPKZ in priporov na Forenzično enoto UKC Maribor. Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor; 2012.
3. Report to the Slovenian government on the visit to Slovenia carried out by the European committee for the prevention of torture and inhuman and degrading Treatment of Punishment. CPT; 2001.
4. Report to the Slovenian government on the visit to Slovenia carried out by the European committee for the prevention of torture and inhuman and degrading Treatment of Punishment. CPT; 2006.
5. Zakon o izvrševanju kazenskih sankcij. Uradni list Republike Slovenije št. 110/06 – uradno prečiščeno besedilo, 76/08, 40/09, 9/11- ZP-1G, 96/12- ZPIS-2 in 109/12).
6. Ziherl S. Organizacija forenzične psihiatrije v Sloveniji (projektna naloga). Ljubljana: Republika Slovenija, Ministrstvo za zdravje in Ministrstvo za pravosodje; 2011.

POGLED KAZENSKEGA SODNIKA NA FORENZIČNO PSIHIATRIJO

A view on forensic psychiatry by a criminal judge

dr. Barbara Nerat, okrožna sodnica

Kazenski oddelek Okrožnega sodišča v Mariboru

barbara.nerat@sodisce.si

Izvleček

Avtorica skozi oči kazenskega sodnika obravnava leta 2012 uvedeno medicinsko-terapevtsko ravnanje z izvršitelji deliktov, ki po določilih Kazenskega zakonika (KZ-1B) za povzročeno pravno nevzdržno ravnanje ne morejo biti obsojeni na kazen zapora.
Ključne besede: kazenski sodnik, psihiater, forenzični pacient, varnostni ukrep, forenzična psihiatrija

Abstract

The author considers through the eyes of a criminal judge medical therapeutic treatment, introduced in 2012, of perpetrators who for the caused legally inadmissible action cannot be sentenced to prison, according to the provisions of the Criminal Code (KZ-1B).
Key words: criminal judge; psychiatrist, forensic patient, precautionary measure, forensic psychiatry.

Uvod

Vsebina prispevka se (iz razloga lažjega razumevanja) za izvršitelje ravnanj z elementi kaznivega dejanja naslanja na besedno zvezo »forenzični pacient«, ki ob sorodnem izrazoslovju (v praksi tudi »forenzični storilec« oziroma »forenzični bolnik«, op. a.) označuje človeka, o čigar namestitvi po pravnomočnem zaključku kazenskega postopka na forenzični psihiatrični oddelek odloča sodišče (Kobal, 2000). Gre za točko, na kateri se z vidika okrnitve duševnega zdravja markirani delinkventi znotraj zidov javnega zdravstvenega zavoda razlikujejo od t.i. »civilnih pacientov«, hospitaliziranih izključno na bazi indikacije po zdravljenju določene bolezni. Kot antipod obnašanju v neskladju s pravom je namestitev forenzičnega pacienta v Enoti za forenzično psihiatrijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor (EFP UKC Maribor) obravnavana z oznako kazenske sankcije posebne vrste (Nerat, 2013)in skozi določbo 70a. člena Kazenskega zakonika (KZ-1B) opredeljena kot varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu. Skladno s 1. odstavkom citiranega določila se storilcu, ki je storil protipravno dejanje v stanju neprištevnosti ali kaznivo dejanje v stanju bistveno zmanjšane prištevnosti in je zanj predpisana kazen najmanj enega leta zapora, izreče kazen, če sodišče na podlagi teže storjenega dejanja in stopnje storilčeve duševne motenosti ugotovi, da bi na prostosti lahko storil kakšno hudo kaznivo dejanje zoper življenje, telo, spolno nedotakljivost ali premoženje in da je tako nevarnost mogoče odpraviti le z zdravljenjem in varstvom v forenzičnem psihiatričnem oddelku zdravstvenega zavoda, ki ustreza posebnim varnostnim pogojem, določenim z zakonom.

Vez med kazenskim sodstvom in forenzično psihiatrijo

»Je že tako, kako sva si različna!«, bi lahko nekoliko šaljivo iz besedila slovenske zimzelene melodije opisali temeljni problem kritičnega ovrednotenja kazenskega sodnika in zdravnika psihiatra na obstoječo kazenskopravno ureditev statusa in (možnosti) ravnanja s forenzičnimi pacienti. V prvi vrsti je namreč nujno izpostaviti tesnobo še zmeraj prisotnih dilem, ki vzklijejo takoj, ko trčita pravzaprav dve inkompatibilni stroki – kazensko pravo in psihiatrija,

vsaka s svojstvenim pogledom na dano situacijo (Milčinski, 1990). Razlike kričeče izstopajo že na začetni točki zaznavanja človeka in njegovega delovanja v svetu. Filozofska koncepcija kazenskega prava in krivde sloni na predpostavki o človeku, ki ga je narava obdarila z absolutno svobodo, naravnimi pravicami in čistim razumom (Bavcon, 1965). Kazenskopravni vidik se v določenem primeru zatorej takoj osredotoči na ravnanje v neskladju s pravom oziroma vlogo volje v ukrepanju zoper obravnavanega izvršitelja protipravnega dejanja, medtem ko ima naravoslovno misleče medicinsko osebje vpogled v daleč nazaj segajočo verigo organskih procesov in psiholoških dogajanj, ki stoje za izvršiteljevim aktualnim ravnanjem ob kritičnem prestopu meje zakonsko vzdržnega (Kinberg, 1957). Medtem ko kazenski sodniki grajamo ravnanje storilca, ki se ne ujema s prepovednimi in zapovednimi pravnimi normami, pa krivda v modelu psihiatrovega pojmovanja človeka v razmerju do okolice nima pravega mesta. S strani obtožbe zatrjevano kriminalno ravnanje namreč zdravnik razume in ga skuša v določeni meri razložiti – enkrat kot neposredno reakcijo človeka na okoliščine, v katerih se je znašel, drugič spet ob večjem vključevanju struktur in dogajanj (organskih ali dinamično psiholoških) znotraj njegove osebnosti. Te strukture so v veliki meri že začrtane v zgodnji mladosti forenzičnega pacienta, pravzaprav v še pred rojstvo segajoči zgodovini, ki je oblikovala njihove specifike, s tem pa tudi splošni vzorec človekovih reakcij. V tej sklenjeni verigi determinant doživljanja in ravnanja, kot ustreza psihiatričnemu modelu, praktično ni prostora za voljo, kakršno iščemo kazenski sodniki kot znak biti kaznivega dejanja, energijo in mehanizem, ki ju storilec v protipravni namen mobilizira (Leferenz, 1972). Prav tako je medicini tuja nadaljnja konsekvenca pravniškega sklepanja, ki se začenja s predstavo o svobodni volji, namreč kazen, zlasti kot povračilni ukrep. Obratno se na strani forenzične psihiatrije analogna veja zaključi s terapijo in rehabilitacijo in čeravno nekateri medicinski terapevtski ukrepi ustvarjajo represiven videz, je to mogoče razumeti z vidika vedenjske terapije kot poskus forenzičnega pacienta »odučiti« nekaterih deviantnih navad (Milčinski, 1990). Faze postopanja kazenskega sodnika na eni in zdravnika psihiatra na drugi strani v trenutku, ko vstopita v stik s forenzičnim pacientom, gre prikazati skozi naslednjo tabelo shematične primerjave:

Tabela: Shematična primerjava postopanja s forenzičnim bolnikom v kazenskem sodstvu in na področju psihiatrije (Milčinski, 1990a).

faza	**kazenski sodnik**	**zdravnik psihiater**
1.	Ugotavljanje dejanskega stanja z večjim poudarkom na dejanju	Fenomenološka osvetlitev subjektovega vedenja z večjim poudarkom na človekovi osebnosti
2.	Ugotavljanje krivde	Biopsihosocialna in dinamično psihološka analiza primera
3.	Odmera kazni	Odločitev za ustrezno terapijo in rehabilitacijo

Pri tem se kazensko sodstvo in forenzična psihiatrija, ko je v ospredju urejanje odnosov med storilcem in okolico, razhajata še na eni izjemno pomembni točki: brez dvoma obe stroki pod drobnogled postavita tako forenzičnega pacienta kot širšo okolico, a pri tem je primarna skrb kazenskega prava okolico zavarovati pred nadaljnjimi pretečimi kriminalnimi ravnanji nevarnega storilca, čeravno na način, ki bo čim bolje obvaroval tudi njegov interes, medtem ko medicina pristopa zrcalno in primarno varuje forenzičnega storilca kot pacienta, čeprav naj ta skrb ne bi šla na škodo reda in miru v okolici (Milčinski, 1990). Tudi izid kazenskega postopka in kasneje medicinske terapevtske obravnave ne prinese usklajenih mnenj, sprejemljivih za obe znanstveni disciplini, saj kazenski sodnik in psihiater nastopata vsak v svoji vlogi. Prav zato bi bilo v številnih (ne)pričakovanih zapletenih situacijah, ki so pravkar predmet aktualnega podzakonskega obravnavanja pod taktirko Ministrstva za zdravje RS (nastajajoči Pravilnik o izvrševanju varnostnih ukrepov obveznega psihiatričnega zdravljenja

in varstva v zdravstvenem zavodu in obveznega psihiatričnega zdravljenja na prostosti, op. a.), nepravilno pričakovati preložitev obveznosti in zadolžitev z ene na drugo stroko.

Penalizacija forenzične psihiatrije

Namestitev in medicinsko terapevtsko obravnavo forenzičnih pacientov je možno označiti kot kompleksno (Nerat, Pustoslemšek, 2013). Obravnavani varnostni ukrep je namreč namenjen varstvu okolice (ob izpolnitvi strogih zakonskih pogojev) in ne zgolj individualni prevenciji. Skladno z določbo 151. člena Zakona o izvrševanju kazenskih sankcij (ZIKS-1E) mora zatorej oddelek za forenzično psihiatrijo zdravstvenega zavoda razpolagati z ustreznim številom usposobljenega in izkušenega zdravstvenega osebja, ki izvaja zdravljenje, prav tako pa ne gre zaobiti usposobljenosti ter opremljenosti pravosodnih policistov, ki izvajajo varovanje oseb, ki jim je varnostni ukrep izrečen. Celostna obravnava forenzičnih pacientov poteka s pomočjo uporabe vseh razpoložljivih, strokovno indiciranih terapevtskih metod, ki obsegajo medikamentozno terapijo, individualno in skupinsko psihoterapijo, sociopsihoterapijo, telesno-kulturno in rekreativno terapijo, razvedrilno terapijo, rehabilitativno terapijo, delovno-zaposlitveno terapijo itd. Strokovni tim (s posebej izbranim osebjem) predstavljata dva zdravnika psihiatra, 24 zaposlenih v zdravstveni negi, delovna terapevtka, socialna delavka in psihologinja.

Zdravstveno osebje in forenzični pacienti so zavezani k posebni pozornosti pri celotni obravnavi, vendar je nerealno pričakovati, da bo sleherna namestitevv EFP-ju potekala brez zapletov po jasno začrtanih smernicah. Forenzični pacienti se morajo v času bivanja v EFP-ju ravnati po hišnem redu forenzičnega psihiatričnega oddelka, pravilih o disciplini in odredbah pristojnih uradnih oseb (Carli, Wohinz, 2000). Ker pa s pravnimi pravili nikakor ne gre do potankosti urediti poteka življenja in dela v zdravstvenem zavodu, je logično, da zakon (ali ustrezen podzakonski akt) pooblasti medicinsko osebje, da zahteva od forenzičnih pacientov izpolnjevanje odredb ali ukazov. Pri tem je pomembno, da vse odredbe temeljijo na zakonski podlagi in obvezujejo forenzične paciente izključno z namenom zagotovitve reda in miru na območju zdravstvenega zavoda. Končno medicinskega osebja ni dopustno postavljati v vlogo hišnega inkvizitorja. Nenazadnje je treba upoštevati tudi, da za delinkvente, ki so nemalokratno hudo duševno bolni, morda celo neprištevni in nesposobni za udeležbo v postopku, analogna uporaba ZIKS-1E ne more biti primerna referenca, zaradi česar se izkaže potreba po *ad hoc* ugotavljanju, ali posameznemu forenzičnemu pacientu glede na njegovo psihično stanje sploh gre očitati ravnanje proti pravilom hišnega reda. Sicer je terapevtska obravnava forenzičnih pacientov dosledno izpeljana po programu medicinskega in ne penalnega zavoda, kar pa spet ne pomeni, da bi bila njegova pravila povsem izključena. Pri namestitvi v EFP gre vendarle za položaj, primerljiv s položajem obsojenega na prestajanju kazni zapora, zaradi česar ne gre zaobiti zagotovljenega sodnega varstva in zapovedi 2. odstavka 85. člena KZ-1 o prepovedi mučenja in okrutnega, nečloveškega ali ponižujočega ravnanja. Še več, zakonodajalec preko vsebine 3. in 4. odstavka citiranega določila izrecno nalaga človeško ravnanje z obsojenimi in zapoveduje spoštovanje njihovega osebnega dostojanstva ter varovanja njihove telesne in duševne celovitosti, pri čemer obsojenim izrecno jamči ustrezno zdravstveno oskrbo. Smiselno isto varstvo obsojenim zagotavlja tudi ZIKS-1E. Gre za določila glede prostorov, prehrane, dela, zdravstvenega varstva, zdravstvenega zavarovanja, pokojninskega in invalidskega zavarovanja, dopisovanja, sprejemanja obiskov in pošiljk, premeščanja in prekinitve zdravljenja, uveljavljanja in varstva pravic, reda ter discipline, končno pa tudi drugih ukrepov, na primer usposabljanja za normalno življenje na prostosti.

Zaključek

Na osnovi doslej povedanega je zato moč skleniti, da so razlike med pristopom kazenskega pravosodja in zdravstva v razmerju do posameznega forenzičnega pacienta diametralno

nasprotne že v samem izhodišču, vsled česar je skladen pristop obeh strok brez težav in *ad hoc* zapletov težko predstavljiv. Predvsem »forenzika« ne sme pomeniti psihiatrije, ki se je spremenila v zapor. Z vidika zdravnikov je forenzična ustanova sicer ustrezen kraj za medicinsko-terapevtsko obravnavo storilcev, ki za izvršena ravnanja krivdno ne odgovarjajo oziroma odgovarjajo v zmanjšanem obsegu, pri čemer pa je potrebno, da strokovno usposobljeno osebje za čas zdravljenja ob doslednem upoštevanju pravic pacienta in zapornika poskrbi za njihovo varstvo in zaradi objektivno prisotne ponovitvene nevarnosti tudi za varnost širše okolice.

Literatura

1. Bavcon L. Neki teoretski problemi krivične odgovornosti. Revija za kriminologiju i krivično pravo. 1965; (3):305-30.
2. Carli A, Wohinz M. Zakon o izvrševanju kazenskih sankcij s komentarjem in podzakonskimi akti. Ljubljana: Bonex Založba; 2000: 166-7.
3. Kinberg O. Les problemes fondamentaux de la criminologie. Pariz: Založba Cujas; 1957.
4. Kobal MF.Psihopatologija za varnostno in pravno področje. Ljubljana: Ministrstvo za notranje zadeve, Visoka policijsko-varnostna šola; 2000: 226.
5. Leferenz H. Die Beurteilung der Glaubwürdigkeit, Handbuch der forensichen Psychiatrie II, Berlin: Založba Springer; 1972: 1324.
6. Milčinski L. Etični vidiki psihiatričnega izvedenstva, Forenzična psihiatrija 18 – referati dveh posvetovanj. Ljubljana: Katedra za psihiatrijo Medicinske fakultete v Ljubljani, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana; 1990: 34.
7. Milčinski L. Shematična primerjava postopanja s forenzičnim bolnikom v kazenskem sodstvu in na področju psihiatrije, Forenzična psihiatrija, Ljubljana, 1990: 36.
8. Nerat B. Pravni okviri primata UKC Maribor nad slovensko forenzično psihiatrijo. Pravna praksa. 2013;32(39):13-15.
9. Nerat B, Pustoslemšek M. Kraljestvo forenzičnih pacientov izza tančice. Pravna praksa. 2013;32(40-41): pril. str. V-VII.

Pravni viri

1. Kazenski zakonik (KZ-1). Uradni list Republike Slovenije št. 55/2008, 66/2008, 39/2009, 55/2009, 91/2011.
2. Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o izvrševanju kazenskih sankcij (ZIKS-1E). Uradni list Republike Slovenije, št. 22/00.

NOVOSTI V FORENZIČNI PSIHIATRIJI

Recent developments in the forensic psychiatry

asist. mag. Miran Pustoslemšek, dr.med.spec.psih.

UKC Maribor, Oddelek za psihiatrijo, Enota za forenzično psihiatrijo

p.miran@ukc-mb.si

Izvleček

Globalno je v zadnjem desetletju evidentiran trend porasta števila forenzičnih postelj in drugih kapacitet. Med vzroki so navedeni predvsem deinstitucionalizacija, problematična zakonodaja s področja duševnega zdravja, porast prevalence uporabe psihoaktivnih substanc (PAS) in druge družbene spremembe. V Sloveniji se z odprtjem Enote za forenzično psihiatrijo (EFP) soočamo z globalno problematiko in lokalno specifiko, povezano s konceptom delovanja EPF-ja, slovensko kazensko zakonodajo in drugimi socialno ekonomskimi dejavniki.
Ključne besede: forenzična psihiatrija, deinstitucionalizacija, porast forenzičnih kapacitet

Abstract

In the last decade we have been dealing with a global increase of forensic patients and institutions. Deinstitualisation, mental health legislation, increasing prevalence of misuse of PAS and other changes in society are mentioned as probable reasons. Since the opening of the Unit for forensic psychiatry in Slovenia, we are faced with global and local problems, conected with the conceptual solutions, legislation and other social and economical facts.
Key words: forensic psychiaty, deinstitutionalisation, increase of forensic capacities

Uvod

Deinstitucionalizacija v okviru reformnih procesov v psihiatriji v drugi polovici prejšnjega stoletja je poleg novosti v farmakoterapiji, psihoterapiji in uvajanju skupnostne psihiatrije prinesla številne pozitivne spremembe, predvsem kvalitetnejšo obravnavo in destigmatizacijo oseb z duševnimi motnjami. Vendar pa opažamo tudi drugačne posledice, ki – čeprav težje dokazljive – kažejo, da obstaja velika verjetnost povezave med deinstitucionalizacijo, liberalnejšim pristopom do zdravljenja proti volji oseb s težjo duševno motnjo ter porastom števila forenzičnih pacientov (Schanda, 2009).

Študije o porastu števila forenzičnih pacientov

V Veliki Britaniji je porast števila forenzičnih pacientov višji v Angliji kot na Škotskem, kar ustreza razmerju med zniževanjem števila psihiatričnih postelj v obeh deželah (Shugarman, 2009). Škotska ima manjši porast kot Anglija kljub dejstvu, da so sociokulturni, biološki in pravni dejavniki primerljivi v obeh deželah.

V tem oziru je merilo predvsem porast priprtih oseb z duševno motnjo, za katere obstaja večja verjetnost, da zagrešijo kazniva dejanja, če zdravljenje poteka neustrezno. Pri tem gre za porast kaznivih dejanj v celoti, pri čemer pa izstopa predvsem porast »drobnega« kriminala, kot je upiranje uradnim osebam (policiji) ob kršenjih reda in družinskega nasilja (Schanda, 2009). Veča se število oseb z duševno motnjo, ki zaradi zmanjšane prištevnosti zagrešijo kazniva dejanja in jim sodišča izrečejo ukrep obveznega zdravljenja in varovanja v bolnišnici, prav tako pa se veča število oseb z duševno motnjo v zaporih, bodisi v priporu ali s kaznijo zapora. V ZDA ima v zaporih preko 20 % zaprtih oseb resno duševno motnjo, pri čemer je potrebno poudariti, da imajo ZDA poleg Kitajske in Rusije najvišji koeficient zaprtih oseb na svetu: ta je preko 700 na 100 000 prebivalcev (svetovno povprečje je 145/100 000) (Andrew,

2009). Pri tem dejstvu je seveda jasno, da medicinska obravnava v teh ustanovah ne more biti optimalna, čeprav ima vsaka zaprta oseba po Ustavi zagotovljeno enako kvalitetno obravnavo kot na prostosti.

Ključni problem se skriva v dejstvu, da osebe z resno duševno motnjo pogosto niso ustrezno zdravljene, še posebej če nimajo uvida v bolezen ali pri zdravljenju slabo sodelujejo, na primer opuščajo medikamentozno terapijo. Trajanje nezdravljene psihotične motnje je obratno sorazmerno z verjetnostjo za remisijo ali vsaj dobro zazdravljeno motnjo (Altamura. 2001). Prav tako je v tem oziru znan neugoden vpliv zlorabe psihoaktivnih substanc (PAS) pri osebah s psihozo v primeru komorbidnosti (Palijan, 2009). Kot rečeno, vzporedno z deinstitucionalizacijo pa se je razvijala tudi skupnostna psihiatrija z namenom, da v skupnosti z ustrezno obravnavo zagotovi večino medicinskih in socialnih potreb osebam z duševno motnjo. Na žalost pa bolniki s slabim uvidom v bolezen, odklonilni do obravnave, s komorbidnostjo in nagnjenostjo do kriminalnega vedenja zelo slabo sodelujejo v obravnavi na sploh, tudi v skupnostni obravnavi, zaradi kaznivih dejanj pa prestopijo v polje forenzične psihiatrije, bodisi preko izrečenega ukrepa obveznega zdravljenja bodisi s priprtjem, obsodbo ali namestitvijo v zapor.

Število forenzičnih pacientov torej nenehno narašča v vseh razvitih državah, po podatkih danske študije celo eksponentno (Kramp, 2009). Do leta 2001 je število naraščalo za 6.83 % letno, od takrat pa do 2006 pa za 11 % letno, ob enaki letni količini kaznivih dejanj v absolutnem smislu v državi (Kramp, 2009). Daljša pa se tudi povprečna ležalna doba forenzičnih pacientov (Ross, 2012). Iz podatkov omenjene danske študije je evidentno, da je v njihovih regijah z največjim nižanjem psihiatričnih postelj najbolj izrazit porast težjih kaznivih dejanj psihotičnih pacientov. V tem pogledu so zelo problematične tudi prekratke hospitalizacije bolnikov s psihozo, pri čemer je zopet problematična obstoječa zakonodaja, ki nekritičnim bolnikom omogoča predčasno prekinitev zdravljenja, s tem pa se veča verjetnost za recidive in kronifikacijo. Pogostost diagnoze shizofrenije pri bolnikih, ki so bili v času zagrešitve kaznivega dejanja neprištevni, je od leta 1992 do leta 2007 porasla s 54 na 71 % (Ortwein, 2008). Po odpustu iz bolnišnice pride do agresivnega vedenja pri večjem odstotku bolnikov s psihozo, ki so se zdravili na splošnih psihiatričnih oddelkih, kot pri tistih, ki so se zdravili na forenzičnih oddelkih. Slednji imajo večji nadzor v okviru obveznega ambulantnega zdravljenja (Hodgings, 2006). Iz tega dejstva lahko sklepamo, da nam porast agresivnega vedenja ne pove nič novega o nevarnosti bolnikov s psihozo, ampak več o neustreznosti obstoječega sistema njihovega zdravljenja.

Situacija v Sloveniji po odprtju EFP-ja

EFP je funkcionalna dve leti in v tem času se je v veliki meri izboljšala hospitalna obravnava zaprtih oseb z duševno motnjo, ki imajo indikacijo za bolnišnično obravnavo, vsaj v obdobju, dokler ni EFP postal prezaseden. Kar zadeva bolnišnično obravnavo zaprtih oseb, sta možna dve možnosti zdravljenja; bodisi zdravljenje znotraj zaporov, kar je z vidika varovanja vsekakor ugodno, ali pa zdravljenje v psihiatrični ustanovi zunaj zapora. V Sloveniji je drugi način zdravljenja glede na finančne, geografske in številčne dejavnike ustreznejši, seveda ob zadostnem številu postelj in kadra. Predvsem je bolj ustrezna in ažurna tudi diagnostika zaradi razpoložljivih kadrov in umestitvijo znotraj UKC Maribor.

Očitno pa je v Sloveniji potrebno razviti poleg mreže za ambulantno obravnavo forenzičnih pacientov tudi Nadzorovano obravnavo in Ustanovo za dolgoročno namestitev takih pacientov, pri katerih je ponovitvena nevarnost visoka. Za navedeno je potrebno ustrezno spremeniti zakonodajo in zagotoviti ustrezen kader in prostore. Ob obstoječi zakonodaji je namreč možen izrek ukrepa obveznega zdravljenja in varovanja le do pet let. V primeru, da je pri bolniku še naprej prisotna ponovitvena nevarnost, pa se bolniku v nepravdnem postopku odvzame poslovna sposobnost, dodeli skrbništvo in preko tega instrumenta namesti bolnika v

poseben socialno-varstveni zavod. Procedura je s pravnega in penološkega vidika neustrezna, tudi socialni zavodi niso prostorsko in kadrovsko primerni za namestitev pacientov z visokim varnostnim tveganjem.

V EFP-ju je bilo doslej sprejetih 84 pripornikov, 63 obsojenih oseb, štiri osebe v uklonilnem zaporu in 54 oseb z izrečenim ukrepom obveznega zdravljenja in varovanja v bolnišnici.

Zaključek

Glede na to, da je bilo v Sloveniji področje forenzične psihiatrije praktično zanemarjeno, predstavlja odprtje EFP-ja ključni korak v urejanju razmer na tem področju. Glede na globalne epidemiološke podatke pa je jasno, da bo morala država temu področju nameniti še več pozornosti, pri čemer so možnosti optimalne zagotovitve ustrezne oskrbe glede na velikost države vsekakor ugodne.

Literatura

1. Sugarman P Statistics of mentally disordered offenders 2000. J For Psych, 2002:13(2):385-90.
2. Schanda H et al. Dangerous or merely difficult? The new population of forensic mental hospitals. European Psychiatry, Vol 24, Issue 6. 2009: 365-372.
3. Andrew P. Wilper, Steffie Woolhandler, J. Wesley Boyd, Karen E. Lasser, Danny McCormick, David H. Bor, and David U. Himmelstein. The Health and Health Care of US Prisoners: Results of a Nationwide Survey. American Journal of Public Health: April 2009, Vol. 99, No. 4, pp. 666-672.
4. Altamura A, Basetti C et al. Duration of untreated psychosis as a predictor of outcome in first episode schizophrenia; a retrospective study. Schizophrenia research.2001;52:29-36.
5. Palijan TZ, Muzinić L, Radeljak S. Psychiatric comorbidity in forensic psychiatry. Psichiatry Danub. 2009 Sep: 21(3):429-36.
6. Kramp P, Gabrielsen G. The organization of the psychiatric service and criminality commited by the mentally ill. European Psychiatry 2009; Vol 24, Issue 6:401-411
7. Ross T et al. Predicting discharge in forensic psychiatry: The legal and psychosocial factors associated with long and short stays in forensic psychiatric hospitals. Int J Law Psychatry, 2012 May-Jun;35(3):213-21.
8. Ortwein et al. Prävalenz im österreichischen Maßregelvollzug..Paper presented at the Münchner Herbsttagung..in der Forensichen Psychiatrie. Oct 2008, Munich.
9. Hodgins S et al. Atempting to understand the increase in the of the numbers of forensic Beds in Europe. Int J For Ment Health 5(2006):173-184.

VLOGA PRAVOSODNE POLICIJE NA ENOTI ZA FORENZIČNO PSIHIATRIJO

The role of judicial police in the unit for forensic psychiatry

Igor Podgorelec, pravosodni policist svetovalec

Referat za forenziko

igor.podgorelec@gov.si

Izvleček

Forenzična psihiatrija deluje na stičišču dveh strok: psihiatrije in pravosodja. In če naj oddelek za forenzično psihiatrijo zadosti svojemu namenu, potem mora biti bolje varovan, kot so varovani »običajni« zaprti oddelki v psihiatričnih bolnišnicah. Pri zagotavljanju varovanja se pokaže vloga pravosodne policije na Enoti za forenzično psihiatrijo. V zavodih za prestajanje kazni zapora so naloge pravosodnih policistov jasno določene in zapisane. Pravosodni policisti se za izvajanje svojih obveznosti usposabljajo in dodatno izobražujejo. Pred odprtjem Oddelka oz. Enote za forenzično psihiatrijo so pravosodni policisti velikokrat varovali zaprte osebe, ki so bile iz različnih razlogov hospitalizirane. Tokrat so prvič del strokovnega tima in po dobrih dveh letih delovanja Oddelka je možno potegniti zaključek, da je združiti tako različni si doktrini, kot sta medicina in pravosodje, eden od večjih izzivov forenzične psihiatrije. Namen prispevka je predstaviti delo pravosodne policije v zavodih za prestajanje kazni in na Enoti za forenzično psihiatrijo.
Ključne besede: varovani oddelek, dodatna znanja, pravosodna policija

Abstract

Forensic psychiatry works at the intersection of two disciplines: psychiatry and justice. If the Department for forensic psychiatry should fulfil its purpose then it must be better protected as regular “closed” sections in psychiatric hospitals. The role of the judicial police in the unit of forensic psychiatry is reflected in the ensuring of protection. The functions of the judicial police officers in Bureaus of prison are clearly defined and written down. Judicial officers are trained and further educated to implement their obligation. The work of judicial police force at unit of forensic psychiatry requires additional knowledge and skills. Before opening of the forensic psychiatry unit judicial officers often protected imprisoned persons that were hospitalised for different reasons. This time they are a part of the professional team for the first time and after the first two years of department operation it is possible to conclude that combining two so different doctrines such as medicine and justice is one of the major challenges for forensic psychiatry. The purpose of this article is to present the work of judicial police in prisons and in the unit of forensic psychiatry and to demonstrate the differences.
Key words: protected section, additional knowledge, judicial police

Uvod

Zaposlene v zavodih za prestajanje kazni zapora imenujemo penološki delavci. Penologija je veda, ki se ukvarja z odnosi med penološkimi delavci in obsojenci ter proučuje postopanje z obsojenci. Je teoretična in praktična veda, ki proučuje načine in učinke kaznovanja oziroma izvrševanja kazenskih sankcij, njen namen pa je resocializacija storilca kaznivega dejanja (Brinc, 1997). To pomeni vrnitev zapornika v družbeno življenje, usposobljenega, da živi skladno z družbenimi normami in da normalno in uspešno opravlja družbene dejavnosti (Milutinović, 1985). Resocializacijo posameznika, ki se je znašel za rešetkami, pa skušamo doseči s pomočjo tretmaja. Zakon o izvrševanju kazenskih sankcij (ZIKS) določa, da je tretma vsako strokovno utemeljeno prizadevanje, da se zaprti osebi pomaga olajšati ali odstraniti telesne, duševne ali socialne težave. S pomočjo tretmaja se med prestajanjem kazni zapora poizkuša usposobiti obsojenca za življenje na prostosti. »Naloga strokovnega delavca je zahtevna, zato jo izvaja visoko strokovno oziroma univerzitetno usposobljen kader« (Bečaj et

al., 2007). Tretma so vsi postopki, ki jih izvajajo institucije nad posameznikom od začetka prestajanja kazni zapora do trenutka, ko preneha skrb za storilca kaznivega dejanja, ki naj ne bi bil več družbi nevaren. Pomemben člen resocializacije zaprtih oseb oz. tretmaja v zavodih za prestajanje kazni zapora je tudi pravosodni(a) policist(ka).

Pravosodni policist (paznik)

Liebling in Price (Meško, 2001) menita, da je vloga pravosodnega policista (paznika) osrednjega pomena za delovanje zapora. Poudarjata, da je zaželeni paznik v novih razmerah tisti, ki je sposoben reševati probleme in vzdrževati mir v zaporu, ne uporablja sile po nepotrebnem in si prizadeva za dobre odnose. Delo paznikov je težko, večini javnosti nevidno delo, ki zahteva veliko veščin in sposobnosti za odzivanje na potrebe obsojencev, sodelavcev, nadrejenih ipd. Navajata, da je idealen paznik tisti, ki zna dobro postaviti meje in je pri tem dosleden, je iz pravega testa (zaupanja vreden, pošten, osebnostno močan, nepokvarljiv), ima dobro razvito sposobnost presoje in je fleksibilen. Zavedati se mora svoje moči, biti mora optimist in realist, da ohrani živce in upanje v težkih situacijah.

Dela in naloge pravosodnih policistov (paznikov)

Naloge varovanja in nadzora obsojencev v zavodih za prestajanje kazni zapora opravljajo pooblaščene uradne osebe – pazniki oz. po novem pravosodni policisti. Ti lahko pri svojem delu uporabljajo posebna pooblastila, v okviru katerih so pooblaščeni za uporabo prisilnih sredstev. Pravosodni policisti z neposrednim nadziranjem zaprtih oseb ter s primernimi ukrepi zagotavljajo, da življenje in delo v zavodu poteka po hišnem redu. Pomembna naloga je prenos informacij med posameznimi službami, prvenstveno pa odkrivanje žrtev izsiljevanj, groženj, psihičnega maltretiranja in fizičnega nasilja med njimi, prepoznavanje odvisnikov od prepovedanih drog in preventivno delo. Pazniki namreč pri svojem delu sodelujejo tudi z vzgojno službo (psihologi, pedagogi, sociologi, vzgojitelji, socialni delavci, inštruktorji). Med obsojenci so 24 ur na dan in zato verjetno najbolje poznajo obsojence, njihove osebnostne lastnosti in značilnosti. Situacij, kjer so izpolnjeni pogoji za uporabo pooblastil in s tem prisilnih sredstev, je kar nekaj, vendar se jih velikokrat reši že s tem, da se obsojencu za trenutek prisluhne. Pazniška služba je torej več kot le uporaba prisilnih sredstev in izvajanje prisile nad obsojenci: pri poklicu paznika se namreč prepletajo najrazličnejše vloge, od svetovalne pa do striktno varnostne (Remic, 2007). Izvrševanje nalog ter način izvajanja pooblastil in drugih ukrepov pravosodnih policistov v Upravi Republike Slovenije za izvrševanje kazenskih sankcij podrobneje ureja Pravilnik o izvrševanju pooblastil in nalog pravosodnih policistov, ki so določeni v Zakonu o izvrševanju kazenskih sankcij (Uradni list RS, št. 110/06 – uradno prečiščeno besedilo, 76/08 in 40/09). Pravilnik podrobno opisuje in predpisuje:

- **način opravljanja nalog in izvajanja pooblastil pravosodnih policistov** (varovanje zavoda in varstvo zaprtih oseb, straža);
- **ukrepe za zagotavljanje varnosti ter reda in discipline** (ukaz, preizkus alkoholiziranosti in prisotnosti prepovedanih drog, odstranitev obsojenca iz bivalnega in drugega prostora ter namestitev v posebni prostor, pregled bivalnih in drugih prostorov, pregled obsojencev, pošiljk ter prtljage, zadržanje in zaseg predmetov, spremljanje in varovanje obsojencev zunaj zavoda, ukrepi ob pobegu, identifikacija ter odstranitev oseb, ukrepi ob vstopu in izstopu iz zavoda, pregled s tehničnimi sredstvi);
- **uporabo prisilnih sredstev** (uporaba sredstev za vklepanje in vezanje, uporaba telesne sile, plinskega razpršilca in palice, službeni psi, uporaba strelnega orožja, poročanje o uporabi prisilnih sredstev);
- **izvajanje drugih nalog pravosodnih policistov v zavodu** (naloge pravosodnih policistov pri izvajanju hišnega reda zavoda, ukrepi ob nesrečah in drugih izrednih dogodkih v zavodu, naloge pravosodnih policistov pri obravnavi zaprtih oseb);

- **program usposabljanja pravosodnih policistov** (splošne določbe, način in čas ter vsebina usposabljanja, preizkus znanja);
- **prisego pravosodnih policistov**;
- **uradno izkaznico pravosodnih policistov.**

Dela in naloge pravosodnih policistov v Enoti za forenzično psihiatrijo

Poseben del nalog v Enoti za forenzično psihiatrijo (EFP) je varovanje. Pred odprtjem EFP-ja je bila imenovana in sestavljena projektna skupina za pripravo ustanovitve in organizacije Forenzične psihiatrične bolnišnice v Republiki Sloveniji. Rezultat te skupine je projektna naloga z naslovom Organizacija forenzične psihiatrije v Sloveniji. V projektni nalogi je med drugim zapisano tudi, da je za varovanje zadolženo pravosodje: »Varovanje naj bi bilo kombinacija tehnologije in človeškega dejavnika. To pomeni, da je treba z zadostnim številom pravosodnih policistov in s pomočjo tehnoloških sredstev varovanja zagotavljati pacientom tako imenovano aktivno varovanje (v nasprotju s pasivnim, ki ga predstavljajo predvsem visoke ograje okrog stavbe, kar pa ni v skladu s forenzično psihiatrično stroko). Bistveni del aktivne varnosti zagotavlja osebje, tako zdravstveno kot varnostno. Pravosodni policisti bodo dodatno izobraženi iz poznavanja vedenja ljudi z duševnimi motnjami. So člani strokovnega tima in skupaj z ostalimi zagotavljajo varno in strokovno zdravljenje vseh pacientov EFP« (Organizacija forenzične psihiatrije v Sloveniji, 2011).

Po več kot dveh letih delovanja EFP-ja se je pokazalo, da omenjena projektna naloga ne more biti več »okostje« za delovanje enote. Zato je bila sestavljena nova komisija, ki naj bi »pretresla« staro in spisala novo projektno nalogo. Veliko zapisanega v prvi projektni nalogi namreč organizacija dela ni prenesla. Ob nastanku Enote za forenzično psihiatrijo so »dodatno težavo zaradi neurejenosti in nedorečenosti forenzične psihiatrije (pa tudi predpisov o izvrševanju kazenskih sankcij) predstavljali pacienti, ki naj bi bili sprejeti na varovani oddelek psihiatrične bolnice iz pripora ali zapora. Pravosodje namreč skladno z zakonodajo zahteva, da je ob takem zdravljenju navzoč pravosodni policist (24 ur), ki naj takega pacienta varuje. Še en razlog torej, da se uredi ustrezen oddelek za forenzično psihiatrijo, ki ga varujejo za tovrstno delo posebej izobraženi pravosodni policisti. Taki pacienti (iz pripora in zapora) bi se torej morali zdraviti na posebej varovanem oddelku za observacijo in diagnostiko« (Ziherl 2011).

Kar se tiče dela pravosodne policije, je vsekakor najbolj opazna razlika ta, da je pravosodna policija uniformirana, kar prvotno ni bilo predvideno. Prav tako ni bilo predvideno, da se bodo na istem oddelku zdravili pacienti s statusom pripornika, obsojenca in osebe z izrečenim ukrepom obveznega psihiatričnega zdravljenja.

Trenutno je situacija v EFP-ju takšna, da se velikokrat improvizira oz. se koncept tehničnega varovanja, kar je primarna naloga pravosodja, izvaja na podlagi ustnih dogovorov, ki ne bi vzdržali v primeru tožb pacientov ali njihovih svojcev oz. skrbnikov, zastopnikov. Pravosodni policisti izvajajo varovanje vseh pacientov na oddelku (varovanje seveda poteka v sodelovanju z zdravstvenim osebjem). EFP je razdeljena na dva oddelka, F-1 in F-2. Na oddelku F-1 so nameščeni priporniki, obsojenci in osebe z ukrepom. Varovanje tega oddelka je v okviru zmožnosti intenzivnejše. Na oddelku F-2 so osebe z ukrepom in obsojenci. Stanje na tem oddelku je številčnejše, kar pomeni, da zaradi prezasedenosti obstaja večja možnost konfliktov med varovanimi osebami. Zato je tudi potreba po prisotnosti pravosodnih policistov večja. Sprehod na zunanjem dvorišču se izvaja v dveh skupinah ločeno, zaenkrat še z omejenim časom 30 minut. V prvi skupini so osebe s statusom obsojenca, pripornika ali ukrepa iz oddelka F-1. Sprehod nadzirata dva pravosodna policista. V drugi skupini se sprehajajo osebe z izrečenim ukrepom iz oddelka F-2. Ta skupina je ponavadi številčnejša. Nadzor izvaja zdravstveno osebje in pravosodni policist. Z zdravstvenim osebjem pravosodna policija sodeluje tudi ob:

- izvajanju spremstev na konziliarne preglede tako pri pacientih s statusom pripornika ali obsojenca kot tudi pri pacientih, ki so zelo nepredvidljivi in pri katerih je nevarnost heteroagresije večja, čeprav imajo izrečen ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja;
- opravljanju nočnih obhodov na obeh oddelkih;
- sprejemu obiskovalcev, njihovem pregledu in stvari, ki so jih prinesli, pojasnitvi hišnega reda in v prvem v stiku s svojci za vse pacientene glede na njihov status;
- izvaja nadzor obiskov na obeh oddelkih;
- sprejemu vseh pacientov;
- sprejemu, pregledu in izročitvi paketov in sodne pošte;
- opravljanju rednih varnostnih pregledov skupnih prostorov, sob, pacientovih stvari;
- varnostnih pregledih pacientov, ki zapuščajo in se vračajo na oddelek iz različnih razlogov (sprehodi, aktivnosti delovne terapije, obiski, terapevtski izhodi, izhodi na sodišča itn.);
- reševanju konfliktov med pacienti, oviranju pacientov s pasovi, zagotavljanju varnosti na obeh oddelkih;
- pregledu vozičkov s hrano in perilom pred prihodom na oddelek, spremlja in nadzira čistilni servis in službe, ki izvajajo razne servise in montaže;
- deljenju hrane in terapije, timskih sestankih in vizitah in drugih aktivnostih.

Zaključek

Vloga pravosodne policije v EFP-ju je pomembna. In kot je bilo zapisano v uvodu, je združitev dveh tako različnih si doktrin, kot sta medicina in pravosodje, velik izziv. Izziv, s katerim se vsakodnevno srečujejo vsi zaposleni v Enoti, pacienti, njihovi svojci, vodstvi UKC-ja Maribor in Zavoda za prestajanje kazni zapora Maribor, Uprava za izvrševanje kazenskih sankcij, ministrstvi za zdravje in pravosodje itn. Vsi skupaj se soočajo s težavami in jih poskušajo reševati v dobro vseh s pomočjo dobrega sodelovanja in produktivne dvosmerne komunikacije. Spoznavanje vlog različnih služb v EFP-ju, ki skupaj ustvarjajo delovno klimo in razumevanje vseh vpletenih, zakaj je vsaka od njih pomemben sestavni del mozaika, naj bo vodilo tudi v prihodnje. EFP namreč še vedno deluje brez regulativnih predpisov, ki bi bili usklajeni z Zakonom o duševnem zdravju, Strokovnimi načeli forenzične psihiatrije, Zakonom o izvrševanju kazenskih sankcij, Pravilnikom o izvrševanju kazenskih sankcij, Pravilnikom o izvrševanj pripora, Pravilnikom o video nadzoru itn. Napisati in uskladiti pravilnik o forenzični psihiatriji, varnostni načrt, dnevni red in hišni red so tako le nekateri izzivi, ki nas čakajo v prihodnje.

Literatura

1. Brinc F. Družbeno vzdušje v zavodih za prestajanje kazni zapora v Sloveniji. Revija za kriminalistiko in kriminologijo.1997;48(4):357-73.
2. Milutinović M. Penologija. Savremena administracija. Beograd; 1985.
3. Meško G, Liebling A, Price D. The prison officer: Paznik v zaporu. Revija za kriminalistiko in kriminologijo. 2001;52(3):254-7.
4. Strokovni posvet »Soodvisnost tretmanskega in varnostnega dela v zavodih za prestajanje kazni zapora in prevzgojnem domu«. 2007.
5. Strokovni posvet, »Vloga vzgojne službe v slovenskih zavodih za prestajanje kazni zapora«, 2006.
6. Zakon o izvrševanju kazenskih sankcij. Uradni list RS, št. 110/06 – uradno prečiščeno besedilo, 76/08 in 40/09.
7. Ziherl S. Projektna skupina za pripravo bolnišnice za forenzično psihiatrijo, Projektna naloga »Organizacija forenzične psihiatrije v Sloveniji«. 2011.

POSEBNOSTI PSIHIATRIČNE ZDRAVSTVENE NEGE V ZAVODU ZA PRESTAJANJE KAZNI ZAPORA MARIBOR

Special features in psyhiatric nursing care in Maribor prison

Zdenka Urbanič, s. m. s., dipl. soc. gerontologinja

Izvleček

Izvrševanje kazni je odraz stopnje razvoja države in njene pravne ureditve. S sistemom izvrševanja kazenskih sankcij država uresničuje svojo funkcijo prisiljevanja k spoštovanju pravnih norm (Zakon o izvrševanju kazenskih sankcij, 2001). Način izvajanja kazenskih sankcij nalaga zakon. V zavodih za prestajanje kazni se lahko znajde tako mladoletnik kot tudi starostnik, saj ni starostnih omejitev. Zapori so stara, okorela institucija, ki težko sprejema novitete na različnih strokovnih področjih. Stroga varnostna pravila posameznega zavoda za prestajanje kazni marsikdaj omejujejo delovanje. Vztrajnost zdravstvenega delavca in timsko sodelovanje z drugimi strokovnjaki sta velikokrat tisto, kar prinese napredek pri pacientu – zaprti osebi. Zaposleni morajo nenehno iskati nove prijeme za humanejši način prestajanja kazni, ob tem pa zagotavljati potrebno mero varnosti. Minili so časi, ko smo prestajanje kazni povezovali s fizičnim in psihičnim nasiljem. Delo z zaprto osebo poteka v stalni komunikaciji z zaposlenimi. V delo zavoda za prestajanje kazni se s svojimi projekti vključujejo vladne in nevladne organizacije. Vsi pa zasledujejo en sam cilj – kako zaprto osebo čim bolje pripraviti na življenje zunaj zapora, da ne bo na prostosti ponavljala kaznivih dejanj.V prispevku skušamo predstaviti posebnosti dela zdravstvene službe v sodelovanju z drugimi strokovnimi službami v zaporu in izven institucije, s katerimi bi pacientom zagotovili enak nivo zdravstvenih storitev, kot bi jih imeli na prostosti.
Ključne besede: zdravstvena nega, zaprte osebe, strokovni tim

Abstract

Penalty enforcement reflects the level of a state's development and its legal regime. Through its system of penal sanction implementation, the state realises its function of enforcing compliance with legal norms (The Law on Enforcement of Criminal Sanctions, 2001). The manner of criminal sanction implementation is governed by law. Prison facilities host both minors and elderly, since there are no age limits. Prison is an old and rigid institution, which tends to resist innovation in all areas. Strict security rules in prisons often narrow the leeway for action. Frequently it is the persistence of a medical worker in cooperation with other experts that brings progress with a patient – incarcerated person. The staff must constantly look for new approaches for a more humane way of serving a prison sentence, while ensuring the necessary level of security. The times when imprisonment meant physical and psychological violence are long gone. Work with an incarcerated person is conducted in constant communication with the staff. Also involved in the work of prison facilities are governmental and non-governmental organisations with their projects. They all pursue one and the same goal – to prepare, to the highest possible extent, prisoners for life outside of prison to keep them from re-offending. In the article we attempt to present particular aspects of the work of the medical service in cooperation with other professional services both in prison and outside, which work together to provide the patients with the same level of medical care that they would receive outside of prison.
Key words: medical care, prisoner, team of experts

Uvod

Zapor kot celotna ustanova s posebnim režimom in vnaprej določenimi pravili je »družba znotraj družbe«. Dolgo časa se je penologija – veda o zaporih – ukvarjala samo z zaprtimi osebami. Najnovejša preučevanja pa se usmerjajo tudi v zaposlene delavce in njihove težave

pri delu. Za delo so potrebne osebnostna zrelost, komunikativnost, humanost, samokontrola vedenja in sposobnost predvidevanja. Zato mora biti strokovni delavec seznanjen z določenimi oblikami patologije. Vendar ker v zavodih za prestajanje kazni zapora še vedno prevladuje avtokratski sistem vodenja, strokovni delavci še vedno naletijo pri svojem delu na številne administrativne, pravne in varnostne ovire. Pri uveljavitvi novih strokovnih usmeritev je posebno velika ovira varnostna služba (Brinc, 2010).

Prestajanje kazni

V Republiki Sloveniji se kazen zapora in mladoletniškega zapora, uklonilnega zapora ter kazni zapora, izrečene po drugih predpisih, izvršuje v šestih zavodih za prestajanje kazni zapora. Ti imajo svoje oddelke, ki delujejo na trinajstih lokacijah (dostopno na: http//www.mp.gov.si). Zavod za prestajanje kazni zapora Maribor (ZPKZ) ima dva oddelka, in sicer Odprti oddelek Rogoza (OO), kjer prestajajo kazen obsojenci, in Oddelek Murska Sobota, kjer so nameščene vse kategorije zaprtih oseb.

Kategorije zaprtih oseb

Zaprte osebe ločimo po naslednjih kategorijah:

- osebe, zoper katere se izvršuje uklonilni zapor;
- obsojenci/obsojenke;
- priporniki/pripornice;
- obsojenci/obsojenke, obsojeni na mladoletniški zapor;
- mladoletniki/mladoletnice v prevzgojnem domu.

Skupna kapaciteta zavodov je po evropskih merilih 1293, v letu 2013 pa so povprečno bile zaprte 1430,3 osebe (Letno poročilo, 2013). V zavodih morajo biti med seboj ločene vse kategorije zaprtih oseb – mladoletne osebe od polnoletnih kakor tudi moški od žensk. V okviru petih zavodov so organizirani ločeni oddelki za izvrševanje pripora (dostopno na: http//www.mp.gov.si). Poznavanje statusa zaprte osebe je v veliko pomoč pri reševanju zdravstvene problematike.

Strokovno delo v zaporu

Strokovno delo temelji na interdisciplinarnem pristopu ter skupinskih in individualnih metodah dela in je usmerjeno v sodelovanje z zunanjim okoljem. Strokovni delavci so združeni v strokovni tim, katerega del je tudi zdravstveni delavec. Strokovni tim vodi vodja vzgojne službe. Od njegove pronicljivosti, strokovnega znanja in stila vodenja, prav tako pa tudi od osebnega značaja je odvisna smer rehabilitacijskih programov znotraj zavoda v povezavi z zunanjimi institucijami. Vedeti pa moramo, da je sama institucija omejena z zakonskimi in ostalimi pravnimi določili. Cilj, ki ga zasleduje strokovni tim, mora biti znotraj formalnih okvirov, poti do njega pa so zelo različne. Pomemben element delovanja je varnostna služba, ki po navadi vrši nadzorstveno funkcijo. Kakor hitro pa jo strokovni tim vključi v rehabilitacijski proces, so rezultati dela boljši in obsojenci bolj zadovoljni. Zanje je pomemben odnos vseh delavcev do njih: zlasti so občutljivi na odnos paznikov (Howells 2000). Strokovni delavci morajo razumeti, da je nadzor v določeni meri potreben, varnostna služba (pravosodni policisti) pa, da z rehabilitacijo gradimo z malimi koraki napredek »pri človeku, ki je izgubil kompas« (Brinc, 2010).

Strokovni tim

Psihologi: Njihovo delo je zaznavanje morebitne osebnostne problematike, kot so prilagoditvene motnje, odvisnost, samomorilna ogroženost ali psihične težave, z ozirom na katere izvajajo potrebne ukrepe za rešitev problemov.

Socialni delavci: Najpogostejše oblike njihovega dela so reševanje aktualne socialne problematike, socialno svetovanje, sodelovanje s svojci in s centri za socialno delo, urejanje življenja po prestani kazni.

Pedagogi: Pojavljajo se v vlogi svetovalcev. Vsak obsojenec ima svojega svetovalca, s katerim skupaj izdelata osebni načrt prestajanja kazni, kar pomeni, da določita tudi cilje med prestajanjem kazni in po njem.

Zdravstveni delavci: Zaprte osebe imajo zdravstveno varstvo urejeno preko javne zdravstvene mreže. Medicinska sestra poskrbi za povezavo med zdravstvenimi ustanovami in zaporom. Posebna skrb je posvečena higieni, pravilni prehrani in preprečevanju prenosa nalezljivih bolezni.

Pravosodni policisti: Opravljajo nadzorstveno vlogo, obenem pa so nepogrešljivi vir informacij o vedenju in funkcioniranju zaprtih oseb.

Organizacija zdravstvene službe in zakonodaja

V vseh zavodih za prestajanje kazni so organizirane splošne, psihiatrične in v nekaterih tudi zobne ambulante; ženski oddelek na Igu ima tudi ginekološko ambulanto. V okviru psihiatričnih ambulant imamo metadonske ambulante, ki so del regionalnih metadonskih centrov.

Vsak zavod ima svoj urnik delovanja ambulant. Koncesijo za izvajanje zdravstvenega varstva imajo regionalni zdravstveni domovi (ZD). Tako so v ambulanti združeni zdravstveni delavci iz ZD-ja in »pravosodni zdravstveni delavci«, ki pa so zaposleni v okviru pravosodja; katerih je v Sloveniji dvanajst. Zakonski okvir za delo ambulant temelji na podpisanem Protokolu za izvajanje nalog, ki izhajajo iz 22. točke prvega odstavka 15. člena, ter nalog iz 24. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in o zdravstvenem zavarovanju. Zaprte osebe imajo enake pravice do zdravstvenega varstva kot vsi ostali državljani, v zakonu pa obstajajo posebna določila, ki veljajo samo za zaprte osebe (Letno poročilo, 2013).

Vse zaprte osebe so deležne zdravstvene oskrbe v zavodskih ambulantah, zunanjih specialističnih ambulantah in bolnišnicah. Vse specialistične preglede se naroča in ureja za vse paciente preko ambulantnega osebja. Spremstva zaprtih oseb na specialistične preglede opravljajo pravosodni policisti. Delujejo prav tako na preventivnem področju. Skupaj z Zdravstvenim domom Maribor izvajajo različne delavnice o zdravstveno-vzgojnih temah za zaprte osebe, posameznikom skušajo pomagati pri izboljšanju higienskih standardov, skrbijo za preventivo pred nalezljivimi obolenji. Delujejo preventivno v smislu usposabljanja vseh delavcev, predvsem pravosodnih policistov pred nalezljivimi boleznimi. Seznanjajo jih s preventivnimi ukrepi in zaščitnimi sredstvi, ustreznim načinom reagiranja ob izrednih dogodkih. Poleg vseh ostalih zakonskih določil o izvajanju zdravstvenega varstva zaprtih oseb morajo zdravstveni delavci poznati in dosledno upoštevati pri svojem delu tudiZakon o izvrševanju kazenskih sankcij (ZIKS) in Pravilnik o izvrševanju kazni zapora.

Zdravstvena nega

V Zavodu za prestajanje kazni zapora Maribor je bilo leta 2013 povprečno število zaprtih 180,3, v Odprtem oddelku Rogoza pa 40,4 oseb (Letno poročilo, 2013), za katere skrbijo trije zdravstveni delavci, eden iz ZD Maribor in dve »pravosodni sestri«. V ZPKZ Maribor je štirikrat tedensko odprta splošna ambulanta, enkrat tedensko psihiatrična in enkrat tedensko zobna ambulanta, ki jo kadrovsko v celoti pokriva ZD. V Odprtem oddelku Rogoza je dvakrat tedensko odprta splošna ambulanta in dvakrat mesečno psihiatrična ambulanta. Zdravnik prihaja iz ZD, medicinska sestra pa iz ZPKZ Maribor. Poleg svojega strokovnega dela zdravstveni tim sodeluje z vsemi drugimi službami v zavodu, predvsem z varnostno službo, saj so pravosodni policisti z zaprtimi osebami v stiku 24 ur na dan. Zato so njihovi podatki zelo dragoceni še posebej za delo pri:

- odkrivanju vedenjskih sprememb posameznikov s poudarkom na samomorilni ogroženosti;
- trgovini z nedovoljenimi substancami;
- zlorabi predpisane terapije.

Zaradi varnosti medicinska sestra dnevno pripravi psihiatrično in substitucijsko terapijo, ki jo podeljujejo pravosodni policisti. Kljub vsem varnostnim ukrepom se ne morejo v celoti izogniti zlorabam in preprodaji terapije. Zdravstveni delavci spremljajo paciente, pri katerih se pojavijo psihične stiske v smislu samomorilnih teženj. V tem smislu se »povežejo« predvsem s psihologi in drugimi službami v zavodu. Varnostna služba po navodilih strokovnih služb poostri nadzor. V okviru strategije preprečevanja samomorov v zaporih se izvaja sistematično izobraževanje delavcev za prepoznavanje samomorilne ogroženosti.

Z gladovnimi stavkami zaprte osebe opozarjajo na osebne stiske in nezadovoljstva. Vse stavkajoče obravnavajo tako v splošni kot tudi v psihiatrični ambulanti v skladu z mednarodnimi konvencijami o gladovnih stavkah.

Velik del psihiatrične zdravstvene nege predstavlja zdravstvena nega odvisnosti. Ne govorimo samo o odvisnosti od prepovedanih drog, pač pa tudi od alkohola in tablet. S prepovedanimi substancami se pacienti umikajo v svet pozabe in ugodnega počutja. Veliko pacientov je – vsaj na začetku nastanitve v zaporu – v zelo slabi fizični in psihični kondiciji. Z rednimi obroki hrane in »manj stresnim načinom življenja« ob podpori vseh strokovnih služb vključno z izdatno podporo zdravstvene službe, t.j. z dnevnimi obiski v splošni ambulanti in tedenskimi obiski psihiatra, se njihovo zdravstveno stanje stabilizira in velikokrat celo izboljša. V nobeni ambulanti ni čakalne vrste. Vsi, ki se prijavijo za pregled v ambulanti, so pregledani še isti dan.

Stiske pacientov

Zdravstveno-vzgojno delo se začne takoj ob vstopu zaprte osebe na oddelek. Po opravljenem prvem pregledu in seznanitvi z dnevnim in hišnim redom se začne življenje z omejeno svobodo za rešetkami, t.j. s točno določenim urnikom za življenje in delo, ki pa v zaporu ni obvezno.

Ker so se pacientom, ki prihajajo v zavodske ambulante, tako rekoč v trenutku spremenile življenjske okoliščine, so pogosto zbegani in sovražno nastrojeni. Svoje navade morajo podrediti življenju v »hiši« in kar je najbolj boleče, odvzeta jim je svoboda gibanja. Omejeni so na določen prostor z ljudmi, ki so tujci z različnimi navadami in nezmožnostjo kakršnega koli odločanja o sebi. Iz tega sledijo velike stiske, predvsem psihičnega značaja. Zato pogosto prihaja do konfliktov:

- med samimi zaprtimi osebami;

- med zaprto osebo in strokovnimi delavci;
- med zaprto osebo in pravosodnimi policisti.

Najtežje se pacienti sprijaznijo z omejitvami, kajti njihov življenjski stil je premikanje nekih družbeno sprejetih norm, zaradi česar so se v bistvu tudi znašli v zaporu. Naloga vseh zaposlenih v zaporu pa je, da jim na njim razumljiv način pokažejo poti in načine, kako se neki situaciji prilagodijo in sprejmejo dane omejitve. Zapor je edina institucija, kjer odpust ali izključitev zaradi neprimernega vedenja ni možna. Oseba, ki ne sprejema določenih norm, je v ustanovi, dokler ne prestane kazni zapora. Prav zato se nenehno išče nove pristope v delu s temi ljudmi.

Iskanje rešitev

Strokovno delo poteka v timu, v katerem sodelujejo prav vse strokovne službe. Največja vrednost in prednost pri delu zdravstvenega delavca je poznavanje pacienta in njegove življenjske situacije. Veliko zdravstvenih težav je povezano z njegovim življenjem izven zapora, v delovanju sodišč itd. Pomembno je, da zdravstveni delavec na pacienta vedno gleda kot na človeka s težavami in ne storilca kaznivega dejanja. Le tako je lahko v svojih strokovnih odločitvah suveren in brez predsodkov. Pri delu zdravstvenih delavcev je veliko manipulacij, vendar je meja med manipulacijo in resnostjo položaja tanka, skoraj nevidna. Zavedati pa se moramo, da so zaprte osebe/pacienti glede svojih pravic in odgovornosti zdravstvenih delavcev pravno najbolj podkovani ljudje v državi. Zato se vse zdravstvene težave obravnava v najkrajšem času in poišče najboljšo rešitev za pacienta, pa naj je to pogovor z zdravstvenim osebjem ali ustrezna specialistična obravnavav konzultaciji z zdravnikom. S tem se poveča število spremstev pravosodnih policistov v razne specialistične ambulante, izključimo pa lahko akutno obolenje.

V Zavodu je veliko sodelovanja s psihologi in pedagogi, tako da za vsakega posameznika poiščemo najboljšo rešitev. Tretma bo uspešen, če bodo vsi pogoji življenja vzpostavljeni k istemu cilju, zato le posamična terapevtska skrb strokovnih delavcev ne more biti uspešna. Potrebno je razvijati klimo terapevtske skupnosti, kar se doseže z razdelitvijo večjega zavoda v manjše skupine, s široko avtonomijo, odprto komunikacijo med obsojenci in delavci ter z odpravo formalnih hierarhičnih struktur. (Mlinarič,1983).

Za penološko prakso je odločilno vprašanje, kako naprej, da bi zmanjšali povratništvo. Danes v penološki teoriji ne velja več moto »Nič ne deluje«, ampak se nenehno išče odgovor na vprašanje »Kaj bolje deluje?« (Howells,2000).

Sklep

Zdravstveni delavec je pomemben člen med zdravnikom, pacientom in ostalim strokovnim timom v zaporu. Delo v zaporu strokovne delavce prisili v upoštevanje vseh varnostnih pravil in iskanje novih strokovnih pristopov. Obenem se z veliko mero previdnosti in predvidevanja skuša izogniti konfliktnim situacijam ali jih preprečiti. Posebnost zdravstvene nege v psihiatriji je poznavanje »zgodbe« in iskanje najboljših rešitev za pacienta, hkrati pa je treba nenehno sodelovati z drugimi strokovnjaki v zaporu in izven njega. Samo tako lahko dosežemo boljše rezultate v celotni rehabilitaciji. Močan poudarek je na timskem delu. Našim pacientom želimo pokazati drugačno rešitev in pot iz njihovih težav. S tem skušamo zmanjšati število povratnikov.

Literatura

1. Carli A. Wohinc M. Zakon o izvrševanju kazenskih sankcij s komentarji in podzakonskimi akti. Ljubljana: Bonex založba; 2001: 9.

2. Brinc F. Družbeno vzdušje v zavodih za prestajanje kazni zapora in prevzgojnem domu Radeče leta 2010. Revija za kriminalistiko in kriminologijo. 2011(62)4: 295–311.
3. Howells K. The psyho-social environment (PSE) of prison and its relationship to recidivism. 2000. Dostopno na: http://www.criminologyreseachcouncil.gov.au/reports/2011-11-howells.pdf (18.12.2011).
4. Ministrstvo za pravosodje. Zavodi za prestajanje kazni zapora in prevzgojni dom. 2014. Dostopno na: http://www.mp.gov.si./si/o_ministerstvu/ursiks_organ_v_sestavi/zavodi_za prestajanje_kazni_zapora (07. 07. 2014..)
5. Ministrstvo za pravosodje, Uprava za izvrševanje kazenskih sankcij 2013: Letno poročilo. Ljubljana: 2014: 15,61.
6. Mlinarič F. Socioterapevtska orientacija – možnost nadaljnjega razvoja slovenskih kazenskih poboljševalnih zavodov in prevzgojnega doma., Penološki bilten. 1983;1/3: 7–21.

UPORABA LESTVICE OČITNE AGRESIJE NA ODDELKU ZA PSIHIATRIJO UNIVERZITETNEGA KLINIČNEGA CENTRA MARIBOR - ENOTA POD POSEBNIM NADZOROM IN ENOTA ZA FORENZIČNO PSIHIATRIJO

The use of Overt aggression scale in the Department of Psychiatry of the University Medical Centre Maribor – Unit under special surveillance and forensic psychiatry unit

pred. Aleš Zemljič, univ. dipl. org., dipl. zn.

Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za psihiatrijo

aless264@gmail.com

Izvleček

Prispevek opredeljuje uporabnost Lestvic očitne agresije v psihiatričnih bolnišnicah in oddelkih. Zaposleni v zdravstvu so namreč vsakodnevno izpostavljeni agresivnemu vedenju pacientov in njihovih svojcev. Raziskava odpira nove temelje, kako izboljšati obravnavo agresivnih pacientov in zmanjšati tolerančni prag zaposlenih do agresije, saj se le-ta z leti zvišuje. Z metodo analize zbranih podatkov na osnovi izpolnjenih Lestvic očitne agresije v intenzivnih enotah psihiatričnega oddelka za obdobje osmih let smo podatke statistično obdelali. Obdelane podatke smo v prispevku predstavili v tabelah. V obdobju od leta 2006 do julija 2014 je bilo izpolnjenih na Oddelku za psihiatrijo, Univerzitetnega kliničnega centra Maribor 1181 Lestvic očitne agresije. Lestvica je bila izpolnjena pri 380 pacientih in 21 svojcih. Ugotovili smo, da 4,35% pacientov, ki so sprejeti na psihiatrični oddelek, predstavlja s svojim agresivnim vedenjem grožnjo za zaposlene. Z raziskavo smo dokazali, da večina pacientov, ki so sprejeti na psihiatrični oddelek, ni agresivnih. Kljub temu pa delo z agresivnimi ljudmi medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom predstavlja dodaten stres pri obvladovanju vseh aktivnosti in negovalnih intervencij.
Ključne besede: lestvica očitne agresije, raziskava, ocena tveganja

Abstract

The article defines the usability of Scales of manifest aggression in psychiatric hospitals and wards. Employees in health care are namely daily exposed to aggressive behavior by patients and their relatives. This research opens a new foundation for how to improve the treatment of aggressive patients and reduce the tolerance thresholds of employees, regardless of aggression. The data was collected via completed manifest aggression Scales in intensive care units in the Department of Psychiatry for a period of 8 years and statistically analyzed. Processed data is presented in the paper in the tables. During the period from 2006 to July 2014, 1181 Scales of manifest aggression were completed at the Department of Psychiatry of the University Medical Centre Maribor. The Scales were completed by 380 patients and 21 relatives. We found out that 4.35% of patients who are admitted to the psychiatric ward present aggressive behavior and are threatening to employees, but the most patients are not aggressive. Nevertheless, for nurses work with aggressive human beings represents an additional stress on the management of activities and nursing interventions.
Keywords: overt aggression scale, research, risk assessment

Uvod

V svetu se opravlja številne raziskave in z njimi povezane študije, ki so osredotočene na pojav agresivnega vedenja v zdravstvenih ustanovah. V Sloveniji raziskave temeljijo na dokaj majhnih vzorcih, pa vendar nam dajejo uvid v to, kako pogost pojav je agresivno vedenje v slovenskih zdravstvenih ustanovah. Veliko raziskav je opravljenih z namenom ugotovitve dejanskega stanja v bolnišnicah, manj pa z namenom izboljšanja tega ugotovljenega stanja. Slovenske psihiatrije in psihiatrični oddelki za ugotavljanje nastanka agresije in preprečevanja le-te uporabljajo številne ocenjevalne lestvice, s pomočjo katerih lahko predvidijo nadaljnji

vzorec pacientovega obnašanja in s tem preprečijo morebiten izbruh fizične agresije pri posamezniku. Večina pacientov, ki se zdravijo v psihiatričnih bolnišnicah, ni agresivna, kljub temu pa je verjetnost agresivnega vedenja pri pacientih z duševnimi motnjami višja kot pri splošni populaciji. Iz tega izhaja, da psihiatrična zdravstvena nega v veliki meri obravnava paciente, katerih zdravstveno stanje pogojuje agresivno vedenje (Zemljič, 2011). Nemalokrat so medicinske sestre in zdravstveni tehniki izpostavljeni tudi agresivnemu vedenju svojcev pacientov in obiskovalcev. Vzroki za tako vedenje so:

- nestrinjanje z načinom obravnave pacienta;
- neustrezen pristop k obravnavi pacienta;
- neupoštevanje svojca kot partnerja v obravnavi pacienta;
- neustrezen odnos zdravstvenega osebja;
- pomanjkanje komunikacije;
- prenatrpanost čakalnic pred ambulantami in dolge čakalne dobe.

Ocena tveganja za nastanek agresivnosti

Študije v svetu kažejo, da negovalna poročila in opisi agresivnega vedenja pri posamezniku ne zadostujejo za oceno že nastale agresivnosti pacienta ali za njeno preprečitev. Zato je v psihiatrični zdravstveni negi nujno, da se uporabljajo ocenjevalne lestvice (Hellings et al., 2005). Ocenjevalne lestvice nam namreč omogočajo, da prepoznamo možnost agresivnega vedenja in se pripravimo na potrebno ukrepanje ter reševanje problema. Pri zaznavanju agresivnega vedenja je potrebno identificirati rizične faktorje za nastanek agresivnega vedenja, oceniti stopnjo tveganja in izvesti preventivne postopke ter ukrepe za zmanjšanje ali odstranitev rizičnih faktorjev, predvsem tistih, ki izhajajo neposredno iz okolja, v katerem se pacient trenutno nahaja.

Ukrepi za preprečevanje agresivnosti pri pacientu

Zdravstveno osebje mora intervenirati takoj, ko pacient potrebuje nadzor. To lahko pomeni zgolj oddaljitev pacienta od vsega, kar kaže, da ga vznemirja (Dernovšek, 2009). Na podlagi ocene trenutnega stanja in možnosti za nastanek agresivnega vedenja pacienta je potrebno:

- uporabiti metode in tehnike deeskalacije, kot so pravilni pristop, primerna drža, način govora, vzbujanje zaupanja, iskrenosti in razumevanja;
- zagotoviti varno okolje, t.j. odstraniti nevarne predmete, s katerimi bi pacient lahko poškodoval sebe ali druge;
- pacientu po naročilu zdravnika aplicirati ustrezno terapijo;
- uporabiti posebne varovalne ukrepe, ki jih predpiše zdravnik;
- uporabiti ustrezno dokumentacijo;
- opraviti analizo dogodkov, vrednotiti izid nastale situacije inpreprečiti tako vedenje v nadaljnji obravnavi pacienta.

Lestvica očitne agresije (Overt Aggression Scale)

Na Oddelku za psihiatrijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor uporabljamo Yudofskyjevo Lestvico očitne agresije (Overt Aggression Scale – OAS, 1986), katere rezultate osemletne uporabe bomo statistično prikazali v prispevku. Yudofsky (1986) je lestvico razdelil na verbalno agresijo, fizično nasilje nad predmeti, fizično agresijo proti sebi in na fizično nasilje nad drugimi. Lestvica je v klinični praksi ustrezen pripomoček zdravstvenim delavcem za oceno agresivnosti pri pacientu, svojcu, uporabniku zdravstvenih storitev v ambulanti ali obiskovalcu, saj daje uporabne, enostavne, natančne in hitre rezultate, ki dajejo dobro osnovo za preventivno ukrepanje in izboljšanje trenutne situacije. Ocenjevalec tako lahko predvidi potrebne ukrepe za zmanjšanje ali odstranitev rizičnih faktorjev, ki vodijo

do potencialno še bolj agresivnega vedenja, istočasno pa so mu rezultati dobra osnova za pristop k pacientu ob ponovni hospitalizaciji.

Metode

Uporabili smo deskriptivno-statistično metodo. Podatke smo pridobili iz izpolnjenih Lestvic očitne agresije na Oddelku za psihiatrijo UKC Maribor v enotah pod posebnim nadzorom (intenzivna moška enota, intenzivna ženska enota, intenzivna geriatrična enota) in sprejemno-urgentni ambulanti od meseca januarja 2006 do julija 2014 ter v Enoti za forenzično psihiatrijo od meseca julija 2012 do julija 2014. Zbrane podatke smo statistično obdelali in jih grafično prikazali s pomočjo računalniškega programa.

Rezultati

Na Oddelku za psihiatrijo UKC Maribor je bilo v obdobju od 01.01.2006 do 31.07.2014 sprejetih 11442 pacientov, ki so se zdravili v Enotah pod posebnim nadzorom in na Enoti za forenzično psihiatrijo od meseca julija 2012 naprej. V to skupino sprejemov niso šteti pacienti, ki so bili sprejeti direktno v nadaljevalne enote ali v Enoto za zdravljenje odvisnosti. V tem obdobju je bilo izpolnjenih 1181 Lestvic očitne agresije,od teh se jih 94% nanaša na paciente (380 pacientov), 6% pa predstavljajo svojci hospitaliziranih pacientov (21 svojcev), kot je razvidno iz Tabel 1 in 2. V sprejemno-urgentni ambulanti je bilo izpolnjenih pet Lestvic očitne agresije, ena v letu 2007 in štiri v letu 2009, vse pa se nanašajo na verbalno agresijo svojcev nad medicinskimi sestrami.

Legenda tabel:

- A1 enota: Enota pod posebnim nadzorom (intenzivna moška enota)
- A2 enota: Enota pod posebnim nadzorom (intenzivna ženska enota)
- D enota: Enota za psihogeriatrijo (intenzivna in nadaljevalna enota)
- F enota: Enota za forenzično psihiatrijo
- *: obdobje v določenem letu (01.07.2012 - 31.07.2012 ali 01.01.2014 – 31.07.2014)

Tabela 1: Izpolnjene lestvice očitne agresije na A1 in A2 enoti

A1 enota Leto	Število izpolnjenih lestvic	Število pacientov	Število svojcev	**A2 enota Leto**	Število izpolnjenih lestvic	Število pacientk	Število svojcev
2006	98	19	1	**2006**	34	12	1
2007	80	24	3	**2007**	54	23	0
2008	50	17	2	**2008**	55	20	2
2009	44	16	0	**2009**	73	26	1
2010	22	10	0	**2010**	55	20	1
2011	26	10	0	**2011**	20	7	0
2012	14	7	0	**2012**	16	8	1
2013	86	22	2	**2013**	19	8	0
2014	*59	*16	*1	**2014**	*78	*19	*1
Skupaj	479	141	9	**Skupaj**	404	143	7

Tabela 2: Izpolnjene lestvice očitne agresije na D in F enoti

D enota **Leto**	Število izpolnjenih lestvic	Število pacientov	Število svojcev	**F enota** **Leto**	Število izpolnjenih lestvic	Število pacientov	Število svojcev
2006	7	5	0	**2006**	0	0	0
2007	22	7	1	**2007**	0	0	0
2008	6	3	0	**2008**	0	0	0
2009	8	5	1	**2009**	0	0	0
2010	1	1	0	**2010**	0	0	0
2011	1	1	0	**2011**	0	0	0
2012	0	0	0	**2012**	*72	*24	*2
2013	6	3	1	**2013**	103	31	0
2014	*2	*1	*0	**2014**	*70	*15	*0
Skupaj	53	26	3	**Skupaj**	245	70	2

Verbalna agresija

V A1 enoti je bilo v tem obdobju sprejetih 4338 moških, kar je v povprečju 542 pacientov na leto. Število pacientov, ki so bili v tem obdobju agresivni, je 141 in pri njih je bilo izpolnjenih 479 Lestvic očitne agresije. Razmerje verbalne agresije po 4-stopenjski lestvici je dokaj izenačeno, pa vendar izstopajo rezultati: tako na primer kar 28,39 % pacientov glasno govori ali jezno vpije, 26,67 % pacientov preklinja na vsa usta ter grozi zdravstvenemu osebju in 23,44 % pacientov verbalno grozi osebju z nasiljem.

V A2 enoti je bilo v tem obdobju sprejetih 3553 žensk, kar je v povprečju 444 pacientk na leto. Število pacientk, ki so bile v tem obdobju agresivne, je 143 in pri njih so bile izpolnjene 404 Lestvice očitne agresije. Tukaj se je verbalna agresija prikazala v drugačnem razmerju kot pri moških in v večjih odstotkih. Tako je bilo 31,89 % pacientk, ki so glasno govorile ali jezno vpile, 25,88 % jih je preklinjalo na vsa usta in grozilo zdravstvenemu osebju, 24,73 % pa je bilo takih, ki so blago osebno zmerjale zdravstveno osebje ali sopacientke.

V enoti za psihogeriatrijo je bilo v tem obdobju sprejetih 3468 starostnikov, kar je v povprečju 433 pacientov/pacientk na leto. Izpolnjenih je bilo 53 Lestvic očitne agresije pri 26 pacientih. Razmerja verbalne agresije pri starostnikih so se zelo približala rezultatom, ki smo jih dobili pri ženski populaciji; in sicer je bilo 32,62 % takih, ki so glasno govorili in jezno vpili, 27,66 % takih, ki so jasno grozili z nasiljem, in 24,82 % takih, ki so blago osebno zmerjali.

V Enoti za forenzično psihiatrijo je bilo v 2-letnem obdobju sprejetih 166 pacientov/pacientk, pri katerih smo ugotovili, da je kar 70 takih, ki so bili agresivni, in pri njih izpolnili 245 Lestvic očitne agresije. Verbalna agresija je pri forenzičnih pacientih dokaj pogosta. Kar 33,23 % pacientov je namreč takih, ki glasno govorijo ali jezno vpijejo, 31,29 % jih blago zmerja, 35,48 % pa jih grozi z nasiljem sebi ali drugim, ob tem pa na vsa usta zmerjajo in preklinjajo.

Avtoagresivnost in fizična agresija nasproti predmetom

Ugotovili smo, da se v celotni populaciji obravnavanih pacientov avtoagresivnost kaže kot ščipanje, praskanje, poskusi samopoškodbe. Pri moških je bilo 25,71 % takih pacientov, pri ženskah 33,33 %, pri starostnikih 35,0 % in pri forenzičnih pacientih 41,03 %, pri katerih smo zaznali samopoškodovalno vedenje. Fizična agresija nad predmeti se najpogosteje kaže kot udarjanje z okončinami v predmete (obposteljna ograjica, stranice postelje), brcanje in

udarjanje v omaro, metanje in premikanje stolov ali miz. Taka agresija je bila zabeležena pri 73,57 %moških, 59,27 % ženskah, 65,0 % starostnikov in 53,85 % forenzičnih pacientov.

Fizična agresija

Fizična agresija moških pacientov se je v obravnavanem obdobju največkrat kazala kot grozeče geste, namenjene ljudem, ali kot grabljenje za delovno obleko. Takih pacientov je bilo 58,49 %. Visok odstotek predstavljajo tudi pacienti, ki so se neposredno lotili zdravstvenega osebja, ga skušali onemogočiti ali poškodovati, tako da so ga odrivali, potiskali ali skušali udariti oziroma brcniti (26,20 %). Manjši delež predstavljajo pacienti, pa vendar ne zanemarljiv, ki so fizično napadli medicinsko sestro ali zdravstvenega tehnika, jima povzročili blage ali zmerne telesne poškodbe (12,73 %). Takih, ki so resno poškodovali katerega od zdravstvenega osebja, je 2,58 % vseh pacientov, pri katerih smo zaznali tovrstno agresivno vedenje. Pri fizični agresivnosti pacientk so razmerja v 4-stopenjski lestvici enaka kot pri moških. V obravnavanem obdobju nismo zaznali z Lestvico očitne agresije težjih poškodb zdravstvenega osebja s strani pacientk, kar je možno pojasniti s tem, da zaposleni v tem obdobjuniso izpolnjevali Lestvice očitne agresije, ampak predpisan obrazec o Neželenem dogodku (Center za kakovost in organizacijo, 2012). Rezultati so pokazali, da so pacientke v 50,12 % primerov fizično agresivne do zdravstvenega osebja, tako da izvajajo grozeče geste, se usmerjajo na sopacientke ali medicinske sestre, jih grabijo po obleki. 30,11 % jih fizično agresijo kaže skozi udarjanje, brcanje, potiskanje, praskanje. Zmerne telesne poškodbe, kot so otekline, udarnine, ugriznine, pa je povzročilo 19,77 % pacientk, pri katerih je bila zaznana fizična agresija. Agresija pri starostnikih se v večini primerov (51,16 %) kaže kot usmerjanje na ljudi, izvajanje grozečih gest ali grabljenje za obleko. Odstotek tistih, ki povzročajo zmerne telesne poškodbe (26,74 %) v primerjavi s tistimi, ki povzročajo blage telesne poškodbe (20,93 %), se zanimivo spremeni glede na mlajšo populacijo moških in žensk. V obravnavanem obdobju je bil tudi en primer, ko je pacientka težje poškodovala zdravstveno tehnico, kar predstavlja 1,17 % vseh fizično agresivnih starostnikov. Kot pri ostalih obravnavanih pacientih se tudi pri forenzičnih pacientih v največ primerih fizična agresija (77,59 %) kaže kot grozeče geste, usmerjanje na ljudi, grabljenje za obleko. V 17,24 % primerov so pacienti, pri katerih je bila zaznana fizična agresija, udarjali ali brcali druge, vendar jim niso povzročili resnih poškodb, 5,17 % pa jih je povzročilo tudi zmerne telesne poškodbe zdravstvenemu osebju, kot so hude praske, udarnine, otekline. Težjih poškodb z lestvico očitne agresije v tem obdobju niso zaznali.

Zaključek

Z raziskavo smo ugotovili, da večina pacientov, ki so bili v obravnavanem obdobju sprejeti na Oddelek za psihiatrijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor, ni agresivnih. Agresivno vedenje pacientov se je največkrat pojavlja pri pacientih povratnikih, pri katerih smo že med preteklimi hospitalizacijami zaznali tako vedenje. Lestvice očitne agresije nam v tem primeru pomagajo, da se zdravstveno osebje psihično in fizično pripravi na sprejem takega pacienta, preuči možnosti varnega sprejema in naredi načrt obravnaves čim manj komplikacijami med zdravljenjem. Z uporabo deeskalacijskih tehnik ob vsakem vnovičnem sprejemu potencialno agresivnega pacienta lahko na ta način zagotovimo varno obravnavo vseh pacientov v enotah in zmanjšamo izpostavljenost zaposlenih nepričakovanim in nevarnim situacijam. Realno gledano je bilo tako pri enem agresivnem pacientu izpolnjenih več kot ena Lestvica. V podrobni analizi rezultatov smo ugotovili, da je v povprečju na enega agresivnega pacienta izpolnjenih 3,1 lestvice.

Pravočasno prepoznavanje nam namreč omogoča, da z uporabo pravilnih ukrepov lahko preprečimo stopnjevanje agresivnega vedenja, ga omejimo ali v kali povsem zatremo nastanek kakršnih koli oblik agresivnega vedenja, ki vodijo v poškodbe zdravstvenega osebja in ogrožanje življenjske celovitosti posameznika.

Literatura

1. Dernovšek Z. Prepoznavanje in preprečevanje nasilnih vedenj in njihovih posledic v službah za duševno zdravje v skupnosti. Ljubljana: Izobraževalno razskovalni inštitut Ozara Ljubljana. Dostopno na: http//:*www2.vszn-je.si/nimages/static/.../preprecevanje_nasilnega_vedenja.pdf (27.08.2014).*
2. Hellings AJ, Nickel JE, Weckbaugh M, McCarter K et al. The Overt Aggression Scale for Rating Aggression in Outpatient Youth With Autistic Disorder: Preliminary Findings. The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, University of Kansas Medical Center, Department of Psychiaty; 2005; 17:29-35. Dostopno na: http://neuro.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=101933 (27.08.2014)
3. Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D. The overt aggression scale for the Objective rating of verbal and physical aggression. Am J Psychiatry; 1986; 143(1):35-9.
4. Zapis o neželenem dogodku oz. varnostnem zapletu. Obrazec: OB 82 QV 013. Maribor: Center za kakovost in organizacijo, Univerzitetni klinični center Maribor; 2012.
5. Zemljič A. Zagotavljanje varnosti s fizično omejitvijo pacienta. Zbornik predavanj z recenzijo. Seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji – Varnostni zapleti pri pacientu – priložnost za učenje. Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za psihiatrijo, Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2011.

ZNANJE IN VEŠČINE, KI JIH POTREBUJEMO ZA KAKOVOSTNO DELO S PACIENTOM NA FORENZIČNI PSIHIATRIJI

Knowledge and skills needed for quality work with patients in forensic psychiatry

Sabina Finžgar, dipl.m.s.

UKC Maribor, Oddelek za psihiatrijo, Enota za forenzično psihiatrijo

Sabina.finzgar@gmail.com

Izvleček

Forenzična psihiatrija je pomembna novost v Sloveniji. Skrbi za paciente, ki so zaradi spremenjenega duševnega stanja ali bolezni storili kaznivo dejanje. To področje se še posebej posveča pacientom, ki so v priporu ali med prestajanjem kazni v zaporu zboleli za duševno motnjo in zato potrebujejo bolnišnično zdravljenje v sklopu posebne organizacijske enote s področja psihiatrije. Obravnava pacienta v Enoti za forenzično psihiatrijo je v kliničnem okolju zahteven in kompleksen proces, kjer je vloga zaposlenih v zdravstveni negi izjemno pomembna. Medicinska sestra predstavlja jedro terapevtskega tima, saj ima celovit pogled na pacienta, opazuje njegovodnevno interakcijo z okoljem in vpliva na izid njegove obravnave, zato predstavlja obenem koordinatorja številnih aktivnostih, ki potekajo v celostni obravnavi pacienta. Namen prispevka je predstaviti vlogo medicinske sestre v procesu obravnave pacienta na Enoti za forenzično psihiatrijo v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor ter njen aktivni prispevek k izidom obravnave pacienta. V prispevku je predstavljen standard obravnave pacienta na Enoti za forenzično psihiatrijo, opisana pa so tudi znanja in veščine ter zdravstveno-vzgojni material, ki ga medicinske sestre potrebujejo za kakovostno delo s forenzičnim pacientom.
Ključne besede: forenzični pacient, medicinska sestra, terapevtski odnos, zdravstvena nega

Abstract

The field of forensic psychiatry is an important innovation in Slovenia. Treatment of the patient in the unit for forensic psychiatry in clinical setting is a demanding and complex process, where the role of employees in health care is extremely important. The nurse is the core of the therapeutic team as a comprehensive overviewer of the patient, observing its daily interaction with the environment and influencing the outcome of its treatment, so she is at the same time a coordinator of many activities that take place in the patient's overall treatment. The purpose of this contribution is to present the role of nurses in the process of patient treatment in forensic psychiatry in University Medical Centre Maribor and her active contribution to the outcome of patient treatment. This contribution also presents a standard treatment of the patient in the Unit of Forensic Psychiatry, knowledge and slills, medical educational material nurses need for quality work with forensic patient.
Key words: forensic patient, nurse, therapeutic relationship, health care

Uvod

Zdravstvena nega v psihiatriji je specialno področje prakse in teorije zdravstvene nege, ki se ukvarja s posameznikom, duševnimi motnjami in težavami, z družino ali širšo skupnostjo v primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvenem varstvu. Njena osnovna značilnost je medsebojni odnos med medicinsko sestro in pacientom, usmerjen v prizadevanje in pospeševanje in podpiranje vedenja, katerega cilj je razvoj osebnosti in prilagojeno funkcioniranje (Čuček Trifkovič, Pišlar, 2011).

Forenzična psihiatrija je sub-specialna stroka, ki je vez med zdravstvom in pravosodjem. Zdravstvo skrbi za posameznika in ga varuje pred škodljivimi vplivi družbe, pravosodje pa skrbi za družbo in jo varuje pred škodljivim ravnanjem posameznika (Ziherl, Žagar, 1998).
Pacient, ki ima duševno motnjo, lahko s svojim spremenjenim doživljanjem in vedenjem v človeku vzbudi predsodek in odpor namesto sočutja in prijateljske pomoči. V kolikor gre za paciente, ki so zaradi svoje bolezenske motnje ogrožali svoje življenje ali življenje drugih ljudi oz. so povzročili hudo škodo sebi ali drugim, je odpor še toliko večji. Sami so do bolnišničnega zdravljenja odklonilni in nimajo pravega uvida v svoje stanje (Ličina, 2009).

Medicinska sestra pomaga pacientu pri vseh temeljnih življenjskih aktivnostih, kadar ta potrebuje pomoč. Delo s forenzičnimi pacienti zahteva ogromno potrpljenja, razumevanja, neobsojanja, poslušanja in prepoznavanja pacientovih potreb. Medicinska sestra v forenzični psihiatriji mora dobro poznati svoje osebnostne lastnosti, saj izvaja aktivnosti terapevtskega programa in zdravstvene nege. Imeti mora sposobnost samoopazovanja, sposobnost opazovanja drugih, ocenjevanja socialnih kompetenc in visoko stopnjo komunikacijskih sposobnosti. Medicinska sestra v forenzični psihiatriji predstavlja jedro terapevtskega tima, saj povezuje tim zdravstvene nege in sodeluje z zunanjimi sodelavci, ki so vključeni v izvajanje terapevtskega programa. Ima celovit pogled na pacienta, saj skrbi za in opazuje vsakodnevno interakcijo pacienta z drugimi pacienti. S kontinuirano zdravstveno nego v forenzični psihiatriji, skupnostno skrbjo in učinkovitim medsebojnim sodelovanjem omogočamo pacientu, da zaživi bolj kakovostno in zdravo življenje (Roljić, 2009).

Namen prispevka je predstavitev Enote za forenzično psihiatrijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor in vloge medicinske sestre v njej. Medicinska sestra z izvajanjem aktivnosti zdravstvene nege vključuje paciente v aktivnosti, s katerimi pridobijo socialne veščine (izobraževanje, prostočasne aktivnosti, samooskrba).

Predstavitev Enote za forenzično psihiatrijo

V slovenskem prostoru se je kazala potreba po ustanovitvi oddelka za forenzično psihiatrijo, ki bi obravnavala populacijo, za katero je poleg duševnih motenj značilno še nasilno vedenje.
Enota za forenzično psihiatrijo na oddelku za psihiatrijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor obsega dva oddelka s 30 posteljami. Zdravstveno-negovalni tim sestavljajo naslednji člani: specialist psihiater, klinični psiholog, diplomirana medicinska sestra, socialni delavec, delovni terapevt, zdravstveni tehnik in pravosodni policist.

V okviru forenzične psihiatrije v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor se izvaja naslednje dejavnosti:

- observacijsko-diagnostično dejavnost, namenjeno opazovanju in diagnostiki pacientov, ki zbolijo v zaporu ali priporu;
- zdravljenje pacientov, ki jim je bil izrečen ukrep obveznega zdravljenja in varovanja v zdravstveni ustanovi, in tistih, ki so v zaporu zboleli duševno motnjo;
- raziskovalno in izobraževalno dejavnost na oddelku;
- izvedensko delo in izvajanje varnostnih ukrepov obveznega psihiatričnega zdravljenja.
-

Zdravstvena obravnava pacienta na forenzični psihiatriji temelji na vzpostavitvi zaupnega terapevtskega odnosa med medicinsko sestro in pacientom. V tem odnosu imajo velik pomen sodelavci, ki stojijo pacientom ob strani ter upoštevajo njihove telesne, duhovne, duševne in socialne potrebe (Roljić, 2009).

Varnostni ukrep obveznega zdravljenja (Kazenski zakonik Republike Slovenije, 1994)

Kazenski zakonik Republike Slovenije (KZ, 2008) ima tako kot večina evropskih kazenskih zakonikov predpisane varnostne ukrepe obveznega zdravljenja. Kazenski zakonik Republike Slovenije (2008) jih predpisuje v 5. poglavju, v 63., 64., 65. in 66. členu.
Obvezno psihiatrično zdravljenje pomeni, da je storilec storil kaznivo dejanje v stanju zmanjšane prištevnosti ali neprištevnosti, zato mu je sodišče določilo institucionalno zdravljenje. Zdravljenje lahko traja največ pet let, prekine pa se s sklepom sodišča. Čas zdravljenja v instituciji se šteje v čas izrečene kazni. Obvezno psihiatrično zdravljenje na prostosti izreče sodišče in poteka kot zdravljenje v domačem okolju, zadostuje pa, da ne pride do ponovnih kaznivih dejanj. Če se storilec ne želi zdraviti na prostosti ali pride do ponovitve kaznivega dejanja, sodišče odredi ukrep institucionalnega zdravljenja.

Osnovne značilnosti forenzične psihiatrije

Na Enoti za forenzično psihiatrijo obravnavamo paciente z ukrepom obveznega zdravljenja glede na njihovo zdravstveno stanje. Za izvajanje forenzične zdravstvene nege je vsekakor potrebno posebno izobraževanje, ki temelji na poznavanju nasilniškega vedenja ter tveganja za nasilniško vedenje. Cilj izobraževanja je usposobiti kader, ki bo sposoben pri vsakdanjem delu najti ravnovesje med zdravstveno nego in kaznovanjem, pridrževanjem, zadrževanjem ter nadziranjem pacientov (Balažic, 2005).

Zdravstvena nega na forenzični psihiatriji

Ena od najpomembnejših nalog medicinske sestre v Enoti za forenzično psihiatrijo je zgraditi zaupen odnos, kajti tako medicinska sestra kot pacient vstopata v ta odnos s svojimi občutki, strahovi, pričakovanji in vrednotami.

Med specifične naloge medicinske sestre na Enoti za forenzično psihiatrijo spadajo: terapevtska komunikacija, zagotavljanje varnosti pacientu in zaposlenim, nudenje pomoči pri orientaciji tako prostorsko kot časovno, učenje spoprijemanja s posledicami kaznivega dejanja, iskanje pozitivnih resursov.

Vsakodnevno mora medicinska sestra forenzičnega pacienta spodbujati k samostojnosti in vzpostavljanju socialnih stikov z ostalimi pacienti ter zaposlenimi. Pomembno je, da mu medicinska sestra strukturira dan z vodenimi in prostočasnimi individualnimi oziroma skupinskimi aktivnostmi.

Medicinska sestra je usmerjena v osebnostno, socialno in delovno rehabilitacijo z upoštevanjem 12. člena Zakona o duševnem zdravju, ki govori o pravici pacientov do gibanja, dostopa do telefona, interneta in zastopnika pacientovih pravic.

Zdravstvena obravnava forenzičnega pacienta

V okviru zdravstvene obravnave na forenzični psihiatriji poteka izvajanje terapevtskega programa, za katerega izvedbo je odgovoren celoten zdravstveni tim, ki pa mora vzpostaviti profesionalen terapevtski odnos, da doseže zastavljen cilj.

Obravnava forenzičnega pacienta je usmerjena v doseganje zastavljenega cilja, ki vodi v razvoj sposobnosti pacienta, da prevzame socialno odgovornost za lastno življenje, življenjske potrebe in življenje brez kaznivih dejanj. Za učinkovito zdravstveno obravnavo forenzičnega pacienta sta potrebna aktivna vključitev socialne, psihološke in delovno-terapevtske službe ter sodelovanje kazenskega pravosodja.

Medicinska sestra pomaga pacientu pri vseh temeljnih življenjskih aktivnostih, kadar ta potrebuje pomoč pri prehranjevanju, pitju, izločanju, spanju, počitku, vzdrževanju osebne higiene in urejenosti, oblačenju, zagotavljanju varnosti, komunikaciji, duhovnih potrebah, rekreaciji, delu in organizaciji čas, učenju in naposled tudi pri vzpostavitvi kvalitetnih odnosov s svojci. Delo s pacienti zahteva potrpljenje, razumevanje, neobsojanje, poslušanje in prepoznavanje pacientovih potreb (Roljić, 2009).

Medicinska sestra na forenzični psihiatriji mora imeti sposobnost samoopazovanja, sposobnost opazovanja drugih, ocenjevanja socialnih kompetenc in dobro razvite komunikacijske sposobnosti. Dober terapevtski odnos je odvisen tudi od ohranjanja profesionalne distance. Za delo s pacienti z ukrepom obveznega zdravljenja ne zadostujejosamo znanje, izobrazba ter izkušnje, ampak so pomembne tudi osebnostne lastnosti zdravstvenega osebja, njihove vrednote in zrelost (Roljić, 2009).

Naloge izvajalcev zdravstvene nege na forenzični psihiatriji obsegajo:

- opazovanje in dokumentiranje opaženega;
- zagotovitev fizičnih potreb po hrani, zraku, čistoči in varnosti;
- zagotovitev psihičnih potreb po samospoštovanju, samovrednotenju, individualnosti, zadovoljstvu, duhovitosti;
- zmanjšanje omejitev, invalidnosti in nefunkcionalnosti;
- izvajanje diagnostično terapevtskega programa.
-

Pisno in ustno komuniciranje na različnih relacijah (medicinska sestra–pacient, medicinska sestra–svojci, medicinska sestra–medicinska sestra, medicinska sestra–zdravnik, medicinska sestra–drugi sodelavci, medicinska sestra–javnost). (Čuček Trifkovič, Pišlar, 2011).

Zaključek

Sodoben način zdravljenja forenzičnega pacienta, katerega integralni del je zdravstvena nega, prinaša spremembe v psihiatriji, spreminjata pa se tudi pomen in vloga, ki ju imajo pri odpravljanju motenj duševnega zdravja posameznik, svojci in socialno okolje. Proces zdravstvene nege pri forenzičnem pacientu je lahko uspešen samo ob dobrem timskem delu, katerega predpogoj sta medsebojno razumevanje in spoštovanje znanja vsakega posameznika. Za uspešno timsko delo je potrebno zagotoviti učinkovito in nemoteno komunikacijo ter ohranjanje zaupanja med člani zdravstvenega tima. Pred nami je velik izziv, s katerim se bodo medicinske sestre sposobne soočiti le, če bodo imele znanja in veščine, ki so potrebni za zagotavljanje zdravstvene nege na področju psihiatrije.

Za delo v forenzični psihiatriji potrebujemo dobro izobražene, strokovne in kompetentne člane multidisciplinarnega tima, ki jih mora ob visoki strokovnosti odlikovati še sposobnost učinkovitega terapevtskega komuniciranja.

Literatura

1. Balažic I. Vloga medicinske sestre pri obravnavi pacienta z agresivnim vedenjem. Utrip. 2010;18(10):28-9.
2. Čuček Trifkovič K, Pišlar M. Osnove zdravstvene nege v psihiatriji. In: Kores Plesničar B, ed. Duševno zdravje in zdravstvena nega. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2011:14-6.
3. Kazenski zakonik Republike Slovenije. Uradni list Republike Slovenije št. 63/2008.
4. Kobal M. Pravni vidik psihiatrije. In: Tomori M, Ziherl S, eds. Psihiatrija. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani; 1999: 507-17.

5. Ličina M. Osnove značilnosti forenzične psihiatrije. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 2009: 327-31.
6. Roljić S. Uspešno obvladovanje nasilnega vedenja. In: Poček U, ed. Nasilno vedenje v duhu novih praks. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2009: 31-4.
7. Ziherl S, Žagar D. Primerjava forenzične psihiatrije v Sloveniji in na Nizozemskem. In: Žagar D, ed. Zbornik9. In 10. Forenzičnega seminarja. Ljubljana; 1998: 91-5.
8. Zupančič BM, Kalčina L. Evropska konvencija o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin. Svet Evrope. Ljubljana: IDC Sveta Evrope pri NUK; 2000: 1-2.

TIMSKA OBRAVNAVA PACIENTOV V ENOTI ZA FORENZIČNO PSIHIATRIJO

Team treatment of patients at the forensic psychiatry unit

Ksenija Kegl, dipl. m. s.

UKC Maribor, Oddelek za psihiatrijo, Enota za forenzično psihiatrijo

ksenija.kegl@gmail.com

Izvleček

Forenzična psihiatrija je veja psihiatrije, ki deluje na stičišču dveh, načeloma nezdružljivih strok: pravosodja in psihiatrije. Gre za eno od najbolj problematičnih vej psihiatrije, ki se ukvarja predvsem z izvedenskim delom in izvajanjem varnostnih ukrepov obveznega psihiatričnega zdravljenja. Enota za forenzično psihiatrijo Oddelka za psihiatrijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor izvaja zdravljenje oseb, ki jim je sodišče izreklo varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu, ali zdravljenje pripornikov in obsojencev, ki zbolijo v zaporu in potrebujejo bolnišnično psihiatrično zdravljenje ter observacijsko-diagnostično dejavnost. Pacienti v Enoti za forenzično psihiatrijo so obravnavani s strani multidisciplinarnega tima, ki je strokovno zelo raznolik. Raznolikost se kaže v enakovrednem sodelovanju zdravstvenih in nezdravstvenih delavcev. Poleg zdravnika, kliničnega psihologa, diplomirane medicinske sestre in zdravstvenega tehnika, socialne delavke in delovnega terapevta, tim Enote za forenzično psihiatrijo vključuje še pravosodnega policista, ki prvenstveno skrbi za varnost pacientov in zdravstvenega osebja, a je hkrati dodatno izobražen v poznavanju vedenja ljudi z duševnimi motnjami, tako da lahko skupaj z ostalimi člani zagotavlja varno in strokovno zdravljenje vseh pacientov.
Ključne besede: forenzična psihiatrija, Enota za forenzično psihiatrijo, timsko delo, multidisciplinarni tim.

Abstract

Forensic psychiatry is a branch of psychiatry that operates on the intersection of two uncompatible disciplines: justice and psychiatry. It is the most tricky branch of the psychiatry that firstly deals with expert work and implementation of security measures of the compulsory psychiatric treatment. Forensic psychiatry unit of the Psychiatry Maribor performs the treatment of people who were judged by the court to security measure of compulsory psychiatric treatment and custody in a medical institution for detainees and convicts, that get sick in jail and need hospital psychiatric treatment as well as observative diagnostic activity. Patients of forensic psychiatry unit are treated by the multidisciplinary team which is professionally very heterogeneous. Heterogeneity occurs in equal participation of medical and non-medical workers. Except for the doctor, clinical psychologist, nurse and male nurse, social worker and physician, the team of forensic psychiatry unit also includes judicial police officer who is primarily intended to protect the patients and medical staff. At the same time he is additionally educated at behavior recognition of people with mental disorders so he can together with others provide safe and professional treatment of all the patients.
Keywords: Forensic psychiatry, forensic psychiatric unit, teamwork, multidisciplinary team.

Uvod

Forenzična psihiatrija predstavlja stičišče dveh, načeloma nezdružljivih strok: pravosodja in psihiatrije. Je posebna veja psihiatrije, ki je gotova vez med zdravstvom in pravosodjem. Medtem ko namreč zdravstvo skrbi za posameznika in ga varuje pred škodljivimi vplivi družbe, pravosodje po drugi strani skrbi za družbo in jo varuje pred škodljivim ravnanjem posameznika. Tako je forenzična psihiatrija v bistvu nekakšena anomalija v psihiatriji, ki se ji je psihiatrija v različnih obdobjih svojega razvoja različno intenzivno skušala znebiti. A ostaja

dejstvo, da so in bodo ljudje, ki zaradi takšne ali drugačne duševne motnje storijo bolj ali manj hudo kaznivo dejanje, zato je prav, da jim družba, v kolikor se hoče zaščititi pred njimi, nudi zdravljenje, ki bo odpravilo njihovo duševno motnjo, s tem pa tudi nevarnost, ki jo taki pacienti predstavljajo za družbo (Zupančič, 2000; Ziherl, 2011).

Forenzična psihiatrija je torej najbolj udarna veja psihiatrije in ni čudno, da vzbuja v javnosti marsikateri negativni odziv (Goreta, 1997).

Forenzična psihiatrija obravnava izjemno občutljivo populacijo. To so storilci kaznivih dejanj, ki so jih storili zaradi neke duševne motnje. Za svoje dejanje torej niso kazensko odgovorni, a jih je potrebno zaradi duševne motnje zdraviti. Razen tega forenzična psihiatrija skrbi tudi za tiste, ki so na prestajanju kazni zapora zapadli v takšno duševno motnjo, ki zahteva bolnišnično zdravljenje, ter za tiste, ki so potrebni bolnišničnega psihiatričnega zdravljenja, vendar so trenutno v priporu. Za forenzično psihiatrijo veljajo priporočila in etična načela, ki sicer veljajo v psihiatriji (Ziherl, 2011). V praksi se ukvarja predvsem z izvedenskim delom in izvajanjem varnostnih ukrepov obveznega psihiatričnega zdravljenja.

Enota za forenzično psihiatrijo

Enota za forenzično psihiatrijo (EFP) deluje v okviru Oddelka za psihiatrijo UKC Maribor in je edina tovrstna enota v Sloveniji. Z delovanjem je pričela 4. junija 2012, slavnostna otvoritev Enote pa je bila eno leto prej, 29. avgusta 2011. EFP izvaja zdravljenje:

a) oseb, ki jim je sodišče izreklo varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu;
b) pripornikov in obsojencev, ki zbolijo v zaporu in potrebujejo bolnišnično psihiatrično zdravljenje;
c) observacijsko-diagnostično dejavnost.

Ad a: Varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu opredeljuje Kazenski zakonik Republike Slovenije v šestem poglavju, v členu 70.a., ki pravi:
Člen 70.a: Obvezno psihiatrično zdravljenje in varstvo v zdravstvenem zavodu

(1) Storilcu, ki je storil protipravno dejanje v stanju neprištevnosti ali kaznivo dejanje v stanju bistveno zmanjšane prištevnosti in je zanj predpisana kazen najmanj enega leta zapora, izreče sodišče obvezno psihiatrično zdravljenje in varstvo v zdravstvenem zavodu, če na podlagi teže storjenega dejanja in stopnje storilčeve duševne motenosti ugotovi, da bi na prostosti lahko storil kakšno hudo kaznivo dejanje zoper življenje, telo, spolno nedotakljivost ali premoženje in da je tako nevarnost mogoče odpraviti le z zdravljenjem in varstvom v forenzičnem psihiatričnem oddelku zdravstvenega zavoda, ki ustreza posebnim varnostnim pogojem, določenim z zakonom.

Ad b: EFP se ukvarja tudi z zdravljenjem tistih, ki zbolijo v zaporu in potrebujejo bolnišnično psihiatrično zdravljenje. Na zdravljenje jih napoti psihiater, ki dela v specialistični ambulanti v zaporu. Enako velja za tiste, ki so v priporu, če izvedenec za psihiatrijo ugotovi, da zaradi duševne motnje potrebujejo psihiatrično zdravljenje, torej zdravljenje v psihiatrični bolnišnici.

Ad c: V Tretjem sklopu nalog se opravlja izvedensko delo in opazovanje pri tistih pacientih, pri katerih ni mogoče opraviti izvedenskega dela v običajni psihiatrični ambulanti, kamor so prepeljani iz pripora, potem ko so začeli kazati kakšno duševno motnjo. Sicer pa je ta dejavnost namenjena predvsem opazovanju in diagnostiki tistih pacientov, ki zbolijo v zaporu ali v priporu.

Timsko delo

Timsko delo postalo eden od najpomembnejših načinov, kako se soočati z izzivi. Timsko delo je pogosta in priljubljena oblika dela, ki se vse bolj uveljavlja in uporablja kot metoda pri delu z ljudmi.

Pri reševanju naloge, problema ali konflikta, kjer je udeleženih več oseb, je timsko delo edina najbolj primerna oblika dela, saj vsi vpleteni postanejo udeleženci in le na ta način se lahko najde najboljšo rešitev.

Kljub temu pa je timsko delo še vedno »zgolj« skupinsko delo samostojnih članov. Vsak član tima ima specifično znanje in odgovarja za svoje odločitve, ki pa so podrejene skupnemu cilju v okviru določene delovne naloge. Nihče ni nikomur podrejen ali nadrejen, vsakogar in vse skupaj pa obvezuje delovna naloga. Za pravi tim je značilno vzpostavljaje horizontalnih odnosov, ki temeljijo na jasni osebni in strokovni identiteti vsakega člana ter zmožnosti razumevanja drugačnosti vseh ostalih. Delo v timu je smiselno, kadar delovna naloga presega meje ene same stroke (Praper, 2001).

Namen timskega dela je, da se naučimo skupnega opravljanja nalog, da bolje spoznamo delo, da se obogatimo z idejami drugih in tako postanemo pri delu uspešnejši (Pajnkihar, 1999).

Opredelitev tima

Tim je enota dveh ali več ljudi, ki delujejo v interakciji in svoje delo koordinirajo, da bi dosegli določen cilj. Ta definicija ima tri komponente. Prva implicira, da sta potrebna dva ali več ljudi. Timi so lahko kar veliki, čeprav večina njih nima več kot petnajst ljudi. Druga komponenta sugerira, da člani tima vzajemno vplivajo eden na drugega in so v stalni interakciji. Ljudje, ki tega ne počnejo, npr. skupina ljudi, ki stoji v vrsti za vstopnice za kino, ni tim. Tretja komponenta pa indicira, da imajo ljudje v timu skupen cilj (Dimovski et al., 2005).

Po definiciji je tim delovna skupina, sestavljena iz dveh ali več oseb, ki ima opredeljeno posebno delovno nalogo ali cilj; za izvedbo te naloge so člani negovalnega tima odgovorni na podlagi notranje samokontrole in vzpostavljanja notranje klime doseči zastavljen cilj procesa zdravstvene nege (Pajnkihar, 1999).

Značilnosti in načela tima

Dimovski s sodelavci (2005) pravi, da morajo uspešni timi v organizacijah imeti značilnosti, ki so predpogoj za uspešno delovanje procesov znotraj tima. Dve pomembni značilnosti sta: jasno definirane naloge, ki določajo vlogo člana v timu in velikosti tima.

Idealna velikost tima naj bi bila sedem članov, vendar so dovoljena nihanja od pet do dvanajst članov. Takšni timi so dovolj veliki, da omogočajo izražanje pozitivnih in negativnih stališč ter dovolj učinkoviti za reševanje problemov.

Raziskave o velikosti timov so pokazale naslednje ugotovitve:

a) Majhni timi (2–4 člani) so pokazali med seboj več strinjanja, postavljali več vprašanj in izmenjavali več mnenj in stališč. Člani tima se hočejo strinjati med seboj. V majhnih timih je prisotnega več zaupanja, zadovoljstva in osebnih pogovorov. Zahtevnost vodenja je bistveno manjša in obstaja nagnjenost k neformalnim odnosom;
b) Veliki timi (12 članov ali več) se večkrat oblikujejo v podskupine. Med njimi prihaja do konfliktov, nestrinjanj in različnih mnenj. Vodenje je zahtevnejše, ker je odločanje

bolj centralizirano. Veliki timi so bolj neprijazni in zaradi tega prihaja do menjave delovne sile in več izostankov z dela. V velikih timih je zadovoljstvo manjše, slabša je tudi komunikacija, zato je zavezanost ciljem med člani tima manjša. Timi od pet do dvanajst članov naj bi delovali najbolje (Dimovski et al., 2005).

Načela, po katerih naj bi se člani tima ravnali, so:

- zaupanje;
- odprtost in odkritost v komuniciranju;
- spoštovanje in razumevanje med člani;
- predanost in prilagodljivost delu in organizaciji;
- odgovornost;
- skupna vizija in sodelovanje;
- usmerjenost k cilju;
- usmerjenost k pacientu.

Z ozirom na strokovno sestavo tima lahko razlikujemo med dvema vrstama:

- multidisciplinaren tim, ki ga sestavljajo strokovnjaki različnih strok in v katerem vsak strokovnjak odgovarja za svoje področje;
- monodisciplinaren tim, ki ga sestavljajo strokovnjaki z enega strokovnega področja (Ocepek, 2001).

Z ozirom na uspešnost tima pa lahko ločimo med:

- neuspešni tim, kjer člani tima delajo skupaj slabše, kakor če bi delali individualno;
- povprečni tim, kjer rezultati ustrezajo seštevku znanja, sposobnosti in strokovnosti;
- uspešni tim, kjer rezultati presegajo seštevek znanja, sposobnosti in strokovnosti (Ocepek, 2001).

Delovanje tima

Predpogoj za dobro delovanje tima je, da se člani tima kot skupina poenotijo glede ciljev in premagajo razlike med individualnimi in skupinskimi interesi.
Pogoji za delovanje učinkovitega tima so jasen in navdušujoč cilj, sestava, ki ustreza nalogi, vzdušje sodelovanja, usposobljeni člani, spodbudno vodenje, zunanja podpora in priznanje (Pajnkihar, 1999).

Multidisciplinarni tim

Multidisciplinarni tim je formalna delovna skupina, sestavljena iz strokovnjakov z različnih področij, ki obravnava isti problem z različnih zornih kotov in ima postavljene skupne cilje glede na problem, ki ga rešuje (Živič, 2001).

Pajnkihar (1999) opisuje, da je multidisciplinarni tim sestavljen iz strokovnjakov z različnih strokovnih področij (zdravnik, klinični psiholog, socialni delavec, medicinska sestra).

Zaželene lastnosti članov multidisciplinarnega tima pa so:
- fleksibilnost;
- kreativnost;
- asertivost;
- pripravljenost za skupinsko delo, znanje in sodelovanje;
- komunikativnost;
- imajo nekaj "uporniškega duha" za sprejemanje netradicionalnh rešitev in uvajanje novih pristopov;

- dobro strokovno znanje na lastnem profesionalnem področju in profesionalna samozavest (Pajnkihar, 1999).

Organiziranost tima v EFP-ju

Zdravstveni tim v EFP-ju je po sestavi multidisciplinaren tim, ki ima specifične značilnosti. Je namreč strokovno zelo raznolik, kar se kaže v enakovrednem sodelovanju zdravstvenih in nezdravstvenih delavcev. Poleg zdravnika, kliničnega psihologa, diplomirane medicinske sestre in zdravstvenega tehnika, socialne delavke in delovnega terapevta, ki tvorijo klasičen terapevtski tim, vsebuje tim EFP-ja tudi člana, ki ga v ostalih zdravstvenih organizacijah ne srečujemo, to je pravosodni policist.

Tim EFP-ja se sestaja vsak dan pred dopoldansko vizito. Člani tima poročajo o opažanjih pri pacientih v preteklem dnevu. Morebitne novosprejete paciente podrobno predstavi zdravnik, pravosodni policist pa predstavi varnostno oceno, ki je posredovana iz Zavoda za prestajanje kazni zapora, v kolikor pacient prestaja zaporno kazen. V timu se sestavi podroben načrt dela, ki obsega organizacijo spremstev na konziliarne preglede, na obravnave na sodišča, organizacijo sprehodov pacientov v atriju glede na izrečen ukrep sodišča in dogovore glede morebitnih odpustov pacientov oziroma premestitvi. V timu vsakodnevno obravnavamo tekočo problematiko v Enoti.

Pravosodni policist v multidisciplinarnem timu EFP-ja

Poseben del psihiatričnega zdravljenja v EFP-ju je varovanje. Če želimo, da oddelek zadosti svojemu namenu, potem je treba poskrbeti za dobro varovanje. EFP je bolj varovan, kot so običajni zaprti oddelki v psihiatričnih bolnišnicah. Člani multidisciplinarnega tima so tudi pravosodni policisti, ki so dodatno izobraženi o vedenju ljudi z duševnimi motnjami. Skupaj z ostalimi člani zagotavljajo varno in strokovno zdravljenje vseh pacientov v enoti. Prvenstveno so zadolženi za varovanje pacientov in zdravstvenega osebja, vendar pa z zdravstvenim osebjem tesno sodelujejo pri vseh aktivnostih na Enoti:

- sodelujejo pri predstavitvah novosprejetih pacientov;
- prisotni so na dnevnih vizitah;
- izvajajo sprehode v atriju;
- izvajajo spremstva na konziliarne preglede skupaj z negovalnim osebjem;
- skupaj z zdravstvenim tehnikom/diplomirano medicinsko sestro opravljajo nočne obhode po enoti;
- sprejemajo obiskovalce, jim razložijo hišni red, zadolženi so za pregled obiskovalcev in stvari, ki jih obiskovalci prinesejo pacientu;
- izvajajo nadzor med obiski;
- sodelujejo pri sprejemu pacientov in pregledu stvari, ki jih prinesejo s seboj;
- sprejemajo, pregledajo in izročajo pakete in sodno pošto;
- skupaj z negovalnim osebjem opravljajo redne varnostne preglede skupnih prostorov, sob in pacientovih stvari;
- varnostno pregledajo paciente, ko zapuščajo ali se vračajo v Enoto (sprehodi, aktivnosti delovne terapije izven Enote, obiski, terapevtski izhodi, obiski sodišča, konziliarne preglede itn.);
- vozičke s hrano in perilom pregledajo pred prihodom v Enoto;
- izvajajo varnostne preglede atrija, stopnišča, telovadnice;
- ob nakazani potrebi so prisotni pri osebnih razgovorih pacientov z zdravnikom;
- spremljajo in nadzirajo čistilni servis in vse službe, ki opravljajo montaže, servis itn.

Zaključek

Sodobne oblike zdravljenja pacientov z duševno motnjo vključujejo celostno obravnavo pacientov v okviru različnih strok. Tudi v Enoti za forenzično psihiatrijo je timsko delo vsekakor izjemnega pomena. Vsi pacienti so obravnavani s strani multidisciplinarnega tima, ki je strokovno zelo raznolik, vsak član tima pa je aktiven udeleženec pri zdravljenju forenzičnega pacienta, ki odgovarja za svoje področje.

Literatura in viri

1. Dimovski V, Penger S, Žnidaršič J. Sodobni manegement. Ljubljana: Ekonomska fakulteta; 2005.
2. Goreta M. Forenzička psihijatrija u zrcalu medija i javnosti. Medij Istraž. 1998;4(1):61-73.
3. Kazenski zakonik Republike Slovenije. Uradni list Republike Slovenije št. 50/2012.
4. Ocepek J. Delovni terapevt in timsko delo v Zavodu Hrastovec - Trate. Slovenska revija za delovno terapijo. Ljubljana: Društvo in Zbornica delovnih terapevtov Slovenije. 2001;3(1/2):13-6.
5. Pajnkihar M. Teoretične osnove zdravstvene nege. Maribor: Visoka zdravstvena šola; 1999.
6. Praper P. Timsko delo in skupinski proces. In: Mayer J. ed. Skrivnost ustvarjalnega tima. Ljubljana: Dedalus; 2001: 28-9.
7. Ziherl S. Organizacija forenzične psihiatrije v Sloveniji. Ljubljana: Ministrstvo za pravosodje, Ministrstvo za zdravje; 2011.
8. Zupančič BM. Evropska konvencija o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin. Svet Evrope, Ljubljana: IDC Sveta Evrope pri NUK 2000.
9. Živič Z. Multidisciplinarni team – osnova uspešne zdravstvene nege in rehabilitacije. Celostna obravnava bolnika z demenco: zbornik prispevkov. Ljubljana: Spominčica – združenje za pomoč pri demenci; 2001: 84-92.

(ZLO)RABA MOČI V ZDRAVSTVENI NEGI KOT MORALNO-ETIČNI PROBLEM: SPREGLEDANA NEENAKOMERNA RAZMERJA MED PACIENTOM IN NEGOVALNIM OSEBJEM

(Mis)Use of power in health care as a moral and ethical problem: overlooked irregular relations between patient and nursing staff

Hvala Nataša, dipl. m. s., Ferfolja Aleksandra, dipl. m. s.

Psihiatrična bolnišnica Idrija

natasahva@gmail.com

Izvleček

Zdravstvena nega s področja duševnega zdravja je strokovno področje, ki se močno opira na nabor etičnih smernic. Poleg 24-urne prisotnosti in nadzora negovalnega osebja pri vzdrževanju fizičnega zdravja pacientov psihiatrična nega vključuje še obravnavo zapletenega, v najglobljo človekovo intimo segajočega, čustvenega in duševnega zdravja. Vzpostavljanje in vzdrževanje etičnega odnosa do pacienta in njegovih svojcev predstavlja zahteven proces, ki narekuje interdisciplinaren pristop v povezavi s celotnim menedžmentom bolnišnice. Z vseživljenjskim izobraževanjem, zmožnostjo sprejemanja, pripravljenostjo na sodelovanje in povezanostjo bodo vzpostavljeni pogoji za soustvarjanje konstruktivnega ter varnega delovnega okolja.
Ključne besede: moč, etika, zloraba, medicinska sestra, pacient

Abstract

Health care that is dealing with mental health is a professional area, which is strongly based on a compilation of ethical guidelines. Beside 24h presence and control of nursing staff over maintaining patients' physical health it also includes treating a complicated and deeply intimate, emotional and mental health. Restoring and maintaining an ethical relationship towards the patient and his/her family represents a demanding process, which requires interdisciplinary approach that includes complete hospital management. With lifelong learning, ability to accept, willingness to cooperate and connectedness, conditions to create a constructive and safe working environment will be set up.
Key words: power, ethics, misuse, nurse, patient.

Uvod

Zdravstvena nega na področju duševnega zdravja se močno opira na nabor etičnih smernic z namenom, da bi kar najbolj ohranjala standard odličnosti oskrbe pacientov (Hewitt, Edwards, 2006). »Delati dobro« v korist pacienta pomeni izogibati se škodovanju, spoštovati pravice in avtonomijo pacienta ter zagotavljati pravičnost. Omenjeno predstavlja temelj profesionalnega ravnanja in etične odgovornosti medicinskih sester (Kydd, 2011).

Moralno-etične dileme in problemi so v zdravstveni negi običajni zaradi vloge in odgovornosti medicinske sestre, ki jo nosi v kliničnem okolju. Če pride do okoliščin, ki porušijo zaupanje pacienta v dobronamernost izvajalca zdravstvene nege, medsebojni odnos ne bo več izpolnjeval kriterija »dobrega« v etičnem pogledu (Jaušovec, 2009). Strokoven, sodelujoč in zadovoljujoč odnos ter zavedanje moralno-etične vloge negovalnega osebja sta in ostajata pomemben in trajen izziv pri delu s pacienti in njihovimi problemi (Rakovec Felser, 2009).

Posebnost zdravstvene nege pri delu s pacienti, ki trpijo za različnimi duševnimi motnjami, vedenjskimi motnjami in/ali so zapleteni v kompleksne življenjske probleme, je

usposobljenost negovalnega osebja za vzpostavitev medosebnega odnosa, katerega temelj je terapevtska komunikacija. Najmočnejše orodje, ki ga medicinska sestra pri svojem delu lahko uporabi pri spodbujanju pacienta k prevzemanju odgovornosti za lastno zdravje v okviru njegovih zmožnosti in sposobnosti je ona sama s svojimi občutji in čustvi. Bistven pogoj za učinkovitost pri izvajanju zdravstvene nege je, ali medicinska sestra pozna samo sebe, pozna svoje občutke, razume svoje reakcije na te občutke in ve, kako vpliva na vedenje drugih (Bauer, Hill, 1992; Videčnik, 2002).

V prispevku želimo poudariti, da je delo s pacienti, ki imajo različne duševne motnje, zahtevno zaradi intenzivnosti dela, psihičnih in fizičnih obremenitev negovalnega osebja, nenehne in pogosto utrujajoče potrebe po spreminjanju odločitev, prilagajanja in »vlaganja samega sebe« v različne negovalne intervencije. Pogosto se zaposleni pri delu s pacienti z duševno motnjo soočamo tudi z relativno skromnimi rezultati zdravljenja (ponavljajoče se in/ali dolgotrajne hospitalizacije) in majhnimi osebnimi potrditvami (Peterka Novak, et al. 2010). Čeprav naslov prispevka morda vzbuja asociacijo, da se dogajajo nepravilnosti in/ali zlorabe v zdravstveni obravnavi pacientov z duševno motnjo s strani negovalnega osebja, se v prispevku vrst in možnih načinov zlorab samo dotikamo. Zlorabe temeljijo na definicijah moči, ki opisujejo človeške odnose, (zlo)rabo v smislu socialne moči ter v kombinaciji socialnega statusa in telesne moči (Rus Makovec, 2003). Raziskovalno zanimanje v prispevku usmerjamo v iskanje odgovora na vprašanje, kako naj v sodobnem času medicinske sestre spodbujamo okoliščine, ki spoštujejo in podpirajo t.i. moralni pogum, usklajujemo skrb zase, za druge in svet ter kako etično zahtevne situacije spremenimo v »dobro« (Pahor, 2003; Sevenhuijsen, 2003; Lachman, 2012).

Zloraba, moč in medosebna razmerja

Pojem moči, njene rabe in/ali zlorabe, se dotika mnogih področjih našega življenja. Moč se oblikuje v odnosu med ljudmi. (Kavčič, 1996). Pogoj za njen nastanek je razmerje (Lipar, 2004) in sicer med nosilcem moči in tistim, na katerega ta s svojo močjo vpliva. Primer odnosa, v katerem en udeleženec odnosa ne obstaja brez drugega, je odnos medicinske sestre in pacienta. Drug drugega določata in se dopolnjujeta, pri čemer ima zaradi svoje vloge medicinska sestra večjo moč vplivanja (Rus Makovec, 2003).

Zakaj govoriti o moči in njeni rabi v kliničnih okoljih?

Pomembno je poudariti, da je negovalno osebje časovno največ in najdlje ob pacientu, pri katerem neprestano ugotavlja negovalne probleme ter spremembe v zdravstvenem stanju. Omenjeno zahteva strokovna znanja, ogromno poklicnih sposobnosti in spretnosti ter specifične osebnostne lastnosti. Ob dejstvu, da zaposleni na področju psihiatrije posegajo tudi v najglobljo človekovo intimo, pri svojem delu potrebujejo visoke etične in moralne norme ter humanost, ki se prepletajo s prilagodljivostjo na spreminjajoče se in nepredvidljive situacije kliničnega okolja. Ob vsem tem se odpirajo še številna vprašanja pričakovane kakovosti, ki jo determinirajo dejavniki, kot so naraščanje stroškov v zdravstvu, omejevanje zaposlovanja, povečanje obsega administrativnih del, pomanjkanje zadovoljstva zaposlenih s strokovnim delom, zahtevnejši uporabniki zdravstvenih storitev ter spremenjena zakonodaja (Videčnik, 2002; Kores, Plesničar 2010; Ovijač, 2012).

Prav je, da zaposleni dobro poznajo naravo svojega dela, njegove pasti, izvore stalnega stresa pri delu, a tudi možne načine spoprijemanja z njim. Prav je, da prepoznajo svoje odzivanje in reakcije nanj, med njimi pa tudi vse tiste oblike vedenja, ki stres povečujejo. Prav je, da se naučijo izbirati tiste načine obvladovanja stresa, ki so učinkoviti in ki pomembno znižujejo njegove negativne posledice (Rakovec, 2006).

Srečevanje z etičnimi dilemami zaposlene v zdravstveni negi na področju duševnega zdravja spodbuja k razmišljanju kako etična načela v večji meri vgraditi v njihov vrednostni sistem. Posledično to omogoča tudi osebnostno rast. Zastavljanje vprašanj o tem, kaj je bilo dobro, kaj je bilo prav, kaj se lahko naučimo pri svojem delu, daje možnost uvajanja sprememb v profesionalno delo tudi na področju etike (Ramšak Pajk, 2011). Skrbno predelana lastna prepričanja o moči medicinski sestri pomagajo, da v medosebnem odnosu pristopi k pacientu na isti ravni, kjer ni prostora za distanco in hierarhijo. Lahko izkoristi legitimno moč, to je moč vplivanja na druge oziroma pravico in dolžnost odločanja in vplivanja na vedenje drugih (Rus Makovec, 2003). Moč se kreira v situaciji in se podeljuje udeležencem odnosa, vsakemu del. V odnosu do pacientov, ki so na tak ali drugačen način odvisni in šibkejši, je medicinska sestra tista oseba, ki jih lahko bolj zaščiti in jim bolj pomaga (Rus Makovec, 2003; Šmitek, 2004; Orel, 2011; Hanna, Suplee, 2012). Uporabo moči namreč narekuje vsaka negovalna intervencija ter hkrati predstavlja etično zahtevo, dolžnost, obveznost. Na strani medicinske sestre je odločitev, kaj sme narediti v dani situaciji, pri tem pa se mora zavedati, da odločitev pomeni tudi prevzem odgovornosti za sprejeto odločitev (Černoga, Bohinc, 2009).
Razumevanje problema nasilja v medosebnih odnosih določa tudi iskanje rešitev. Pri omenjenem gre pravzaprav za zlorabo moči ter pri določenih oblikah le za nadaljevanje in stopnjevanje nekega konflikta (Gregorc, 2009). Razreševanje z zlorabo moči povezanih neetičnih dogodkov je nujno, saj je lahko z njimi ogrožena varnost in zdravje pacientov (Orel, 2011). Neustrezno reševanje moralno-etičnih problemov na delovnem mestu vpliva na pojav poklicne izgorelosti (Jaušovec, 2009).

Kdaj lahko govorimo o zlorabi moči?

O zlorabi moči v medosebnih razmerjih navadno začnemo govoriti tedaj, ko se razpoložljiva moč enega ali več posameznikov začne uporabljati v destruktivne namene ali z drugimi besedami, ko tisti, ki moč poseduje, poskuša drugo osebo usmerjati in nadzirati in jo preko različnih oblik telesnega in verbalnega nasilja podredi svoji volji in svojim interesom (Evans, 2003). Lahko gre za enkratno dejanje ali ponavljanje zlorabljajočih fizičnih, spolnih, psiholoških ali čustvenih dejanj. Na področju zdravstvenega varstva zloraba moči predstavlja obliko osamljenih incidentov pa vse do razširjenega slabega ravnanja s pacienti in malomarnosti (Rakovec Felser, 2009; Šmitek, 2004).

Gre za nasilno izkazovanje aktivnosti ali nepravično uporabo sile ali moči z namenom poškodovati pacienta, napasti ali z njim grdo ravnati. Sem sodijo vse nasilne, napadalne, škodljive, nezakonite ali v kulturi prepovedane aktivnosti v odnosu do drugih ljudi. Je stanje borbe za moč ali konflikta (International, 2000). V klinični praksi se nemalokrat dogaja »samovoljni prehod« na tikanje, na poimensko naslavljanje žrtve/pacienta brez njegove privolitve, na različne oblike obtoževanja, morda celo sramotenja, zastraševanja ali zasipavanja s prepovedmi in ukazi. Prikrit način verbalne zlorabe se skriva pod krinko »nudenja pomoči«. V tem primeru storilec žrtev pogosto graja, a ji hkrati ponuja svoje usluge in nasvete (Rakovec Felser, 2009). Med dejanja, ki se jih lahko šteje za zlorabo ali nasilje, spada uporaba sile pri hranjenju tako da žrtev bruha ali mučenja, fizična omejitev gibanja s kaznovanjem, da se nekomu odvzame invalidski voziček, bergle ali da se ga slečenega zapre v sobo z namenom zasmehovanja, grobost pri zdravstveni negi in preoblačenju z namenom, da se mu zada bolečine, ignoriranje varovanca z namenom, da bi psihično trpel, neupravičeno dajanje medikamentozne terapije ter opuščanje in podcenjevanje ustreznih ukrepov v smislu preprečevanja poškodb (Močnik, 2009).

Z vidika strokovno odgovorne, kakovostne in etične zdravstvene nege je pomembno, da se izpostavi različne čustvene odzive, ki jih lahko v negovalnem osebju sproži že opisano, spreminjajoče se in zahtevno klinično okolje. Ob stalni preplavljenosti s strahom in jezo, občutki ponižanja in sramu ter občutki izgube kontrole nad situacijo se poveča nevarnost preboja zlorabe moči s strani negovalnega osebja. Pokaže se z nekritičnim vstopanjem v

situacije, ko je pacient pogosto agitiran in/ali se nasilno vede, ali z uporabo neprimernih prijemov, da se ponovno vzpostavi kontrolo. Osebje se lahko sreča z zmanjšano sposobnostjo ustrezne ocene opisane situacije in pravilnega reagiranja v takih primerih (Dernovšek, 2009; Pukl Gabrovšek, 2011).

Zloraba moči v zdravstvenih institucijah pomeni, da so bili morda uporabniki teh storitev prizadeti ali oškodovani dolgoročno in/ali usodno. Za nekatere ljudi so napake s strani ljudi nepopravljive (Rus Makovec, 2003).

Moč za konstruktivno ravnanje

Morala in etika označujeta pogled na življenje. Vsebujeta dve prvini: zavest o tistem, kar je za človeka dobro, in zavest o dolžnostih, ki jih mora človek prevzeti nase. Odgovornost za pacienta kot sestavina skrbi je zaželena in pričakovana samoiniciativna kakovost posameznega izvajalca zdravstvene nege. Moralna odgovornost je individualna in izhaja iz etičnega subjekta samega. Zavedanje pomembnosti odnosa do drugega je v negovalnem osebju možno privzgojiti ali sprožiti (Šmitek, 2004; Orel, 2011; Hanna, Suplee, 2012).

Negovalno osebje mora pravilno prepoznati in upoštevati kontratransfer kot katero koli čustveno reakcijo terapevta/medicinske sestre na pacienta. Sodobne razlage poudarjajo vpliv kontransferja pri oblikovanju, vzdrževanju in poglabljanju odnosa. Ob dejstvu, da je vsak človek oseba s svojo zgodovino, s svojimi spomini, zapleti in frustracijami iz otroštva, je pričakovati, da se bo vsak član negovalnega osebja kot osebnost tudi čustveno odzival in odgovarjal na čustvena stanja in vedenja pacienta. Kontratransferne reakcije kot posledica nepredelanih vsebin terapevta/medicinske sestre lahko medosebni odnos upočasnijo, zaustavijo ali celo uničijo. Z neprepoznanimi ali zanikanimi občutki ter nezmožnostjo, da se občutke lahko deli z drugimi, se namreč pri osebju lahko poveča tveganje za nastanek agresivnih prebojev (Mrevlje, 1997; Pukl Gabrovšek, 2011).

Kljub temu, da imajo medicinske sestre svoj lasten moralni kompas in se ravnajo po svojih lastnih etičnih prepričanjih, to včasih ni dovolj. Vztrajanje pri nujno potrebni nedvoumnosti za razumevanje etičnih načel, to je načel avtonomije, dobronamernosti, neškodovanja in pravičnosti znotraj lastne stroke in ponovno ovrednotenje obstoječih znanj in pristopov na področju etike, lahko poveča stopnjo občutljivosti na dogodke in ravnanja (Kydd, 2011). Tako okrepljen posameznik dogodkov v prihodnje ne bo več obravnaval, kot da »se ni nič zgodilo« in/ali kot »običajen dogodek«, temveč jim bo znal pripisati tudi pozitivni ali negativni vrednostni pomen. Moralni pogum medicinske sestre se izkaže ob pripravljenosti za delo v skladu s posameznikovim etičnim prepričanjem tudi takrat, ko so morda moralna prepričanja ogrožena ne glede na zaznana dejanska tveganja (Lachman, 2012). Ovire, s katerimi se negovalno osebje srečuje v moralno stresnih situacijah, lahko predstavljajo institucionalne omejitve ali pa je njihovo razmišljanje in ravnanje v nasprotju z moralno-etičnim razmišljanjem nekaterih sodelavcev (Radzvin, 2012).

Glede čustvene kapacitete osebja (sposobnost empatije, zmožnost ustreznega odzivanja v smislu razumne podpore in topline) se odpira vrsta vprašanj, nanašajočih se na to, koliko in v kakšni obliki sta mu v zdravstvu zagotovljeni vzajemna pomoč in podpora, kam lahko odlaga svoje stiske in koliko so zdravstvene ustanove, še posebej najodgovornejši, dovzetni za težave zaposlenih v zdravstveni negi (Duffy, Brewer, 2012). To ni pomembno le zato, da bi zaposleni vzpostavili kontrolo nad samim seboj in zmogli usmerjati samega sebe, temveč tudi, da bi osvobojeni slepih peg zmogli manj obremenjeno zaznavati tudi delavno okolje ter v njem biti ne le vir, pač pa tudi objekt socialnega suporta (Rakovec Felser, 2006). Delodajalec oziroma zdravstvene organizacije zato niso zavezane le k spodbujanju pacientove blaginje ter zagotavljanju okolja, kjer se paciente obravnava spoštljivo in dostojanstveno, ampak nosijo tudi odgovornost do svojih zaposlenih, tako da izvajajo nadzor, nudijo podporo in

usposabljajo zaposlene za doseganje standardov obravnave. Pravilno delovanje kadrovskih politik omogoča, da je osebje seznanjeno s standardi. Posebno pozornost se posveča zaposlovanju in izboru, indukciji, poskusni dobi ter povratni informaciji zaposlenih. Zaradi kompleksnosti dela je danes v zdravstvenih organizacijah nemogoče nadzorovati vsakega zaposlenega in poznati vseh del, ki se jih opravlja. Ključnega pomena ali »nekakšen globlji kompas« so zato vrednote, na katerih gradi organizacija. Ni pomemben samo ocenjevalni vidik, pomembno je tudi, kaj organizacija in njeni ljudje cenijo, vrednotijo kot pozitivno, zaželeno in vredno truda (Musek Lešnik, 2008). Higiena etičnega razmišljanja je integrirana med strateškimi cilji organizacije (Sevenhijunsen, 2003).

Zaključek

Pozornost prispevka je namenjena etiki in skrbi, ki sta še posebej ranljivi v smislu razmerij med osebo, ki izvaja skrb, in tistim, ki je je deležen. Prispevek je namenjen negovalnemu osebju, njihovem odnosu in zmožnosti obvladovanja lastnih čustvenih odzivov ob večinoma stalni, predvsem pa vsakodnevni, 24-urni izpostavljenosti tujim pričakovanjem, potrebam, zahtevam in pritiskom. Vsesplošne človeške reakcije, kot so strah, jeza, občutek ponižanja in sramu, predvsem pa neprepoznavanje ali celo zanikanje teh človeških reakcij, povečujejo tveganje, da v situacije vstopamo nepremišljeno, morda tudi z uporabo zlorabe moči.

Na psihiatričnih oddelkih, kjer so pogosta stanja agitiranosti z nasilnim vedenjem, obstaja nevarnost, da se poveča toleranca do nasilja. Prizadevanja naj bi šla v smeri ničelne tolerance do nasilnega vedenja ter v smeri spodbud, prepoznavanja in beleženja takega vedenja na vseh nivojih organizacije, bodisi med zaposlenimi, med zaposlenimi in odjemalci ali med odjemalci samimi. Poleg rednega izobraževanja in nudenje podpore vsemu osebju v obliki timskih sestankov se zdi nujno vpeljati v zdravstvene ustanove tudi prirejene oblike dela v Balintovih skupinah za predelavo kontransferja pri delu s pacienti in omogočiti zdravstvenim delavcem, ki nimajo zmožnosti prepoznati in tolerirati lastnih, prej opisanih občutkov, da se zaposlijo na delovnih mestih, kjer so manj izpostavljeni delu z agitiranimi in/ ali agresivnimi pacienti. Prizadevanja naj bi šla tudi v smeri vplivanja na zmanjševanje tolerance do izpostavljenosti negovalnega osebja nasilju na delavnem mestu, ki ga predstavlja vsak dogodek, v katerem so zaposleni v zdravstveni negi ozmerjani, ogroženi ali fizično napadeni v situacijah, povezanih z njihovim delom, vključno z neposrednim in posrednim ogrožanjem njihove varnosti, dobrobiti in zdravja (Videčnik, 2002).

Reševanje etičnih dilem v povezavi z zlorabo moči, kjer se predpostavlja, da so v ozadju specifični konflikti ali obremenjujoče situacije, narekuje potrebo po interdisciplinarnem pristopu v povezavi s celotnim managementom. Z vseživljenjskim izobraževanjem, zmožnostjo sprejemanja, pripravljenostjo na sodelovanje in povezanostjo bodo vzpostavljeni pogoji, da si bomo prenehali zatiskati oči ter zmanjšali možnosti za nekonstruktivne prepire o tem, kdo je kriv oziroma kdo nima pojma. Vlaganje v konstruktivne odnose do drugih se namreč v zdravstveni negi vedno splača, ker tistega, ki to zmore, notranje izpopolni in daje njegovemu bivanju večji občutek smiselnosti (Rus Makovec, 2003) ali kot pravi Pahorjeva (2003): »Olajšanje dovoljuje zavezanost, smiselnost, dostopnost drugim, odpira možnosti opraviti z zahtevami življenja, moč za obstoj.«

Literatura

1. Bauer BB, Hill SS. Načrtovanje zdravstvene nege in postopki. Pot v mentalno zdravje. Ljubljana: Samozaložba; 1992: 9.
2. Černoga A, Bohinc M. Profesionalna in etična odgovornost medicinske sestre. Obzor Zdr Neg. 2009;43(3):223-8.
3. Peterka Novak J, Bregar B, Možgan B, Vajda A. Dejavniki, ki povzročajo stres pri zaposlenih v psihiatrični zdravstveni negi. In: Bregar B, Peterka Novak J, eds. Zbornik

prispevkov z recenzijo Kako zmanjšati stres in izgorevanje na delovnem mestu. Seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, Ljubljana, 12. november 2010. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2010: 24-9.

4. Drnovšek ZM. Prepoznavanje in preprečevanj nasilnih vedenj in njihovih posledic v službah za duševno zdravje v skupnosti. Ljubljana: Izobraževalno raziskovalni inštitut Ozara Ljubljana; 2009: 2-4.
5. Duffy JR, Brewer BB. Feasibility of a multi institution collaborative to improve patient-nurse relationship quality. J Nurs Adm. 2011;41(2):78-83.
6. Evans P. Controlling people: how to recognize, understand, and deal with people who try to control you. Massachusetts: Adam Media Store; 2003: 210-30.
7. Gregorc C. Reševanje konfliktov: medicinske sestre, zdravniki. Obz Zdr Neg. 2009;43(3):155-62.
8. Hanna AF, Suplee PD. Don't cross the line: respecting profesional boudaries. Nursing. 2012;42(9):40-7.
9. Hewitt J, Edwards S. Moral perspectives on the prevention of suicide in mental health settings. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2006;13(6):665-72.
10. Pukl Gabrovšek V. Kontratransfer pri delu z osebami z demenco v agitiranem stanju. In: Kogoj A, Strbad M, eds. Zbornik prispevkov 7. psihogeriatričnega srečanja, Rogaška Slatina 12. – 13. maj 2011. Ljubljana: Spominčica – Združenje za pomoč pri demenci, Psihiatrična klinika Ljubljana; 2011: 82 – 6.
11. International classification for nursing practice. Beta verzija. Maribor: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, Zbornica zdravstvene nege Slovenije; 2000: 627–32.
12. Jušovec P. Psihofizično izgorevanje iz vidika etike. In: Kvas A, ed. Zbornik predavanj z recenzijo Pravno etične dileme – izziv za profesijo zdravstvene nege, Velenje 16. oktober 2009. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji; 2009: 51-9.
13. Kores Plesničar B. Pomen agresije v zdravstvenih ustanovah. In: Bregar B, Peterka Novak J, eds. Zbornik prispevkov z recenzijo Kako zmanjšati stres in izgorevanje na delovnem mestu. Seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, Ljubljana, 12. november 2010. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2010: 27-30.
14. Kiger AM. Teorije etike v zdravstveni negi. In: Skela Savič B, et al., eds. Zbornik prispevkov 4. šola za klinične mentorje Napredna znanja za kakovostno delo s študenti zdravstvene nege - poklicna etika in profesionalni razvoj, Jesenice, 13. 9. 2011-15. 9. 2011. Jesenice, Visoka šola za zdravstveno nego; 2011: 31-8.
15. Kydd A. Vrste odgovornosti medicinskih sester. In: Skela Savič B, et al., eds. Zbornik prispevkov 4. šola za klinične mentorje Napredna znanja za kakovostno delo s študenti zdravstvene nege - poklicna etika in profesionalni razvoj, Jesenice, 13. 9. 2011-15. 9. 2011. Jesenice, Visoka šola za zdravstveno nego; 2011: 39-45.
16. Lipar M. Moč kot dvosmerni organizacijski proces [Diplomsko delo]. Univerza v Ljubljani: Ekonomska fakulteta; 2004: 40-2.
17. Mlinšek A. Etičnost razmišljanja in diskriminacija v zdravstveni negi. Revija za univerzalno odličnost. 2012;1(1):20–9.
18. Močnik M. Zloraba in nasilje varovancev v posebnem socialnem zavodu z vidika dela medicinske sestre. In: Poček U, ed. Zbornik prispevkov Nasilno vedenje v duhu novih praks, Ljubljana, 6. november 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2009: 17-25.

19. Mrevlje G. Obravnava bolnikov z nevrotskimi, stresnimi in somatoformnimi motnjami ter njih priprava na zdravljenje. In: Brinšek B, Stamos V, eds. Zbornik Nevrotske, stresne in somatoformne motnje v splošni medicini in psihiatriji, Begunje, 24. in 25. maj 1996. Begunje: Psihiatrična bolnišnica; 1997:105-14.
20. Musek Lešnik K. Vrednote, poslanstvo in vizija podjetja: organizacijske vrednote, poslanstvo in vizija podjetja kot jedrni elementi strateškega managementa. Koper: Fakulteta za management; 2008:69-125.
21. Orel D. Spoštovanje načela avtonomije, dobronamernosti, neškodovanja v psihiatrični zdravstveni negi. In: Skela Savič B et al, eds. Zbornik prispevkov 4. šola za klinične mentorje Napredna znanja za kakovostno delo s študenti zdravstvene nege - poklicna etika in profesionalni razvoj, Jesenice, 13. 9. 2011-15. 9. 2011. Jesenice, Visoka šola za zdravstveno nego; 2011: 104-14.
22. Ovijač D. Medpoklicno sodelovanje in etika v zdravstvu. Obzor Zdr Neg. 2012;46(4):297-301.
23. Pahor M. Moč za pomoč: viri etičnega odločanja pri medicinskih sestrah. Teorija in praksa. 2003;40(6):1127–42.
24. Radzvin C. Moral distress certified registered nurse anestetisc implication for nursing practic AANJ. 2011;79(1):39-45.
25. Rakovec Felser Z. Pojav izgorevanja med zdravstvenim osebjem. Obzor Zdr Neg. 2006;40(3):143-8.
26. Rakovec Felser Z. Zloraba moči in nasilje v medosebnih razmerjih Obz Zdr Neg. 2009;43(1):37-43.
27. Ramšak Pajk J. Etični vidiki terapevtske komunikacije. In: Skela Savič B, et al, eds. Zbornik prispevkov / 4. šola za klinične mentorje Napredna znanja za kakovostno delo s študenti zdravstvene nege - poklicna etika in profesionalni razvoj, Jesenice, 13. 9. 2011-15. 9. 2011. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2011: 21-30.
28. Rus Makovec M. Zloraba moči in duševne motnje ter poti iz stiske. Ljubljana: Cankarjeva Založba; 2003: 15-37, 140-7.
29. Rus Makovec M. Dva konteksta izraza »družinska terapija« specifična paradigma in psihoterapevtska modaliteta. Anthropos. 2006;38(1/2):161-72.
30. Šmitek J. Filozofija, morala in etika v zdravstveni negi. Obzor Zdr Neg. 1998;32(3/4):127-38.
31. Videčnik I. Psihična obremenitev medicinske sestre pri delu s psihiatričnim bolnikom. In: Kores Plesničar B, ed. Zbornik predavanj. 2 Dnevi mariborske psihiatrije, Maribor, 21. junij. Maribor: Splošna bolnišnica; 2002: 23-34.
32. Sevenhuijsen S. Prostor za skrb. Pomen etike skrbi za socialno politiko. In: Sevenhuijsen S, Švab A, eds. Labirinti skrbi: pomen perspektive etike skrbi za socialno politiko. Ljubljana: Mirovni inštitut, Inštitut za sodobne družbene in politične študije, 2003: 13-40.

STAROSTNIK NA FORENZIČNI PSIHIATRIJI

Elderly patient at forensic psychiatry

Suzana Smovnik, dipl. m. s.

Univerzitetni klinični center Maribor, oddelek za psihiatrijo

igor.smovnik@telemach.net

Izvleček

V prispevku je govora o nekaterih posebnostih starejših pacientov z duševno motnjo, ki se zdravijo na Enoti za forenzično psihiatrijo. Zaradi različnih zahtev posameznih pacientov in upoštevanja pravil, ki veljajo na področju zdravstvene nege, so pri starostnikih potrebni posebni pristopi. Opisane so aktivnosti, pri katerih pacienti velikokrat ne reagirajo v skladu s pričakovanji osebja. Te aktivnosti so večinoma povezane s telesno nego pacienta, gibanjem, komunikacijo in prostim časom. Predstavljeni so predlogi in razmišljanja, ki nam lahko pomagajo pri delu s starostniki, te pa je možno posplošiti tudi na druge paciente.
Ključne besede: starostnik, zdravstvena nega, komunikacija

Abstract

This contribution focuses on special needs of older psychiatric patients, who are treated at unit for Forensic Psychiatry. Because different patients have different requirements and nursing rules have to be followed, older patients need special approach. Activities which mostly result in unwanted responses of the patients are described. Such activities are often connected to body care, physical activity, communication and free time. Helpful suggestions and thoughts for working with older patients are presented, which can be also used with other patients.
Keywords: older patients, nursing, communication

Uvod

V zadnjem času posvečamo veliko pozornosti procesom, ki so povezani s staranjem, zdravjem in boleznimi v tem obdobju. Smo v obdobju, ko se življenjska soba iz leta v leto podaljšuje. Spremenila se je tudi starostna sestava. Delež starejših je vse večji. Vedno večji delež starejših v splošni populaciji pa je tudi vzrok za naraščanje duševnih motenj v starosti, ki pa ostanejo pogosto neprepoznane in nezdravljene. Duševne motnje v starosti so lahko nadaljevanje duševnih motenj iz mlajših življenjskih obdobij (npr. shizofrenija, bipolarna afektivna motnja, depresija, nevrotske ali somatoformne motnje) ali pa so posledica novo nastalih duševnih motenj v starosti (npr. demenca, delirij, depresija in druge organsko pogojene duševne motnje v starosti) (Muršec, 2011).

Število pacientov z duševnimi motnjami tako doma kot v tujini narašča hitreje kot katera koli druga skupina pacientov (Bregar, 2014). Število pacientov v Enoti za forenzično psihiatrijo Oddelka za psihiatrijo UKC Maribor narašča. Sorazmerno se tako povečuje tudi delež starejših pacientov, zato se bomo tudi v prihodnje pogosteje srečevali s starejšimi pacienti, katerih potrebe so pa nekoliko drugačne kot pri mlajših pacientih. V starosti se namreč nekatere duševne funkcije (še posebej kognitivne) spremenijo. Spremembe se razlikujejo pri vsakem posameznem starostniku in so odvisne od intelektualnih sposobnosti posameznika, okolja, preteklih izkušenj in pridobljenih znanj. Izjemno pomembna je tudi genetika, ki neposredno vpliva na duševno staranje posameznika. Spomin je pri duševno zdravih starostnikih dolgo ohranjen, upočasnijo pa se miselni procesi, zmanjša se tekoče govorjenje, težje je abstraktno razmišljanje, logičnost in selektivnost informacij (Muršec, 2011).

Pričakujemo, da se pacienti na oddelku prilagodijo in naučijo živeti po oddelčnem redu in pravilih, delijo sobo s sopacienti in sprejemajo njihovo včasih moteče vedenje (Zidarič, Štiglic, Nunčič, 2011). Od vsakega posameznega pacienta je odvisno, kako doživlja sebe in svojo okolico, ali se počuti ogroženega, kaj misli, kje se nahaja in zakaj je tukaj, in kako doživlja sedanjo situacijo. Na osnovi empatije, svojih opazovanj, izkušenj drugih zaposlenih s pacientom in izmenjavi mnenj v timih si lahko pripravimo načrt pristopa do pacienta na oddelku. Prav pa je, da pacient začuti, da ga obravnavamo kot celega človeka.

Starostnik z duševno motnjo na forenzičnem oddelku

Starostnik z duševno motnjo ima veliko posebnosti in pogosto na začetku zdravljenja ne sodeluje. Lahko blodi, ga je strah, je nezaupljiv, odklonilen, jezen, nerazpoložen, žalosten brezvoljen, se počuti otožnega, ima bolečine, ne vidi potrebe po osebni higieni, hrani, zdravilih, tekočini, gibanju in podobno. Z vsemi svojimi posebnostmi se težje prilagaja novim navadam, hišnemu redu in novi družbi (Smovnik, 2002). Pristopi k pacientu so zato lahko različni, saj je veliko odvisno ne le od samega telesnega, ampak tudi duševnega počutja pacienta v danem trenutku. Bernhard Shaw je nekoč rekel: »Edini človek, ki se razumno obnaša, je moj krojač. Vsakokrat, ko pridem k njemu, mi na novo vzame mero, medtem ko vsi drugi vedno uporabljajo stare mere v prepričanju da še vedno veljajo.« Če to prenesemo na človeka z duševno motnjo, bi lahko trdili, da bi morali vsakič, ko ga srečamo, vedno na novo jemati »mero«, se pravi, vedno znova ugotavljati, v kakšnem stanju se nahaja, potem npr. zakaj obtožuje svojo sosedo, zakaj občasno postane agresiven, zakaj je žalosten, zakaj se tako vede in podobno. Izključno s pomočjo biografije pacienta lahko ugotovimo, zakaj se pacienti vedejo na tak ali drugačen način. Tudi to so načini dela, ki prispevajo k bolj mirnemu in zadovoljnemu počutju pacientov (Hülsen, 2007).

Ker se duševne funkcije lahko z leti nekoliko spremenijo, si veliko starejših ljudi ustvari dnevni ritem. To jim pomaga pri opravljanju vsakodnevni aktivnostih, ki jih prilagodijo okolju in svojim zmožnostim. Ne zmorejo več mimogrede oditi po nakupih ali k zdravniku. Potrebno je načrtovanje. Z bivanjem na oddelku je lahko moten dnevni ritem pacienta, ki ga je bil vajen v domačem okolju. Za starejšega pacienta je pomembno, da nekatere stvari tečejo po ustaljenih ritmih, da spremembe niso preveč pogoste (Smovnik, 2011).

Pri starejših pacientih se lahko pojavi nezainteresiranost za telesno nego in skrb zase, saj v starosti opešajo mehanizmi samonadzora. Zaradi pešanja vida in vonja tako npr. ne opazijo več madežev ali neprijetnega vonja, nekateri se pozabijo umiti ali ne občutijo potrebe po umivanju, lahko pa se počutijo preslabotne, da bi si upali stopiti sami v prho. Izvajanje negovalnih intervencij terja od zdravstvenega delavca veliko posluha za njegove navade, diskretnost in vztrajnost pri izvajanju. Pogosto se dogaja, da naša merila prenašamo na starega človeka. Nekoč so se npr. kopali največ 3–4 tedensko in pri tem so se običajno v isti vodi zvrstili najprej starši in nato otroci. Spodnje perilo so menjali enkrat tedensko, imeli so eno nedeljsko in dva para delovnih oblek. In čeprav je to za nas dandanes nepredstavljivo, ne smemo od starih ljudi pričakovati ali zahtevati, da se prilagodijo našim predstavam, in jih skladno s tem vsak dan tuširati ali jim oblačiti sveže spodnje perilo in obleko (Hülsen, 2007).

Vsaka stroka ima svoje specifične metode komuniciranja. Komunikacija je sestavni del zdravstvene nege. Medicinska sestra in zdravstveni tehnik komunicirata s pacientom ciljno, direktno, jasno, odgovorno, iskreno in pozorno. Pozornost polagata tako na besedno kot nebesedno komunikacijo. Za takšno komunikacijo je pomembno poznavanje pacienta, problema, iskreno sprejemanje sogovornika, aktivno poslušanje ter objektivno sporočanje dejstev. Med pogovorom smo spoštljivi in obzirni. Cilj profesionalne komunikacije je medsebojni odnos, v katerem bo pacient brez strahu in zadržkov sporočal svoje potrebe, želje in pričakovanja (Smovnik, 2002). V ozir je treba vzeti tudi, da če ima pacient težave pri prepoznavanju in razumevanju, ima lahko tudi probleme v komunikaciji. V starosti so pogosti

konflikti, nesporazumi in jeza. To vpliva na vedenje starostnikov oziroma na naše razumevanje njihovih reakcij. Za takšno vedenje je potrebno iskati vzroke. Velikokrat jih najdemo v biografiji posameznika, saj ima vsako vedenje, naj bo še tako nenavadno. Zato je pomembno, da se pri delu s starejšim pacientom ravnamo po nekaterih naslednjih principih:

- Preverimo vid in sluh pacienta;
- Sedimo nasproti pacienta, da nas lahko vidi;
- Ko se pogovarjamo s pacientom, se je treba pogovarjati z njim kot z enakovrednim sogovornikom, zato ga ne prekinjamo;
- Imamo ustrezen glas, primeren situaciji. Višina glasu je pomemben dejavnik pri delu z pacienti;
- Včasih z neverbalnim obnašanjem kažemo nekaj drugega od tega, kar govorimo;
- Vsebine v našem govoru naj bodo jasne. Stavki ne smejo biti dolgi, dvoumni in ne smejo vsebovati dveh vprašanj v enem stavku;
- Govorimo jasno in razločno. Ne mrmramo predse ali govorimo, medtem ko hodimo. Ustavimo se. Pogledamo pacienta in mu odgovorimo z jasnimi besedami. Navodila naj bodo jasna in kratka. Pacientu damo čas za odgovor ali dejanje, da se lahko odzove;
- Smo odločni, nismo nejevoljni, temveč iskreni;
- Včasih je dovolj, če položimo roko na roko, da se nekdo pomiri;
- Dotiki so pomembna tehnika, ki nam ob pravilni uporabi pomaga pri delu s starimi ljudmi (vendar ne le pri njih). V procesu staranja se vid in sluh poslabšata, sposobnost besednega izražanja je slabša, zato je pomembno, da staremu človeku z rahlim potiskom položimo dlan na ramo, ko ga neposredno nagovarjamo. Pri tem se moramo zavedati, da vsak človek ni naklonjen vsem vrstam dotikov. Najbolje je, če sami poznamo svojo vrsto dotika, če vemo, kako želimo, da se nas dotikajo drugi. Tako pri drugem človeku lažje razumemo zavračanje našega dotika. Dotiki so nekaj zelo intimnega, lahko širijo zaupanje ali pa strašijo. Ljudje imajo individualen, natančen občutek za to, kako blizu jim lahko nekdo pride. Zelo pomembna točka pri vzpostavljanju odnosa je pravilna razdalja do drugega. Toda kaj je pravilno? Ne moremo govoriti, kaj je pravilno in kaj napačno. Vedeti moramo, kakšno osebno razdaljo si sami želimo, kajti le tako lahko predvidimo, ali smo preblizu sogovorniku;
- Vzpostaviti je treba stik z očmi, ki naj bo na enaki višini oči. S tem drugemu signaliziramo, da mislimo njega. Gledamo z naklonjenostjo, ne smemo buljiti v njega (če ne zmoremo, se ne lotevajmo očesnega stika), obenem se morebiti rahlo dotaknemo njegove roke ali rame, tako da sogovornik začuti naš interes in ve, da nagovarjamo njega. To vliva zaupanje, prizadeta oseba opazi, da jo upoštevamo, zato tak način komunikacije deluje pomirjajoče;
- Ponavljanje pomeni, da sogovornik še enkrat ponovi smisel tega, kar je povedal pacient in po možnosti uporablja iste ključne besede. Mnogim je v tolažbo, če svoje besede še enkrat slišijo od drugih. Sogovornik mora biti pozoren na barvo glasu in melodijo govora;
- Uporabimo ekstreme, kar pomeni, da pozivamo sogovornika , naj raje razmišlja o neki drugi situaciji, ki je bila bodisi slabša bodisi lepša zanj;
- Uporabljamo stavke, ki se začnejo s vprašalnicami kdo, kaj, kako, kdaj, kje. S temi vprašanji izražamo svoje zanimanje in dajemo občutek, da so njihove izjave pomembne. Izogibati se je potrebno vprašanj, ki se začno z vprašalnicama, kot sta npr. zakaj ali kako to. Te besede zahtevajo utemeljitev;
- Pomembna je pohvala, ki naj nadomesti neprestano popravljanje napak. Zelo jih prizadenemo, če jih nenehno opozarjamo na njihove pomanjkljivosti (Hülsen, 2007).

Vsi poznamo situacije, ko imamo besedo na jeziku pa je ne moremo izgovoriti, ali pa se določene besede ne spomnimo. Če nas vsakokrat opozorijo na našo pomanjkljivost, nam postane mučno. Če nas opozarja vedno ista oseba, se je bomo v prihodnje izogibali. Star

človek si ne more izbirati sogovornikov. Če ga bomo vsakič popravljali, bo sčasoma vedno manj govoril (Hülsen, 2007).

Nikomur ni vseeno, če pacienti zgolj ždijo in sedijo ali pa samo dremajo, spijo in čakajo. Z gibanjem posameznik ohranja socialno komunikacijo, vzdržuje samostojnost pri vsakodnevnih aktivnostih (npr. dobra gibljivost prstov nam omogoča večjo samostojnost pri hranjenju, oblačenju), izboljša orientacijo, prepreči poškodbe, preležanine, kontrakture in pozitivno vpliva na prebavo in spanje (Smovnik, 2002). Seveda imajo pacienti v Enoti za forenzični psihiatrijo omejeno gibanje izven prostorov, vendar se lahko paciente spodbuja k zmerni telovadbi na oddelku, ki naj vključuje dihalne vaje, kroženje z rokami, rameni, premikanje glave, dvigovanje kolen. Pomembne so še vaje s prsti, ki izboljšajo gibljivost sklepov prstov in sklepa palca, vaje za gibljivost zapestja, gležnjev. Pacient med izvajanjem vaj sedi na stolu ali vozičku pri mizi. Pomanjkanje fizične in psihične aktivnosti pri pacientih vodi v dolgočasje ali prezaposlenost z lastno boleznijo ali nastalo situacijo. Prosti čas naj bo izpolnjen s smiselnimi dejavnostmi. Pri pacientih se morajo telesne aktivnosti menjavati z duševnimi in obratno.

Vsak pogovor, vsak film in številna druga vsakodnevna opravila zahtevajo našo koncentracijo in odzivanje. Pri motnjah koncentracije lahko tudi stvari, ki smo jih prej delali »avtomatično«, ne zmoremo več. Starostnik na oddelku je mogoče oseba, ki se lahko koncentrira le kratek čas in se bodo odzival le, če ga ne bo strah ali/in če ne bo izpostavljen velikemu stresu. Zanj so bolj primerni enostavnejši pogovori, obujanje preteklih spominov, igranje družabnih iger, trening spominjanja (križanke, pregovori, ime, žival, igra Memori ipd.), glasbene dejavnosti, pripovedovanje, kako je bilo včasih itn.

Zaključek

Obravnava pacientov v Enoti za forenzično psihiatrijo z vidika zdravstvene nege ni tako enostavna. Zaposleni v zdravstveni negi sodelujejo v timu, kjer se prepletajo zdravstvene potrebe s pravosodnimi pravili. Pomembno vlogo pri ohranjanju kvalitete življenja starostnikov na oddelku imajo torej tudi zaposleni v zdravstveni negi. Delo s starejšimi ljudmi zahteva od zaposlenih ne le strokovno usposobljenost, temveč tudi empatijo, potrpežljivost, prijaznost in razumevanje.

Literatura

1. Bregar B. Profesionalne vloge zaposlenih v zdravstveni negi pri podpori pacientu z duševno motnjo. In: Bregar B, Loncnar D, eds. Podpora pacientu pri obvladovanju duševne motnje: zbornik prispevkov z recenzijo, Ljubljana, 8 april 2014. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana in zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2014: 9–16.
2. Muršec M. Značilnosti duševnih motenj v starosti. In: Kores Plesničar B, ed. Duševno zdravje in zdravstvena nega. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede; 2011; 68-79.
3. Smovnik S. Vloga medicinske sestre pri duševnih motnjah starostnikov [diplomska naloga]. Maribor: Univerza v Mariboru; 2002.
4. Smovnik S. Zdravstvena nega starostnikov z duševno motnjo. In: Kores Plesničar B, ed. Duševno zdravje in zdravstvena nega. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede; 2011; 80-9.
5. VAN Hülsen A. Zid molka: oblike dela z osebami z demenco na primeru validacije in drugih novih teorij. Logatec: Firis Imperl & Co; 2007.

6. Zidarič M, Štiglic V, Nunčič P. Zdravstvena nega pacientov s shizofrenijo in zdravstvene nega pacientov z motnjo razpoloženja. In: Kores Plesničar B, ed. Duševno zdravje in zdravstvena nega. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede; 2011: 60–8.

Objavljeni prispevki, ki niso v programu strokovnega srečanja

DEJAVNIKI, KI VPLIVAJO NA OHRANJANJE ČLOVEKOVEGA DOSTOJANSTVA

Factors, affecting the preservation of human dignity

Andreja Avguštin Majcen, dipl. m. s.

UKC Maribor, Oddelek za psihiatrijo

andreja.avgustin@gmail.com

Izvleček

Zaradi napredka v medicini se podaljšuje življenjska doba prebivalstva, s tem pa se veča delež starejše populacije. Ker so za to skupino značilne raznorazne kronične bolezni, postaja skrb za to skupino eden glavnih javnozdravstvenih izzivov 21. stoletja. Ljudje s kroničnimi boleznimi živijo dlje in umiranje je bolj zapleteno kot nekoč. Posledično pa se obenem briše tudi meja med prebolevanjem napredovane neozdravljive bolezni in umiranjem. Z namenom, da postane pacientovo prebolevanje neozdravljive bolezni kakor tudi preživljanje zadnjega življenjskega obdobja bolj znosno in dostojanstveno, se je razvila nova veja v zdravstvu – paliativna oskrba. Avtorica v strokovnem prispevku predstavi osnove paliativne oskrbe in izpostavi razlike med paliativno oskrbo in hospicem, obenem pa povzame stanje paliativne oskrbe na oddelku psihiatrije v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor. V nadaljevanju se poglobi v dejavnike, ki prispevajo na ohranjanje človekovega dostojanstva v procesu paliativne zdravstvene nege. Pri tem se poleg obravnave telesnih simptomov pacientov osredotoči na dostojno sporočanje slabih novic, odločanje, poslavljanje in umiranje.
Ključne besede: paliativna oskrba, dostojanstvo

Abstract

The advances in medicine allow further and further aging of the general population, which on the other hand tends to become the challenge of the 21st century in public health. People with chronic diseases live longer and dying has become more complicated than ever. The thin line between overcoming a progressed incurable disease and dying is more and more blurred. In order to make the patients' overcoming of an incurable disease as well as his living in the final stage of life more bearable and dignified, a new branch of health care was developed, called palliative care. In this article the author introduces the basics of palliative care and makes the distinction between palliative care and hospice care. Later on, she describes the level of implementation of palliative care in the Department of psychiatry in the Clinical center of Maribor. Finally the author breaks down the factors that affect the preservation of human dignity in the process of conducting palliative care. Besides physical symptoms she focuses on a dignified way of bringing bad news to the patient, decision making, saying goodbye and passing away.
Keywords: Palliative Care, Dignity

Uvod

Paliativna oskrba (PO) je obravnava pacienta z napredovano, praviloma neozdravljivo boleznijo, ko je pričakovano preživetje omejeno na nekaj mesecev oz. nekaj let. Glavni cilj paliativne zdravstvene nege je ohraniti kakovost življenja, ne pa samo zdravljenje simptomov. Po definiciji Evropske zveze za paliativno oskrbo naj bi paliativna oskrba poleg pacientovih potreb upoštevala tudi potrebe njegove družine pred pacientovo smrtjo in po njej (Lunder, 2011).

V zadnjih letih je v svetu opazen trend uveljavljanja paliativne oskrbe tudi pri pacientih s težkimi, a ozdravljivimi boleznimi, saj človekovo dostojanstvo in načelo, da nikomur ni potrebno trpeti bolečine, vedno bolj pridobiva na veljavi.

Ob tem velja potegniti ločnico med paliativno oskrbo in oskrbo po sistemu Hospic. Slednja nastopi praviloma, ko vsaj dva neodvisna medicinska strokovnjaka potrdita, da je pričakovana življenjska doba pacienta do šest mesecev in ko se izpolnijo kriteriji za prenehanje zdravljenja simptomov. Meja šestih mesecev je okvirna, zato je treba vrsto oskrbe prilagajati posameznemu primeru in okoliščinam.

Za razliko od Hospica je paliativna oskrba je vpeljana v sistem zdravljenja tudi na Oddelku za psihiatrijo v Univerzitetnem kliničnem centru (UKC) Maribor.

Paliativna oskrba na Oddelku za psihiatrijo v UKC Maribor

Zaradi mešane populacije na Forenzični psihiatriji in pa seveda tudi vedno starejše populacije na psiho-geriatriji je ta nova veja medicine (s katero se lahko pohvalimo tudi v UKC Maribor) dobrodošla. Uvedli smo najbolj uveljavljen model organizirane specialistične paliativne oskrbe v bolnišnici, ki omogoča konzultacije na posameznih bolnišničnih oddelkih. Ob odprtju Onkološkega oddelka v UKC Maribor lahko pričakujemo tudi Oddelek za paliativno oskrbo v UKC Maribor.

Slika 1: Psiho-geriatrija na Oddelku za psihiatrijo v UKC Maribor

V Slovenji je prisotna jasna zahteva in pričakovanje po ureditvi paliativne oskrbe pacientov z napredovano neozdravljivo boleznijo in njihovih bližnjih. Gre za kompleksno prakso, ki zahteva sodelovanje več poklicev in v urejanje tega področja pa je vključenih več vladnih resorjev. Pravočasno prepoznavanje in vpeljevanje osnovne paliativne oskrbe je zelo pomembno, je pa trenutno največja pomanjkljivost sedanjega zdravstvenega sistema v Sloveniji (Peternelj, 2011).

Predlagane smernice za oceno potrebe vključitve paliativne oskrbe morajo poznati vsi zdravstveni delavci, ki se srečujejo s pacienti ob koncu življenja. Posebnega vprašalnika, ki bi omogočal določanje konkretne potrebe in stopnjo paliativne oskrbe, na Oddelku za psihiatrijo še nismo uvedli.

Ohranjanje pacientovega dostojanstva

Telesni simptomi

Pri obravnavi telesnih simptomov v paliativni oskrbi se največkrat srečujemo z bolečino, utrujenostjo, dispnejo, slabostjo in bruhanjem, kasneje pa tudi s stanji, kot so anoreksija ali kaheksija, delirij, depresija in vznemirjenost. Drugi pogosti simptomi so še nemir, zmedenost, kronična bolečina, zaprtje, epizode delirija, inkontinenca in izguba apetita. Telesne simptome ob koncu življenja pogosto preslabo lajšamo. Pomemben razlog so zdravnikova nerealistična pričakovanja, zaradi katerih ne predpiše zdravil, ker se boji, da bi ta škodila pacientu (Lunder, 2011).

Lajšanje bolečine je v 21. stoletju nekaj samoumevnega, pa vendar v praksi ni vedno tako. Huda kronična bolečina je kompleksen, subjektiven, telesen in psihosocialen fenomen, ki zahteva natančno, vsestransko oceno in takojšnje ukrepanje.

Delirij je stanje, ki ga pogosto srečamo na psihiatričnih oddelkih. Označuje stanje nenadne spremembe zavesti, pozornosti, spoznavnih sposobnosti in zaznave. Zanj je značilen akuten začetek, ki se lahko pojavi v nekaj urah ali nekaj dneh, ter se kaže v raznih epizodah. Še posebej proti koncu življenja je kar v 90 % pogost pojav. Prodromalni simptomi lahko vključujejo nespečnost, nezbranost, razdražljivost in nemir. V nekaj dneh ali tednih se lahko razvije tudi dezorientiranost v času in prostoru, vznemirjenost in hiperaktivnost. V obravnavi delirija je pomembno ugotoviti in odstraniti vzrok, prenehati dajati nepotrebna zdravila, lajšati neugodne simptome in pacientu zagotoviti varnost. V zadnjih urah ali dnevih pred smrtjo je pogost terminalni delirij, ki je nepovraten. Za simptomatsko zdravljenje delirija se najpogosteje izbere haloperidol, in če ta ni dovolj učinkovit, ga kombiniramo z benzodiazepini (Lunder, 2011).

Ljudje, ki ne zbolijo za rakom ali odpovedjo organa, po navadi dosežejo visoko starost in bolj pogosto doživijo generalizirano krhkost več telesnih sistemov. Na naših oddelkih se razen z osnovno boleznijo, ki je po navadi pri starejših pacientih demenca, srečujemo istočasno še s pljučnicami in okužbami sečil. Pri demenci je zaradi upada kognitivnih funkcij pacient nezmožen opravljati vsakodnevne stvari, ki se jih pričakuje od njega. Včasih se zgodijo tudi neželeni dogodki, kot so razni padci in zlomi.

Dostojno sporočanje slabe novice

Poleg lajšanja telesnih simptomov je za dostojno prestajanje bolezni ključnega pomena tudi pravilno komuniciranje. Učinkovitega sporazumevanja s pacientom kakor tudi sočutnega sporočanja slabe novice se je mogoče naučiti.

Pacienti praviloma želijo biti obveščeni o poteku svoje bolezni. Pacientu (na njegovo željo) informacijo o njegovi bolezni predstavi zdravnik. Slabe novice sporočamo v okolju, ki nudi zasebnost in zaupnost, po možnosti brez zunanjih prekinitev. Na psihiatriji, kjer sta demenca in delirij zelo pogosti diagnozi, je potrebno v ta proces vključiti tudi svojce, ki morajo prav tako razumeti, kaj sledi in kako se s tem soočiti. Informacije sporočamo preprosto, jasno in previdno z namenom vzdrževanja zaupanja pacienta v zdravstveno osebje in njihovo kompetentnost. Hkrati pacient ne sme dobiti vtisa, da njegove situacije ne jemljemo dovolj resno in strokovno.

V komunikaciji med pacientom in svojci se srečamo tudi s pretiranim čustvenim odzivom, ki v večini primerov razkrivajo njihove strahove pred negotovo prihodnostjo (Lunder, 2011).

Dostojno odločanje

Z etičnimi dilemami se lažje soočamo, kadar je pacient pred pričakovanim poslabšanjem zdravstvenega stanja vključen v načrtovanje ukrepov. Na ta način lahko ustno in pisno izrazi svoje želje za odločitve ob koncu življenja, ko morda ne bo mogel odločati in komunicirati. Lahko se dokumentira morebitna želja, da si ob nepovratnem stanju napredovane bolezni ne želi oživljanja in raznih postopkov podaljševanja življenja idr. (Lunder, 2011).

Pacientova sposobnost odločanja je možna, kadar je informiran, nanj ne vpliva druga oseba, je za to kompetenten in razume svojo bolezen. Informacije je sposoben pomniti tako dolgo, da lahko sprejme odločitev, ki pa jo je tudi v stanju na razumljiv način izraziti in argumentirati. V kolikor pa pacient ni kompetenten za vključitev v odločanje o svoji bolezni in še nima urejenega skrbništva, je odgovornost zdravnika sprejemati odločitve o poteku zdravljenja. V tem primeru naj bo vključen celotni zdravstveni tim. Pri tem se držimo načel, v skladu s katerimi naj ne bi škodovali pacientu, spoštovali naj bi avtonomijo in pravičnost, pri čemer je treba uravnotežiti potrebe posameznika in družbe (Simonič, 2011). Odločitve, ki jih sprejemamo v imenu pacienta, morajo biti etično nesporne in v njegovo korist, zagotavljati pa morajo tudi njegovo dostojanstvo.

Dostojno poslavljanje

Človekovo dostojanstvo ohranjamo in spoštujemo na več ravneh. Na dejstvo, da se vsak človek proti koncu življenja želi dostojno posloviti od svojcev in predati življenjsko modrost naslednikom, se je oprl prof. dr. Harvey M. Chochinov, ko je pred leti razvil terapijo »Dignity Therapy« v razvojnem centru Cancer Care Manitoba v Winnipegu. Skozi posebej zasnovana vprašanja se pacient ozre na pozitivne plati svojega življenja in na vrednote, ki bi jih želel prenesti naslednikom. Raziskava, ki jo je s svojo ekipo opravil dr. Chochinov med 326 pacienti, katerih diagnoza je bila neozdravljiva bolezen, je potrdila učinkovitost terapije predvsem v manjšanju žalosti in depresije pacientov (Nelson, 2011).

Nelson (2011) v svoji knjigi navaja nekaj tipičnih vprašanj:

- Povejte mi kaj o svojem življenju, še posebej o delu, ki se ga najbolj spominjate ali se Vam zdi najpomembnejše. Kdaj ste se počutili najbolj živi?
- Ali obstaja kaj posebnega, kar bi želeli, da Vaši bližnji vedo o Vas? Bi želeli izpostaviti kaj takšnega, kar bi želeli, da si zapomnijo o Vas?
- Katere so najpomembnejše vloge, ki ste jih imeli v življenju (npr. vloge v družini, poklicne, družbene)? Zakaj se Vam zdijo tako pomembne? Kaj ste dosegli z njimi?
- Kaj so Vaši največji dosežki v življenju in na katere ste najbolj ponosni?
- Čutite, da je ostalo še kaj nedorečenega med Vami in vašimi bližnjimi? Ali je kaj takšnega, da bi si vzeli čas in bi jim sporočili še enkrat?
- Kaj bi zaželeli svojim bližnjim v njihovih življenjih?
- Kaj ste se sami naučili o življenju in bi želeli predati drugim? Kakšen bi bil Vaš nasvet oz. napotek za življenje Vašega sina, hčere, moža, žene ali koga drugega?
- Imate celo kakšna navodila za Vaše bližnje, po katerih bi želeli, da se ravnajo v prihodnosti?
- Ali smo pri pripravi tega zapisa kaj pomembnega izpustili in bi želeli, da se vključi?

Dostojno umiranje

S procesom umiranja se čedalje pogosteje srečujemo tudi na Oddelku za psihiatrijo. Ko prepoznamo, da se je začel proces umiranja, o tem obvestimo pacienta, če je pri zavesti. Obvestimo tudi svojce in jih povabimo k pacientu. Ocenimo potrebe dosedanjih terapij in ustavimo terapije, ki niso več potrebne. V luči paliativne oskrbe nadaljujemo le s terapijo, ki

pacientu lajša moteče simptome, kot so bolečina, dispneja, terminalni delirij, slabost in bruhanje, sekrecija dihal, krči itd. Pri tem upoštevamo, da je pot vnosa zdravil preko podkožne črpalke za tovrstnega pacienta praviloma najmanj boleč in moteč način vnosa zdravil (Lopuh, 2010).

Zaključek

Obdobje človekovega poslavljanja je vedno težko, tako zanj kot svojce ter nenazadnje tudi zdravstveno osebje, ki ga spremlja. Ne glede na to, na katerem oddelku se tak pacient nahaja, mu je treba omogočiti takšno paliativno obravnavo, ki ohranja njegovo dostojanstvo.
Prav tako je pacientu potrebno v okviru paliativne oskrbe zagotoviti lajšanje motečih telesnih simptomov, pričakuje pa se tudi, da se mu na dostojen način sporoča slabe novice, sprejema odločitve in ne nazadnje omogoči tudi dostojno slovo od najbližjih.

Literatura in viri

1. Lopuh M. Predpisovanje zdravil v neprekinjenih podkožnih infuzijah za lajšanje bolnikovih simptomov. In: Lunder U, ed. Svetovni dan paliativne oskrbe. Golnik: Bolnišnica, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo; 2010: 43-7.
2. Lunder U. "Bi se radi pogovorili o možnostih obravnave v prihodnosti?" Vodenje pogovora o prehodu v paliativno obravnavo. In: Lunder U, ed. Svetovni dan paliativne oskrbe : zbornik srečanja : ob zaključku pilotnega projekta izvajanja paliativne oskrbe v ljubljanski, gorenjski in pomurski regiji / Golniški dnevi, 6. 10. 2010. Golnik: Bolnišnica, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo; 2011: 29-35.
3. Lunder U. Paliativna medicina: opredelitev. In: Košnik M, et. al. Interna medicina. Ljubljana: Littera picta: Slovensko medicinsko društvo; 2011: 103-11.
4. Lunder U. Paliativna oskrba v bolnišnici - organizacijske značilnosti, strokovne usmeritve. In: Lunder U, ed. Svetovni dan paliativne oskrbe : zbornik srečanja : ob zaključku pilotnega projekta izvajanja paliativne oskrbe v ljubljanski, gorenjski in pomurski regiji / Golniški dnevi, 6. 10. 2010. Golnik: Bolnišnica, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo; 2011: 6-10.
5. Nelson R. 'Dignity Therapy' Beneficial at End of Life. 2011. Dostopno na: http://www. medscape.com/viewarticle/746022 (28.08.2014).
6. Peternelj A. Kratek povzetek poročila: Izvajanje celostne paliativne oskrbe v ljubljanski, gorenjski in pomurski regiji. In: Lunder U, ed. Svetovni dan paliativne oskrbe : zbornik srečanja : ob zaključku pilotnega projekta izvajanja paliativne oskrbe v ljubljanski, gorenjski in pomurski regiji / Golniški dnevi, 6. 10. 2010. Golnik: Bolnišnica, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo; 2011: 58-66.
7. Simonič A. Psihološka obravnava v paliativni oskrbi. In: Lunder U, ed. Svetovni dan paliativne oskrbe : zbornik srečanja : ob zaključku pilotnega projekta izvajanja paliativne oskrbe v ljubljanski, gorenjski in pomurski regiji / Golniški dnevi, 6. 10. 2010. Golnik: Bolnišnica, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo; 2011: 37-42.

Pogled nazaj……..

Ob 45-letnici Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji

V nadaljevanju prispevek gospe Maruše Šolar opisuje razvoj zdravljenja, predvsem zdravstvene nege bolnikov z motnjami v duševnem zdravju v Bolnišnici za duševne in živčne bolezni v Polju od leta 1964 naprej. Opis petdesetletnega razvoja psihiatrije in zdravstvene nege na področju psihiatrije je zelo zanimiv, pogled gospe Šolar v preteklost pa razkriva, da je to, kar se nam dandanes zdi samoumevno, plod in rezultat prizadevanj številnih posameznikov, ki so delali in še delajo na tem občutljivem področju zdravstva. Ko je namreč ob svojem prihodu gospa Šolar prevzela dela in naloge glavne medicinske sestre, je bila soočena s številnimi strokovnimi in organizacijskimi izzivi, a ji je kljub temu skupaj s sodelavci uspelo spremeniti bolnišnico s premajhnim ter slabo izobraženim osebjem, z zamreženimi okni ter zaklenjenimi vrati in pomanjkljivo ali celo neobstoječo sanitarno opremo, v sodobno psihiatrično ustanovo. V tej retrospektivi so tako poimensko navedeni vsi, ki so prispevali k temu, da je bolnišnica odprla svoja vrata in ob ustrezni kadrovski zasedbi uvedla številne novosti, med drugim tudi izobraževanje medicinskih sester in specializacijo iz zdravstvene nege na področju psihiatrije.

Ob tej priložnosti se zahvaljujem avtorici teksta gospe Maruši Šolar, ki je svoje izkušnje zapisala in dovolila objavo dragocenih informacij za vse nas, ki se pri svojem delu v zdravstveni negi srečujemo s pacienti z duševno motnjo v najrazličnejših okoljih. Prav ona je bila tudi pobudnica nastanka Nevropsihiatrične sekcije, ki je kot takratna glavna medicinska sestra Psihiatrične klinike v Ljubljani. Gospa Maruša Šolar je postala prva izvoljena predsednica sekcije, organizacijo strokovne sekcije pa je kot predsednica sekcije izvajala med leti 1969 in 1976. »Namen ustanovitve sekcije je bil: potreba po širšem znanju psihiatrične zdravstvene nege, razvoj zdravstvene nege v psihiatriji, celostna obravnava, spodbujanje empatičnega odnosa, terapevtske komunikacije, timskega dela in etičnih norm strokovnjakov« (http://www.sekcijapsih-zn.si/about/), kar so tudi danes pomembnejša merila pri delu s pacienti. Za doprinos k razvoju zdravstvene nege na področju psihiatrije v Sloveniji je prejela, poleg drugih, tudi priznanje Zlati znak Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Tekst je nastal ob organizacijski in tehnični podpori Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, za kar se v imenu Delovne skupine glavnih medicinskih sester v zdravstveni negi na področju psihiatrije pri Sekciji medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, iskreno zahvaljujem, saj smo na ta način pridobili pomembne vsebine za zaposlene v zdravstveni negi na področju psihiatrije.

mag. Jožica Peterka Novak

Predsednica Stalne delovne skupine glavnih medicinskih sester v zdravstveni negi na področju psihiatrije pri Sekciji medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji

MOJIH DVAJSET LET NA PSIHIATRIJI

Z Bolnišnico za duševne in živčne bolezni sem se prvič srečala kot gojenka tretjega letnika Šole za zaščitne sestre v Ljubljani leta 1947. Predavatelj psihiatrije, prof. dr. Janez Kanoni, nas je popeljal na strokovno ekskurzijo v bolnišnico. Ogled me je pretresel: prostori, kjer so bivali pacienti, so bili natrpani, postelja ob postelji, okna so bila zamrežena in videz vsega je bil zelo neprijeten. Še bolj pa me je pretreslo, da so bili bolniki tudi v prirejenih sobah sami, ležali so na slami in bili goli. Okrog stavbe je bilo obzidje, posamezne hiše so bile zaklenjene, in to ne samo vhodna vrata, temveč tudi hodniki, okna pa so bila zamrežena. Pacienti so bili

omejeni med sprehodi in še ti so bili mogoči le ob stavbi z ograjenim vrtom. Negovale so jih nune.

Prof. dr. Marjan Borštnar, vršilec dolžnosti ravnatelja Bolnišnice za duševne in živčne bolezni Ljubljana Polje (nadomeščal je odsotnega ravnatelja prof. dr. Janeza Kanonija, dr. med.), me je leta 1964 povabil, da prevzamem mesto glavne medicinske sestre. Njegova tajnica je bila gospa Milka Urankar, dolgoletna uslužbenka, ki je zelo dobro poznala bolnišnične razmere. Znala mi je svetovati, tako da sem se lahko pravilno odločila o stvareh, ki so bile pomembne za moje delo.

Stanje in kadrovska organizacija bolnišnice v tedanjem obdobju sta bila drugačna. Zaposleni sta bili dve glavni medicinski sestri, izmed katerih je bila ena zadolžena za ženski in ena za moški oddelek na Studencu. Pokrivali sta tudi vse tri oddelke: sprejemni oddelek, oddelek podaljšanega zdravljenja in geriatrični oddelek. To sta bili višji medicinski sestri Marija Magajna za ženski oddelek in Anča Hladnik za moški oddelek. Višja medicinska sestra na geriatričnem moškem oddelku je bila Tinka Grum, višja medicinska sestra Marta Bobič pa ni imela oddelka. To so bile štiri tedaj zaposlene višje medicinske sestre, ostalo osebje pa so predstavljali bolničarke ali bolničarji in štirje medicinski tehniki z nepopolno izobrazbo (s štiri- do šestmesečnim tečajem na Ministrstvu za zdravstvo).

Prva šolana medicinska sestra je bila Marija Magajna, ki je končala Šolo za medicinske sestre leta 1954 in nato ob delu zaključila še Višjo šolo za medicinske sestre. Leto dni pozneje se ji je pridružila višja medicinska sestra Anča Hladnik in skupaj sta začeli prenašati svoje znanje na oddelke, kjer so bili hospitalizirani pacienti, in takrat zaposlenim bolničarjem. Medicinska sestra Marija Magajna je kot prva v bolnici začela pacientom uvajati temperaturne liste, iz katerih je bila razvidna vitalna funkcija. Obe medicinski sestri sem že poznala iz Višje šole za medicinske sestre, kjer sem tedaj predavala kot inštruktorica. Bolničarji so imeli pomanjkljivo izobrazbo, le bolničarski tečaj, ki trajal 4–6 mesecev, kasneje pa se je izobraževanje podaljšalo na eno leto. V tem času ni bilo zaposlenih dovolj čistilk, zato so bolničarke opravljale tudi njihovo delo.

Bolniški oddelki so bili še vedno prenatrpani z bolniškimi posteljami in bolniki. Geriatrični moški oddelek je imel tudi oddelek za tuberkulozo, ki je bila takrat še vedno prisotna; na tem oddelku so začeli urejati sanitarije. Na drugem moškem oddelku sta bila tudi priporniški oddelek in oddelek za bolnike z izboljšanim stanjem. Drugi ženski oddelek za podaljšano zdravljenje bolnikov so že urejali, medtem ko tretji ženski oddelek za geriatrijo, ki je imel približno 50 postelj, ni imel kopalnic. Pacientke so morale v skupini preko dvorišča hoditi na drugi oddelek, kjer so imele na voljo eno kopalnico in še to samo enkrat tedensko. Okopale so se ob pomoči bolničark.

Prvi ženski in prvi moški oddelek sta sprejemala nove paciente. Pripravljeno hrano za bolnike so pacienti kar sami prenašali v posebnih posodah iz kuhinje na oddelke, hrano so razdeljevale bolničarke, posodo pa so spet vračali nazaj v kuhinjo pacienti. Pri hranjenju so iz varnostnih razlogov smeli uporabljati samo žlice. Posoda za hranjenje ni bila primerna, bila je iz aluminija (krožnik, žlica), pomivali pa so jo v čajnih kuhinjah. Sobe so bile opremljene z dotrajanimi posteljami, mize in stoli so bili masivni; ob prihodu so mi razložili, da je to tako zato, ker so hoteli preprečiti, da bi bolniki poškodovali sebe ali druge. Bolniške postelje so bile dotrajane in potrebno jih je bilo zamenjati, prav tako posteljnino. Tudi bolniško obleko je bilo potrebno zamenjati.

Bolnišnica je imela svojo lekarno, ki jo je vodila farmacevtka ga. Zdenka Sekereš, lasten laboratorij, ki ga je vodila ga. Stefančič, in zobno ambulanto, ki je bila namenjena bolnikom in je delovala v skromnih prostorih. Zobozdravnik je delal trikrat tedensko, storitve pa so bile vključene v oskrbni dan. Ambulanta je bila namenjena samo pacientom. Ko se je pozneje

delovni čas ambulante podaljšal, so bili zobozdravstvenih uslug deležni tudi bolnišnični uslužbenci. S polnim delovnim časom je začela delati zobozdravnica dr. Marina Urankar, ki je pozneje izvajala še protetiko za paciente in osebje. Dr. Marina Urankar je na začetku delala dve leti kot asistentka v ordinaciji, po zaključenem študiju na Stomatološki fakulteti pa je prevzela delo stomatologa in ga opravljala do ukinitve ambulante. Nato je bila preseljena v Zdravstveni dom Ljubljana-Polje in je delala samo za nujne primere pacientov. Pred tem je bila urejena moderna zobna ambulanta, za kar ima zasluge direktor dr. Miloš Kobal, ob njeni ukinitvi pa je bila povzročena materialna škoda. Pacienti so od takrat primorani poskrbeti za zdravljenje zobovja sami po odpustu iz bolnišnice.

Tedensko je prihajal tudi zdravnik-internist, rentgenolog dr. Križman, saj je bolnišnica razpolagala tudi s svojim rentgenskim aparatom. V EEG laboratoriju je bil redno zaposlen nevropsihiater prof. dr. Cvetko, laborantka in kasneje višja medicinska sestra pa je bila Ema Poljanec. Nato smo dobili še stalnega internista dr. Picherja, za aparat EKG pa je skrbela višja medicinska sestra, ga. Antončič, ki je bila tudi higieničarka za celotno kliniko. Pozneje smo somatsko bolne paciente vozili z bolnišničnim rešilnim vozilom na ustrezne klinične oddelke in inštitute. Na začetku službovanja sem se seznanila z inzulinsko-komatozno terapijo, elektrokonvunzilno terapijo in uporabo ovirnic in mrežnice. Nato se je elektrokonvunzilno terapijo in uporabo ovirnic postopoma pričelo opuščati, prav tako inzulinsko-komatozno terapijo in nazadnje še mrežnice.

Bolnišnica je imela tudi svoj svinjski hlev, ki je bil v bližini uprave. S prašičerejo so se ukvarjali vodljivi bolniki, ki so svoje delo radi opravljali, delali pa so tudi na poljih, saj je bolnišnica imela tudi svoje njive. Oddelek Razore (kmetija) je bil nad Sostrem. Kmetijo je vodil upravitelj, ki ni bil niti kmetijski tehnik niti ni imel znanja iz zdravstvene nege. Tam je bilo osem vodljivih pacientov, ki so delali na polju in v hlevu. Pridelki so bili namenjeni bolniški kuhinji za prehrano pacientov. Kasneje je bil uveden zdravstveni nadzor tudi na tem oddelku: poleg dežurnih bolničark je oddelek enkrat tedensko obiskoval tudi zdravnik. Pranje bolniškega perila je bilo enotno. Imeli smo svojo pralnico za paciente in uniforme zaposlenih. Pacientke so pomagale pri pranju in likanju, zaposleno pa je bilo tudi tehnično osebje za razna popravila v bolnici. Leta 1968 je bila urejena sodobna kotlarna, ker je bilo prejšnje ogrevanje zelo zastarelo in potratno.

V tem obdobju so imeli pacienti tudi delovno terapijo. Njen namen je bil zaposliti paciente z različnimi deli. Vodja delovne terapije je bila ga. Pungerčar, ki je to dejavnost posodobila, tako da so pacienti začeli delati za Saturnus in prejemali za svoje delo plačilo. Pacientke so tudi varovale otroke zaposlenih in zanje opravljale razna gospodinjska dela, kar je bilo pozneje prepovedano s prihodom prof. dr. Miloša Kobala, dr. med., saj je bilo vprašljivo oz. sporno nagrajevanje za takšne usluge. Pacienti so imeli zelo malo obiskov. Svojci so jih obiskovali enkrat na leto dni ali na več let. Znano je bilo, da bo njihovo bivanje v bolnišnici dolgotrajno ali pa celo dosmrtno; pacienti so bili zaznamovani s svojo boleznijo. Po smrti pacienta, ki je bil deset ali celo več let v zavodu, so pogosto nastopile težave, kajti svojci so pričakovali, da bo njegova obleka kot nova. Za garderobo so oskrbnice na oddelkih zelo lepo skrbele.

Kar zadeva postelje, bolniške sobe, prehrano, obleko, zasedenost sob in sanitarije je bilo stanje v enoti Poljane primerljivo s Studencem. Enoto je vodil medicinski tehnik s pomanjkljivo izobrazbo. Delovale so tudi psihiatrične ambulante, in sicer na Fužinah v neprimernih prostorih (barakah), ki so bile samostojne pri svoji dejavnosti, čeprav so delovale v sklopu bolnišnice.

Ko sem prevzela delovno mesto glavne medicinske sestre, je bila moja prva naloga reorganizacija dela tedaj zaposlenega osebja ter zaposlitev večjega števila višjih in srednjih medicinskih sester. Višje medicinske sestre so bile razporejene na oddelke in smo jih

imenovali oddelčne medicinske sestre. Uvedla sem tedenske sestanke, na katerih je bila udeležba obvezna, sklicalo pa se je sestanek tudi po potrebi oziroma v primeru njihovih ali mojih težav. Dva oddelka sta bila brez oddelčne medicinske sestre, kar smo najprej reševali z nadomeščanjem, nato pa smo ta mesta zapolnili oziroma pridobili novo osebje z ustrezno izobrazbo. Obveznost vsake oddelčne sestre je bilo tudi dežurstvo, ki je trajalo od 14. ure do 7. ure naslednjega dne, in redno delo do 14. ure. Ob sobotah in nedeljah je dežurstvo trajalo 48 ur, uvedeno pa je bilo tudi ob praznikih. Tudi sama sem dežurala vse do upokojitve, ker sem se hotela seznaniti s potekom in načinom dela osebja. Za višje medicinske sestre sem organizirala gospodinjski tečaj, na katerem naj bi se seznanile z raznimi novimi čistili in učinki čiščenja. Pridobljeno znanje so prenesle na čistilke in strežnice. Tečaj je vodila učiteljica gospodinjskega pouka.

Bolničarskega osebja je bilo na oddelkih dovolj, vendar je bilo poleg obveznih ur dodatno opravljenih do 100 nadur po osebi. Ko so kolegice pripravile nov urnik dela, smo ga skupaj pregledale, nakar se je omejilo število nadur, saj pri tako zahtevnem delu ni možno kakovostno opraviti še 100 nadur na mesec. Z novim urnikom so imeli zaposleni več prostega časa, zato tudi niso več prihajali utrujeni na delo.

S prof. dr. med. Marjanom Borštnerjem sva menila, da je treba na geriatričnem oddelku nujno narediti kopalnico, saj se pacientke niso mogle okopati na svojem oddelku. Projekt je bil uspešno izveden.

Ker urnik dela zaposlenega osebja kljub vsem naporom še vedno ni bil ustrezno urejen, je bila moja želja, da bi se uvedlo delavnik v dveh izmenah, t.j. dnevni in nočni, po zgledu UKC-ja Ljubljana. Posebno v nočni izmeni so bili zaposleni neurejeni in presenetila me je ta drugačnost. Projekt reorganizacije mi je uspel, a se je na žalost leta 1965 prof. dr. Marjan Borštnar, čigar podporo sem imela pri delu oziroma reorganizaciji, smrtno ponesrečil. Direktorsko mesto je prevzel prof. dr. Janez Kanoni, dr. med., vendar je bil zaradi upokojitve na tem delovnem mestu le kratek čas. Po odhodu prof. dr. Kanonija, je ravnateljsko mesto prevzel prim. dr. Niko Vončina, dr. med.

Predlagali smo prerazporeditev bolničarjev, ki so zasedali vodilna mesta in niso imeli ustrezne izobrazbe, na delovna mesta, ki ustrezajo njihovi izobrazbi. S tem bi se sprostila mesta za zaposlitev višjih in srednjih medicinskih sester. Zelo smo si želeli zaposliti višje medicinske sestre, zato je bil ta predlog obravnavan na delavskem svetu bolnišnice ter bil sprejet. Bolničarke oziroma bolničarji, ki niso imeli pogojev za upokojitev, so še tri mesece dobivali enako plačo za mesto, ki so ga prej zasedali, tisti, ki so izpolnjevali pogoje, pa so odšli v pokoj.

Bolnišnično komisijo za preverjanje zdravstvenega in duševnega zdravja pacientov glede nadaljnje hospitalizacije sta sestavljala sodnik in bolnišnični psihiater. Ta komisija je bila kasneje ukinjena.

Po upokojitvi prim. dr. Nika Vončine je leta 1968 sprejel direktorsko mesto prof. dr. Miloš Kobal, dr. med. Po tem se je Bolnišnica za duševne in živčne bolezni preimenovala v Psihiatrično kliniko Ljubljana. Pospešeno smo začeli urejati bolniške sobe (oprema, posteljnina, oblačila pacientov). Oprema v jedilnicah je bila zamenjana s sodobno in ni bila več masivna kot prej. Uvedba uporabe celotnega pribora (žlica, vilice, nož) pri hranjenju ni bila lahka, saj se je temu upiralo osebje. Bali so se namreč, da bi z nožem ali vilicami pacienti poškodovali sebe ali druge bolnike. Pribor je bil kakovosten, vendar so ga morali bolničarke in bolničarji ob zaključku obeda tudi prešteti. To je bila njihova dodatna zadolžitev. Število se je seveda moralo ujemati. Tudi jedilno posodo smo zamenjali za bolj kakovostno. Treba je bilo urediti tudi prevoz hrane iz kuhinje na oddelek. Z direktorjem in tehničnim vodjem klinike smo si ogledali prevoz bolniške hrane v Bolnišnici Ankaran. Moja želja je bila, da bi

bili vozički zaprtega tipa, vendar sem se morala sprijazniti z odprtimi. Dobro sem sodelovala z vodjo kuhinje go. Zajčevo, s katero sva skupaj pripravljali jedilnike.

V prvem obdobju nastopa novega direktorja je bila ukinjena prašičereja, k čemur je pripomogla tudi bolezen, imenovana »prašičja kuga«. Prostore so preuredili za potrebne tehnične službe. V tem obdobju je bilo tudi omejeno oziroma ukinjeno delo na polju, ker so bili bolniki vključeni v nov način terapevtskega zdravljenja, katerega namen je bil, da se paciente pripravi na vključitev v normalno življenje zunaj bolnišnice.

Kljub temu smo instrumente (igle, brizgalke itd.) še vedno čistili in prekuhavali na oddelku. Infekcijska klinika je že imela svojo sterilizacijo. Po dogovoru z glavno medicinsko sestro Infekcijske klinike sem poslala dve strežnici za 14 dni na izobraževanje, da se priučita delu v sterilizaciji. Skrb za sterilizacijo je prevzela lekarna naše bolnišnice. Vso sterilizacijo sanitetnega materiala in instrumentov za potrebe vseh oddelkov smo opravljali sami.

Pri premeščanju osebja z oddelka na oddelek (moški/ženski) sem naletela na težave. Reševala sem jih z večjim številom novosprejetih višjih medicinskih sester. Razporedila sem jih tudi na moške oddelke, kjer jih je moško osebje sprejelo in delo je bilo opravljeno bolj kakovostno. S tem sem dosegla, da so sprejeli tudi premeščanje osebja z oddelka na oddelek.

Število bolnikov se je začelo zmanjševati s premeščanjem v obstoječe ali na novo odprte oddelke Psihiatrične bolnišnice. Tako je bilo osebje razbremenjeno in pacienti so imeli več prostora za gibanje. Uvedena je bila tudi nova dejavnost – telovadba za bolnike, ki jo je vodil telovadni učitelj.

Že na začetku službovanja se mi je zdelo pomembno, da so imele pri nas prakso gojenke Srednje in Višje šole za medicinske sestre. Moja želja je bila, da se seznanijo s pacientovo bolezensko problematiko in tudi z delom medicinske sestre, ki ga tak bolnik potrebuje.

V programu adaptacije je bila v prvem planu prenova ženskega geriatričnega oddelka. Kot primer smo si ogledali Bolnišnico za otroške bolezni v Trbovljah. Odločili smo se za okna, ki so jih imeli v tej bolnišnici in so bila primerna za naš geriatrični oddelek. Vse ostalo je pripravil arhitekt, g. Vladimir Vraničar, ob sodelovanju in po navodilih vodstvenega kadra. Mizarska dela je opravilo mizarsko podjetje Branka Vraničarja.

Leta 1966 se je psihiatrične ambulante iz Fužin preselilo na Polikliniko in s časom se je povečalo število višjih medicinskih sester na tem področju. Izpraznjeni prostori na Fužinah so kasneje služili za dnevni oddelek: vodja je bil psihiater dr. Boris Pečenko, višja medicinska sestra pa Nika Fischbacher. Ob prenovi geriatrije so zgornje prostore namenili in preuredili v sodoben psihoterapevtski oddelek. Poleg psihiatra sta bila zaposlena višja medicinska sestra in višji delovni terapevt.

Enota Poljane je bila preurejena za dejavnost mentalnega zdravljenja (Center za mentalno zdravje). Adaptacijo je vodil prof. dr. Jože Lokar, dr. med. V teh prostorih je bil v pritličju sprejemni oddelek za bolnike z lažjimi psihičnimi težavami in zasvojenostjo (alkohol, droge), pa tudi dnevni in nočni oddelek z delovno terapijo. V prvem nadstropju sta bila adolescentni in psihoterapevtski oddelek, v drugem nadstropju pa priporniški del (Oddelek za forenziko in socialno psihoterapijo) in oddelek za alkoholike, ki je sprejel bolnike in osebje oddelka s Škofljice, ukinjenega zaradi oddaljenosti. Ta oddelek je bil ustanovljen z namenom aktivnega zdravljenja odvisnikov od alkohola. Vse dejavnosti terapevtske skupnosti so pokrivale višje medicinske sestre. Ta oddelek je bil odprtega tipa.

Patronažne medicinske sestre iz ljubljanske regije sem vabila, da obiščejo našo kliniko in se seznanijo z delom naših medicinskih sester ter njihovo problematiko. Sama sem menila, da je sodelovanje bilo zelo uspešno.

S širjenjem oddelkov so bile oddelčne medicinske sestre in oddelčna medicinska sestra psihiatričnega dispanzerja vključene v kolegij medicinskih sester. Dežurstvo višjih medicinskih sester je potekalo na Studencu in Škofljici (do ukinitve) ter na Centru za mentalno zdravje skupaj z dežurnim zdravnikom.

Na začetku službovanja sem obiskala vse bolnišnice za duševno zdravje v Sloveniji in pri tem ugotovila, da je potrebno druženje medicinskih sester in izpopolnjevanje psihiatričnega znanja osebja, ki dela s psihiatričnimi bolniki. S tem namenom je bila leta 1969 ustanovljena Psihiatrična sekcija medicinskih sester, ki svoje delo dobro opravlja tudi danes. Psihiatrična sekcija je pripravila seminarje na kliniki. S kolegicami smo sodelovale tudi na drugih seminarjih, kot predavatelje pa vabile psihiatre in psihologe iz naše klinike. K sodelovanju pri pripravah seminarjev in k ogledu psihiatričnih bolnišnic po Sloveniji smo povabile tudi medicinske sestre iz drugih psihiatričnih bolnišnic.

Leta 1970 smo lahko sprejeli in zaposlili 13 višjih medicinskih sester. Istega leta sem dobila soglasje Višje šole za medicinske sestre v Ljubljani in vodstva bolnišnice za izobraževanje višjih medicinskih sester na podiplomskem študiju, smer psihiatrična nega. Program smo pripravili skupaj z vodjo izobraževanja v bolnišnici prof. dr. Jožetom Lokarjem, ki je kasneje predaval z drugimi psihiatri in psihologi klinike. Prvo izobraževanje z možnostjo specializacije iz psihiatrične nege je trajalo šest mesecev, nato eno leto. To izobraževanje sem vodila sama. V programu je bila praksa v Zagrebu in Beogradu v ustreznih ustanovah, pa tudi zahteva, da se morajo medicinske sestre seznaniti z vsemi psihiatričnimi bolnišnicami Slovenije. Prvega podiplomskega izobraževanja sem se udeležila tudi sama; udeleženke so morale dopolniti svoje znanje (6 mesecev), kar naj bi bil tudi pogoj za pridobitev specializacije iz psihiatrične nege. V to so bile vključene višje medicinske sestre, ki so delale na Psihiatrični kliniki in v psihiatričnih bolnišnicah po Sloveniji. Že po prvem podiplomskem izobraževanju so udeleženke začele uvajati pridobljeno znanje v bolnišnice in na oddelke. Odziv na izobraževanje je bil izredno pozitiven in pohvalen. Podiplomsko izobraževanje se je nadaljevalo najprej vsako leto, nato pa po potrebi oziroma po dogovoru z Višjo šolo za medicinske sestre v Ljubljani in je trajalo vse do mojega odhoda. V ta študij so bili pozneje vključeni tudi socialni delavci in delovni terapevti z višjo izobrazbo. Da je Višja šola za zdravstvene delavce v Ljubljani vključila v program izobraževanja tudi psihiatrično nego, je brez dvoma priznanje za stroko. Sama sem bila vključena kot predavateljica, posamezne študentke Višje šole pa so se odločale za opravljanje diplome iz psihiatrije na naši kliniki. Bila sem mentorica za psihiatrično nego, predmet psihiatrija. Medtem sem bila imenovana za svetnico za psihiatrično nego. Medicinska sestra Marta Bobič se je vključila v Gerontološko društvo, ker je delala na geriatričnem oddelku. Društvo je vodil prof. dr. Accetto. Tako smo psihiatrične medicinske sestre sodelovale tudi na tem področju.

V Ljubljani so bile organizirane »Psihiatrične igre«, ki so se jih udeležili bolniki iz vseh republik nekdanje skupne države Jugoslavije in se pomerili v raznih športnih aktivnostih. Udeležence/paciente je spremljalo zdravstveno osebje klinik ali zavodov, prisotni pa so bili tudi njihovi direktorji. Ob tej priliki smo medicinske sestre iz različnih republik izmenjale izkušnje pri delu s psihiatričnimi bolniki.

Medicinske sestre so skupaj z delovnimi terapevti pripravljale tudi proslave in zakuske za bolnike (ob praznovanju božiča, novega leta in prvega maja).

Leta 1971 je prevzela mesto glavne medicinske sestre ga. Vera Letonja. Istega leta sem sama prevzela mesto fakultetne medicinske sestre za delo s študenti medicine ter za izobraževanje

negovalnega in gospodinjskega kadra, nadaljevala pa sem tudi z dežurstvom in nadomeščanjem glavne medicinske sestre. Svoje delo sem opravljala s polovičnim delovnim časom na Medicinski fakulteti in polovičnim delovnim časom na Psihiatrični kliniki.

Z dr. Lokarjem sva dežurala in po dogovoru s kolegijem Psihiatrične klinike Ljubljana smo se odločili, da odpremo vrata oddelkov. Vrata naj bi ostala zaprta samo na etaži bolnikov s poslabšanim stanjem in na sprejemnih oddelkih. S strani osebja sva naletela na izreden odpor, ker so menili, da bodo morali paciente iskati, oziroma so se bali, da se ne bodo več vrnili na oddelek ali povzročili druge nevšečnosti. Kljub odporu s strani osebja ali posameznikov pa nisva popustila; čakala sva v dežurni službi in opazovala njihovo reakcijo, še isti večer pa se je stanje umirilo. Vrata so bila po novem zaprta od 21. do 7. ure zjutraj.

V času odsotnosti glavne medicinske sestre sem jo vedno nadomeščala. Sodelovanje z go. Vero Letonja je bilo prijetno in pri delu sva se dopolnjevali. Klinika je prevzela tudi praktični del pripravništva medicinskih sester. V Komisiji za preverjanje praktičnega dela sem sodelovala z glavno medicinsko sestro Psihiatrične klinike, go. Letonja. Teoretični del je potekal na Ministrstvu za zdravje v Ljubljani.

S strani Kliničnega centra Ljubljana smo v letu 1971 dobili obvestilo oziroma povabilo, da bi se bolničarke, ki nimajo ustrezne izobrazbe, udeležile enoletnega tečaja za pridobitev naziva »medicinska sestra/medicinski tehnik«. S predlogom smo se strinjali s pripombo, da izobraževanje izvede Psihiatrična klinika, kjer smo v program vključili dodatne predmete: psihiatrijo, psihologijo in psihiatrično nego. Tečaj sem vodila ter imela predavanja in praktične vaje iz splošne in psihiatrične nege. Prizadevnost kandidatov je bila pohvalna, zato so bili pri zaključnih izpitih uspešni. Pridobljeno znanje so vključevali v svoje delo. Prav tako sem bila zadolžena za izobraževanje na kliniki, za vaje študentov ter za prakso srednjih in višjih medicinskih sester. Posebej sem bila zadolžena za študente medicine. V programu sem imela vaje iz psihiatrične nege in ogled bolnišnice. Za delovne terapevte, ki niso imeli ustrezne izobrazbe, smo organizirali dodatna izobraževanja s področja psihiatrije.

Ponujena mi je bila tudi možnost ogleda bolnišnic v Avstriji, Nemčiji in Italiji, kjer sem spoznala njihovo delovanje. V Leipzigu (Vzhodni Nemčiji) sem imela priložnost spoznati vse dejavnosti, ki se jih je izvajalo v psihiatričnih bolnišnicah. Dejavno sem sodelovala in bila vključena v izobraževanja na raznih seminarjih po Sloveniji in tudi v drugih republikah nekdanje Jugoslavije. Z mojo pomočjo so se vključile v izobraževanje tudi medicinske sestre Psihiatrične klinike Ljubljana. Sama sem sodelovala pri organizaciji in izvedbi programa ter odprtju razstav znanih slikarjev, ki so svoja dela razstavljali v prostorih bolnišnice. Sodelovala sem tudi pri organizaciji nastopov opernih pevcev in podobno. Glavna pobudnica in organizatorka teh dogodkov je bila dr. Ana Rojnik.

V program izobraževanja, ki ga je izvajala tedanja Višja šola za zdravstvene delavce v Ljubljani oziroma sedanja Zdravstvena fakulteta v Ljubljani, je še vedno vključena psihiatrična nega. Bila sem prva predavateljica psihiatrične nege v Ljubljani in Mariboru. Na Višji šoli za zdravstvene delavce v Ljubljani sem dobila tudi naziv oziroma imenovanje »svetnica za psihiatrično nego«.

Obravnava pacientov je med tem postajala intenzivnejša in hospitalizacija vse krajša, zato so se pacienti hitro vračali v domače okolje in bili vključeni v ambulantno zdravljenje.

Enoletnega psihoterapevtskega tečaja na Medicinski fakulteti v Ljubljani, ki je bil prvotno namenjen samo zdravnikom psihiatrom in kliničnim psihologom, so se lahko po novem udeleževale tudi višje medicinske sestre in tako pridobile znanje za sodelovanje v terapevtski skupnosti oziroma skupinah. Vključila sem se v prvo izobraževanje za klic v duševni stiski in pridobila še nekaj kolegic. Osvojile smo dodatna znanja, ki smo jih uporabljale pri svojem

delu. Kot psihiatrična medicinska sestra sem bila vključena tudi v Komisijo psihiatrov za nadzor psihiatričnih bolnišnic po Sloveniji.

V letu 1981 sem bila na mednarodnem kongresu mednarodnega sveta za zdravstveno nego (International Council of Nursing) v Los Angelesu. Ogledala sem si tudi psihiatrijo in sodelovala pri terapevtskih skupnostih, obiskala sem fakulteto za mentalno zdravje in fakulteto za geriatrijo. Pri pregledu oddelka za mentalno zdravje sem ugotovila, da so dejavnosti enake kot pri nas, vendar so bili naši prostori bolj urejeni.

Leta 1981 mi je bilo ob prihodu prof. dr. Cvetka, dr. med., ki je prevzel delovno mesto direktorja, ponujeno delovno mesto vodje negovalske in gospodinjske službe. Ponujeno mesto sem sprejela in nadaljevala s svojim delom.

Glavne medicinske sestre so bile po enotah klinike. Klinične oddelke v Polju je vodila višja medicinska sestra Marija Gorše Muhič, ki je vodila največjo enoto in s tem tudi veliko odgovornost pri svojem delu. Za Center za mentalno zdravje je bila zadolžena višja medicinska sestra Ladi Škerbinek, za Psihiatrični dispanzer pa višja medicinska sestra Anka Grilc. Delo so opravljale zelo dobro in sodelovanje z njimi je bilo prijetno. Na vseh oddelkih so bile višje medicinske sestre. Delo je potekalo strokovno. V tedenske strokovne sestanke so bile vključene glavne medicinske sestre enot in višje medicinske sestre oddelkov. Sprejemale smo nove naloge, da je delo na kliniki potekalo čim bolj strokovno in kakovostno.

V ponovnem mandatu sem še vedno sledila šolstvu. S prof. dr. Kobalom in prof. dr. Tomorijevo smo pripravili program za visoko šolstvo za mentalno zdravje, ki je bilo namenjeno medicinskim sestram z že opravljenim podiplomskim študijem psihiatrije. Ta program sva s prof. dr. Kobalom primerjala s programom Fakultete za mentalno zdravje iz Los Angelesa. Ugotovila sva, da sta skoraj identična. V Pedagoškem svetu za zdravstveno izobrazbo Slovenije so obravnavali tudi program specializacije iz psihiatrije za višje medicinske sestre. Program je dobil podporo, vendar s pridržkom, ali naj ima prednost specializacija ali pa visoko šolstvo za medicinske sestre. Oboje je bilo potrjeno s pomočjo prof. dr. Kobala, ki je bil tedaj dekan Medicinske fakultete, in ge. Maruše Miloradovič, ki je bila zaposlena na Ministrstvu za zdravstvo. Predlagane so bile tri smeri: smer za mentalno zdravje, smer za glavne medicinske sestre in smer za šolske medicinske sestre; program je bil sprejet pri usmerjenem izobraževanju. Z visokošolsko izobrazbo, smer za mentalno zdravje, bi bila medicinska sestra v timu enakovredna psihiatru in kliničnim psihologom v skupinah pacientov.

Hospitalizirani bolniki so začeli uporabljati svojo obleko, s čimer so se znižali stroški. Tudi osebje na Centru za metalno zdravje je že opuščalo halje in uniforme ter začelo nositi svoja oblačila.

Sodelovala sem tudi v svetu Kliničnega centra v Ljubljani. Imela sem možnost, da se seznanim s prvimi novostmi ali prioritetami na klinikah in vse to sem uspešno uporabljala pri svojem delu. Ob mojem odhodu v pokoj smo imeli že okoli 40 višjih medicinskih sester, manjše število srednjih medicinskih sester in manjše število bolničarjev.

Prijetno mi je, da je bilo moje delo opaženo in nagrajeno. Za društveno delo v Zvezi društev medicinskih sester Slovenije sem bila leta 1977 odlikovana z redom dela s srebrnim vencem, ki sem ga prejela od predsednika Socialistične federativne republike Jugoslavije. Ob 50-letnici obstoja Zveze društev medicinskih sester Slovenije sem prejela priznanje zlati znak. Ob 25-letnici ustanovitve Višje šole za zdravstvene delavce v Ljubljani sem prejela priznanje za prispevek k izobraževanju višjih zdravstvenih delavcev. Leta 1981 sem bila članica jugoslovanske delegacije na Svetovnem kongresu medicinskih sester v Los Angelesu. Štiri leta pozneje (1985) sem bila odlikovana z redom zaslug za narod s srebrno zvezdo s strani

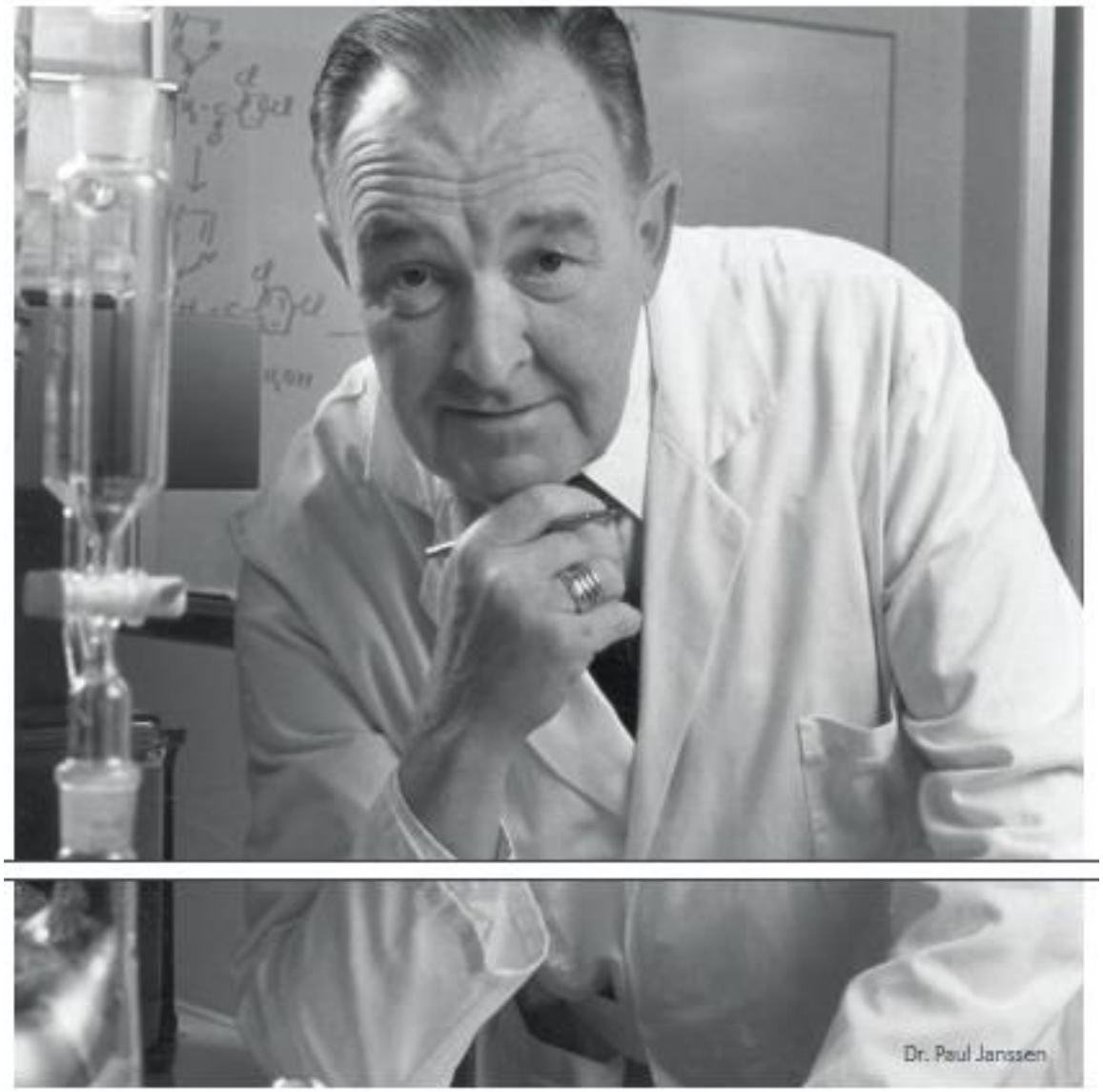
Predsedstva federativne republike Jugoslavije na predlog Univerzitetne psihiatrične klinike. Leta 1989 sem prejela priznanje dr. Potrča za življenjsko delo, leto pozneje pa priznanje ob 30-letnici ustanovitve Psihiatrične sekcije. Ob 70-letnici ustanovitve Društva medicinskih sester sem prejela priznanja za ustanovitev Sekcije za medicino dela in športa ter plaketo za ustanovitev Nevropsihiatrične sekcije. Ob 80-letnici ustanovitve Društva medicinskih sester sem prejela priznanje za delovanje v Društvu medicinskih sester ljubljanske regije. Ob 10-letnici pevskega zbora DU Komenda pa sem leta 2011 prejela Gallusovo srebrno značko.

Zahvalila bi se rada ravnateljem, prof. dr. Milošu Kobalu, direktorjem, predstojnikom, zdravnikom in vsem, ki nas je družilo skupno delovanje, predvsem pa kolegicam za sodelovanje in pomoč, da je bilo naše delo na kliniki uspešno.

Po mojem odhodu je sprejela mesto glavne medicinske sestre gospa Ladi Škerbinek. V zadovoljstvo mi je, da se je moja vnukinja odločila in zaposlila na psihiatriji kot srednja medicinska sestra in ob delu uspešno končala Visoko šolo za zdravstveno nego. Srečna bom, če bo to delo opravljala z veseljem, potrpežljivostjo in posluhom za paciente ter pripomogla k uspehu in ugledu psihiatrične nege.

Ob tem se spomnim, da mi je ob prihodu na psihiatrijo prof. dr. Leo Milčinski poklonil svoj strokovni prispevek iz Zdravniškega obzornika s pripisom, »da bi pognala korenine v psihiatriji«. Mogoče mi je to uspelo.

Ljubljana, 14. 8. 2012
Maruša Šolar
Glavarjeva 82, 1218 KOMENDA



Ponosni smo na preteklost.
Ustvarjamo boljšo **prihodnost**.

Nadaljujemo z znanstvenim delom dr. Paul Janssen-a, ustanovitelja farmacevtskega podjetja Janssen in enega najbolj inovativnih znanstvenikov na področju farmacije.

Janssen, farmacevtski del Johnson & Johnson d.o.o., Šmartinska 53, 1000 Ljubljana, tel. 01 401 18 00

janssen