



Vážení kolegovia,

V redakčnej rade, ale aj inde sa diskutuje už dlhší čas o existencii, resp. neexistencii záchytných staníc.

Domnievame sa, že spoločenský tlak a potreba takýchto zariadení je. Avšak principiálne nejde o medicínske zariadenie. Štát, ministerstvo zdravotníctva predpokladá ich existenciu. Ale prehadzuje horúci gaštan tohto problému medzi rezortmi (zdravotníctvo – vnútro – spravodlivosť) a obcami. Nikde sa však nehovorí jasne o ich financovaní. Ponúkla sa táto skvelá možnosť mestám a obciam. Tie sa však bránia, že nemajú na takúto aktivitu finančné prostriedky vo svojich rozpočtoch.

Myslíme si, že k problému sa treba vyjadriť, treba o probléme diskutovať. Otvárame preto v našom časopise diskusiu k tejto téme. Uvítame rôzne pohľady a radi ich uverejníme. Ďalej nájdete prvý príspevok k tejto téme.

*Prof. MUDr. Vladimír Novotný, CSc.,
vedúci redaktor ADZ*

K ZNOVUZRIAĎOVANIU PROTIALKOHOLICKÝCH ZÁCHYTNÝCH STANÍC

K. TURČEK, V. NOVOTNÝ

Psych-Turček, s.r.o., Nitra
Psychiatrická klinika LF UK a FNsP, Bratislava

Vývin riešenia problémov s etylizovanými osobami v našich krajinách (ešte v Československu, neskôr v SR) predstavuje krivoľakú a hrboľatú cestu. V literatúre sú aj viaceré rôznorodé názory. Sami sme už dávnejšie k tejto problematike prezentovali svoj názor (Turček, K., 1990). Žiaľ, nebol vypočutý, a následne došlo k rušeniu záchytných staníc, ktoré mnohým zdravotníckym zariadeniam boli na ťarchu. Národný akčný plán pre problémy s alkoholom vychádza z toho, že protialkoholické záchytné izby nepatria do rezortu zdravotníctva, „ich hlavnou úlohou je represia v prípade občanov rušiacich verejný poriadok v dôsledku pitia alkoholu“ (Okruhlica, Stowasserová, 2007).

Treba si uvedomiť, že nadmerné a škodlivé užívanie alkoholických nápojov u nás, ale aj inde je všadeprítomným faktom. Z toho vyplýva aj potreba spoločnosti chrániť sa pred rušivými jednotlivcami, ale zároveň aj povinnosť chrániť ich (aj proti ich vôli) pred možnými následkami ich alkoholovej epizódy.

Spoločnosť hľadá riešenia, ktoré sú často nereálne, odborne nepodložené a nekonštruktívne. Je to predovšetkým tým, že túto otázku, pre niektorých aktuálne i politicky atraktívnu, skúšajú riešiť politici a novinári, ktorým chýbajú odborné vedomosti a praktické skúsenosti s takýmito zariadeniami (nanajvýš ak majú osobné). Zdá sa nám, že dochádza opäť k podceneniu celej šírky a hĺbky problematiky i zo strany riadenia rezortu, ktorý vo veci tápe a riešenie odsúva do neurčita. Skutočné riešenie však môže vychádzať len z úzko odborných základov, ktoré musia byť rešpektované, a zdravotnícky manažment následne dorieši len niektoré organizačné aspekty (prieskory, štandardizované vybavenie, personálne otázky, platby za vyšetrenia a iné úkony spojené s riešením konkrétneho prípadu atď.).

Ako ilustráciu neriešenia situácie môžeme uviesť skúsenosť z Psychiatrickej kliniky LFUK a FNsP v Bratislave. Diagnosticky sa analyzoval súbor pacientov za definované obdobie (10 týždňov) na prelome roku 2008/09.

V tom čase 28,4 % pacientov tvorili pacienti s diagnózou F 10-19, teda asi 1/3. Avšak kategórie F10.0-10.5 tvorili 22,5 % všetkých príjmov na klinike. V úplnej väčšine išlo o „záchyty“ s pobytom do 24 hodín (Aziri, 2009).

Vychádzajme z presvedčenia, že *ebrieta je intoxikácia*, a ako taká nie je psychiatrickou diagnózou. Treba skončiť s neadekvátnou predstavou, že opitý jedinec patrí na psychiatriu.

Predstavme si, že akcia sa začína tým, že polícia zadrží opitého jedinca. Problém nastáva otázkou „kam s ním?“ Pretože vieme, že za prejavmi ebriety sa môžu skrývať aj rôzne iné stavy a ochorenia (úraz hlavy, resp. príznaky organického poškodenia mozgu v najširšom zmysle slova, metabolické poruchy, nealkoholové intoxikácie atď.), mali by sme sa zhodnúť na tom, že tohto jedinca je potrebné lekársky komplexne vyšetriť.

Ak boli vylúčené chorobné prejavy nealkoholového pôvodu, riešenie má podľa nášho názoru jednoduchý a jednoznačný kľúč. Pokiaľ si všetci spomenieme, rozoznávajú sa tri štádiá ebriety.

1. *Lahký stupeň prostej opilosti* nevyžaduje ďalšie medicínske riešenie. Zvládnutie prípadného nepokoja alebo agresivity opitého jedinca patrí do kompetencie polície v cele predbežného zadržania.

2. *Stredný stupeň prostej opilosti* je potrebné umiestniť na expektačné lôžka centrálného príjmu (CPO) a jedinca sledovať. Prípadná úloha psychiatra sa orientuje na poskytnutie konziliárnej pomoci a môže sa týkať aj kooperácie pri riešení nepokoj. Je potrebné tiež vylúčiť prípadné somatické komplikácie.

3. *Ťažký stupeň prostej opilosti* jednoznačne patrí na hospitalizáciu na ARO, ktoré je personálne i materiálne vybavené na riešenie ťažkých intoxikácií.

4. Ak *ebrieta súvisí s trestným činom*, majú záležitosť riešiť orgány činné v trestnom konaní. Bohužiaľ často sa stretávame s tým, že napr. polícia uloží pacienta s ebrietou na psychiatriu, lebo nevie organizačne zvládnuť začatie trestného stíhania, alebo sa poukazuje na to, že človek v ebriete nesmie byť v cele predbežného zadržania. („Vezmite ho, zajtra uvidíme...“)

Vyššie sme sa dotkli len stavov prostej opilosti. Stavy opilosti komplikovanej a patickej predstavujú samostatnú problematiku.

Z uvedeného vyplýva, že žiaden prípad prostej opilosti nepatrí do odbornej kompetencie psychiatra a psychiatrické pracovisko nemá žiaden odborný dôvod takého jedinca brať na lôžko. Psychiatria nedisponuje žiadnym personálom zameraným na silové zvládanie agresivity opilcov, od psychiatrického personálu nemožno ani čakať či žiadať, aby sa vystavoval možným rizikám zranenia. Každému je iste jasné, že riešenie nemôže ísť ani cestou prítomnosti nejakého ochrankára, nebudaj policajta na psychiatrickom pracovisku na takéto účely. Nie je to prijateľné aj pre nevhodnosť represívnych

praktík na psychiatrických pracoviskách. Nezabúdajme ani na krajnú nevhodnosť mať etylizovaného jedinca v priestore vyhradenom pre duševne chorých, na ktorých môže veľmi nepriaznivo vplývať nielen samotný fakt prítomnosti zadržaného etylizovaného jedinca, ale aj opatrenia spojené s jeho pacifikáciou.

Na záver si dovoľujeme zopakovať najdôležitejšie fakty:

1. Riešenie problematiky rušivých etylizovaných jedincov je nevyhnutné.
2. Ebrieta je intoxikácia, nepatrí do pôsobnosti psychiatrov, nanajvýš v podobe konziliárnej služby.
3. Jednotlivé prípady treba diferencovať podľa stavu a riešiť ich vecne a odborne adekvátne.
4. Treba vytvoriť reálne (nie fiktívne) legislatívne predpoklady, aby etylizovaní jedinci za nevyhnutnú diagnostiku a ďalšie riešenia platili príslušným zariadeniam bez ohľadu na ich osobnú situáciu (odmietajúci, nezamestnaní, bezdomovci a pod.).
5. Diagnostické a iné úkony súvisiace so záchyтом v prípade nedobytnosti pohľadávok od etylizovaných jedincov by mal uhradiť štát príslušným zariadeniam.

Súčasný stav je neudržateľný. Psychiatrické oddelenia sa postupne menia na záchytky, so všetkými negatívnymi konzekvenciami. Čudovať sa, že zdravotníctvo je vo finančnom deficite a zároveň očakávať, že bude vykonávať úkony, ktoré nikto neuhradí, je nielen neadekvátne, ale aj priamo nemorálne. Je potrebné dosiahnuť, aby sa kompetentní touto problematikou zaoberali vážne, aby pre tieto riešenia vypočuli hlas odborníkov, lebo politické riešenia neprinesú určite užitočný výsledok, ktorý by bolo treba za krátky čas z rôznych dôvodov opäť meniť, a ktorý môže problémy len navrstviť a komplikovať.

L i t e r a t ú r a

- Aziri, H.*: Stručný prehľad príjmov na Psychiatrickej klinike LF UK a FNŠP v Bratislave za obdobie 30. 11. 2008 – 11. 2. 2009. Seminár PK LF UK a FNŠP, Bratislava, 18. 2. 2009
- Okruhlica, L. – Stowasserová, N.*: Konečne – Národný akčný plán pre problémy s alkoholom. Alkohol Drog Záv, 42, 2007, 1, s. 59 – 63
- Turček, K.*: Príspevok k otázke koncepcie a činnosti protialkoholických záchytných staníc. Protialkohol Obz, 25, 1990, 5, s. 263 – 266

Do redakcie prišlo: 20. 5. 2009

Adresa autora: Doc. MUDr. K. Turček, CSc., Na hôrke 9, 949 11 Nitra