

NA POMOC PRAXI

PRVÉ KROKY NA VYUŽITIE PROTIALKOHOLICKEJ ZÁCHYTNEJ STANICE AKO DETOXIKAČNÉHO CENTRA A PRE PRVÚ PSYCHIATRICKÚ POMOC V NAŠICH PODMIENKACH

Základné úlohy protialkoholickéj záchytnej stanice sú každému známe. Jej poslanie a činnosť nám však neprináša uznanie a ocenenie u našich nadriadených orgánov a kolegov, ale skôr odiózne postoje. Preto už mnoho rokov som sa snažil zaviesť aj iné formy využitia protialkoholickéj záchytnej stanice (ďalej PAZS), ktoré by nemali prevažne policajno-represívny charakter. Predpokladal som, že tieto aktivity získavajú ocenenie u príslušného spádového psychiatrického oddelenia a azda i iných inštitúcií.

M. Turček r. 1969 v Protialkoholickom obzore uviedol, že ak má byť PAZS zdravotníckym zariadením, v popredí musí byť sledovanie medicínskej stránky problému opilstosti ako intoxikácie. To vyžaduje splnenie určitých predpokladov, aby PAZS mohla existovať ako medicínske zariadenie.

Ide najmä o tieto fakty: 1. správne a neodkladné diagnostikovanie opilstosti a jej stupňa; 2. diagnostiku iného porušenia zdravotného stavu (úraz, iná intoxikácia, epilepsia, duševné poruchy), ide o prípady, z ktorých mnohé vlastne potrebujú psychiatrickú prvú pomoc – poznámka autora; 3. vylúčenie tých prípadov, u ktorých nejde o poruchy zdravia, o opilstosť takého stupňa, že by vyžadovala medicínsky zásah – teda obyčajní výtrzníci, tuláci dopravení do PAZS na „úschovu“ a pod. M. Turček postuluje, aby opilstosť vždy diagnostikoval lekár a kritizuje vtedajšiu prax, kedy sa to robilo minimálne. Pri prípadoch prvej pomoci, o ktorých budem hovoriť, či už detoxikačnej alebo psychiatrickej, je však vyšetrenie psychiatrom bezpodmienečne nutné, teda *conditio sine qua non*.

Podľa Skálu v socialistických krajinách záchytky pracujú podľa nášho vzoru. Najväčšia je vo Varšave, najviac PAZS bolo v Moskve. V týchto štátoch sú PAZS niekde pričlenené k zdravotníctvu, inde, napr. v ZSSR, k ministerstvu vnútra. Na Západe, napr. v Rakúsku, rieši polícia problém vo zvlášť vyčlenených miestnostiach, vo Viedni vypomáha psychiatrická klinika. V SRN prípady rieši polícia. V Juhoslávii alkoholológ Hudolín sa bál zriadenia PAZS zo strachu pred nehumanistickými zásahmi v nich. Doteraz nie sú v Juhoslávii záchytné stanice, ako nás o tom informovali v tomto roku členovia Klubu abstinentov z Nového Sadu pri družobnej návšteve v žilinskom Klube abstinentov – KLUS. Pre nás sú zaujímavé riešenia napr. vo Švédsku, kde majú protialkoholické kliniky vyčlenené lôžka pre akútne detoxikácie, teda ako naše ZS, ďalej v USA, kde prvú záchytku zriadili v r. 1966 vo forme detoxikačného centra. Toto začalo nahradzovať policajné cely v USA a Kanade, známe pod menom „drunk tank“, voľne preložené zberňa opilcov. Toho času je v USA mnoho detoxikačných centier, ktoré pracujú podľa vzoru centra v St. Louis. Dĺžka pobytu v nich je 24 až 37 hodín, často i týždň. Intoxikované osoby idú radšej do detoxikačného centra, aby ich polícia nedala do väzenia, ako to bolo pred zriadením detoxikačných centier. V Kanade a v Anglicku je prax podobná, pričom v Anglicku trvá pobyt 2 – 3 dni až týždň. Konštatujú, že zaradenie do centra namiesto do väzenia znamená humanistickejší a efektívnejší postup. Inak v mnohých krajinách na svete existuje ešte ambivalentný až záporný postoj PAZS.

Stručne uvádzam informáciu zo Stredoslovenského kraja: r. 1988 bolo tu 14 PAZS. Poslednú otvorili v Brezne v r. 1986. Počet lôžok je celkovo 105. Nepretržitá prevádzka je v PAZS Žilina, Prievidza, Zvolen, spolu na 27 lôžkach. Popoludňajšia a nočná je v B. Bystrici, Brezne, Čadci, v D. Kubíne, Liptovskom Mikuláši, Martine, Veľkom Krtíši, Rimavskej Sobote a v Lučenci. Nočná prevádzka je len v Žiari nad Hronom. Obložnosť bola r. 1987 spolu 7399 zachytených, z toho ženy 426, mladstvá 248. Priemerná využitnosť bola 20,4 %.

Vlastné skúsenosti

Na základe podnetov z literatúry, vychádzajúc z faktu, že na žilinskej záchytnej stanici, kde som bol mnoho rokov od jej založenia r. 1961, bola už dávno odpoľudňajšia a nočná prevádzka a od r. 1980 nepretržitá, ďalej, že som mal a mám psychiatrickú ordináciu priamo na „záchytke“, relatívne dosť dobre vybavenej, chcel som dosiahnuť, aby PAZS aspoň čiastočne stratila dovtedy výlučne policajno-represívny charakter, aby sa v nej vykonávali pre alkoholikov, iných toxikomanov a aj pre psychiatrických pacientov medicínske a humánne aktivity, aby takto v očiach aspoň niektorých pacientov sa stala miestom pomoci v krízových životných situáciách a tým sa do určitej miery zmiernil hostilný postoj verejnosti k tomuto zariadeniu. Okrem toho pri pohotovostných službách na psychiatrickom oddelení som vyšetroval a prijímal krátkodobé, prechodné psychické poruchy: abnormné reakcie, hysterické reakcie, primitívne reakcie, demonštratívne tentamina suicidií, ebriety, pri ktorých nešlo o sociálne maladaptívne konanie, ale o psychopatologické prejavy, kde boli diagnostické pochybnosti a pod. Bolo mi zrejmé, že pri týchto stavoch by bol stačil niekoľkohodinový pobyt v zdravotníckom zariadení, počas ktorého by došlo k upokojeniu pacienta natoľko, že by bol schopný adaptívne a racionálne riešiť svoju situáciu a mohol by sa správne diagnostikovať. Ráno by ho vyšetril psychiater patričným psychoterapeutickým pohovorom, mohli by sa urobiť potrebné sociálne zákroky (predvolanie príbuzných, zariadenie odvozu a pod.). Takto by sa zamedzilo obsadeniu lôžka na psychiatrickom oddelení, kde (ako všade u nás) je nedostatok lôžok, odpadla by administratívna a iná práca kolegov, nevznikli by náklady, pacient by nebol „označovaný“, že bol na psychiatrii a pod. Konečne šlo o stavy, ktoré vyžadovali len sociálne riešenie – napr. demencie, mentálne retardácie, ktoré

by stačilo ponechať do rána, kedy by sa mohli odvieť na patričné miesto. Pri umiestnení na ZS by sa situácia riešila promptne, zatiaľ čo pri prijatí na oddelenie by sa riešenie komplikovalo a protahovalo.

Podľa týchto úvah začali sme vykonávať tieto aktivity v žilinskej PAZS, so súhlasom prednostu oddelenia, od začiatku 70. rokov takto: Ako sme spomenuli, indikáciu pre pobyt v ZS za účelom detoxikácie alebo inej psychiatrickej prvej pomoci, musí vždy stanoviť psychiater, pričom pacientov, ktorí boli takto prijatí na ZS, možno rozdeliť do dvoch skupín.

Do prvej patria pacienti s drogovou závislosťou. U týchto ide najmä o prerušenie „tahu“ s poruchami konania, o rýchlu detoxikáciu so zvládnutím prípadného debaklového stavu, depresie a pod. Ďalej ide i o znovunasadenie disulfiramu, pretože v bežnom živote nie sú schopní abstinovať ani jeden deň. Ich pobyt v PAZS trvá aspoň 24 hodín. Nasadenie disulfiramu je síce lege artis priskoré, no situácia sa t. č. ináč riešiť nedá a doteraz sme nemali žiadnu komplikáciu. Zvlášť zdôrazňujem, že ide o pacientov, ktorí už brali predtým disulfiram alebo prerušili súčasnú liečbu. Po nasadení disulfiramu zostávajú ešte niekoľko hodín na ZS kvôli pozorovaniu, event. reakcii a pod. Efekt takéhoto pobytu je prevažne veľmi dobrý a pacient zvyčajne pokračuje v ambulantnej liečbe, alebo sa podrobí iným opatreniam ako pri nealkoholickej toxikománii. Pacient, ktorý by rozhodne odmietol hospitalizáciu na psychiatrickom oddelení, podrobí sa takto bez problémov tejto forme riešenia jeho situácie, môžu sa mu podať prípadne tiež iné lieky.

Druhú skupinu tvoria psychiatrické prípady, u ktorých sa síce môže vyskytnúť ebrieta, no tá je pre riešenie stavu a situácie irelevantná. Pobyt týchto pacientov indikuje najmä lekár pohotovostnej služby na psychiatrickom oddelení OÚNZ Žilina–Bytča, kam pacienta odošle na prijatie. Tento po vyšetrení vyhotoví patričnú stručnú dokumentáciu, nález a odošle pacienta na prijatie do ZS v rámci prvej psychiatrickej pomoci. Pacienta tu sledujú, pozorujú, poskytnú mu potrebnú starostlivosť, podávajú event. pacifikujúcu liečbu podľa ordinácie lekára a vykonávajú potrebné sociálne zákroky, ako napr. predvolanie príbuzných na ráno, zabezpečenie odvozu mimo okresu Žilina a pod. Ak je v noci potrebná lekárska pomoc, volá sa pohotovostná služba z OÚNZ. Ráno pacienta vyšetrí vedúci lekár ZS. Ten stav konečne diagnostikuje v rámci možnosti, vykoná adjuvantnú psychoterapiu, pohovorí s príbuzným.

odporučiť ďalšiu starostlivosť. Ak to upresnená diagnóza a stav pacienta vyžaduje, odošle ho spať na psychiatrické oddelenie na hospitalizáciu. Toto sa však stáva len výnimočne. Ak nie je vedúci lekár ZS prítomný, vyšetrenie vykoná zastupujúci ambulantný psychiater, alebo v sobotu a v nedeľu sa pacient znovu prevezie na psychiatrické oddelenie, kde ho lekár pohotovostnej služby skontroluje, urobí potrebné opatrenia a odošle ho domov. Pacient za takýto pobyt neplatí, pretože ide vlastne o nemocničné ošetrovanie. Tento postup sa síce s riaditeľstvom OÚNZ detailne neprerokoval, no doteraz neboli žiadne námietky. Myslím, že takýto pobyt je pre OÚNZ omnoho ekonomicky výhodnejší, pretože hospitalizácia je nepomerne nákladnejšia. Pri dlhších detoxikačných pobytach (okolo 24 hodín) môžu príbuzní doniesť pacientovi aj stravu.

Prví pacienti boli takto ošetrení v r. 1970, kedy išlo o ojedinelé prípady. V ďalších rokoch počet stále stúpal a do r. 1985 bolo to 284 pacientov. Ak uvážime, že len minimálny počet prípadov bolo potrebné na druhý deň hospitalizovať, tak to znamená značnú pomoc pre oddelenie, kde by museli pacienti hospitalizovať, blokovali by lôžka, bolo by treba mnoho administratívnej práce. Skúsenosti s touto formou pobytu na ZS sú veľmi dobré. Tento bud postačuje na to, aby odznegli abnormné reakcie, došlo k emočnému vyrovnaniu sa, k upresneniu diagnózy a pacient sa začne správať sociálne adekvátne a rieši racionálne svoju situáciu, alebo dôjde k najnutnejšej detoxikácii. V niektorých prípadoch riešime na najnutnejší

čas ich umiestnenie. Aj keď v uvedených prípadoch ide vlastne o „úschovu“, proti ktorej sa stavala M. Turček, treba zväziť, že by sme sa jej v daných prípadoch nevyhli a museli by sme ju riešiť nežiadúcim, omnoho komplikovanejším spôsobom, teda prijatím na psychiatrické oddelenie.

Myslím, že väčšina záchytných staníc v Stredoslovenskom kraji má také podmienky a vybavenie, aby mohli začať takúto formu využitia ZS. Pritom musíme predpokladať, že v budúcnosti sa bude rozširovať prevádzkový čas záchytných na nepretržitý čas, ako to bolo postupne aj v okrese Žilina. Takto by sme sa mohli priblížiť k prevádzke detoxikačných centier a staníc prvej psychiatrickej pomoci v iných krajinách.

MUDr. Ž. Adamica
Psychiatr. odd. OÚNZ Žilina-Bytčica

LITERATÚRA

Turček, M.: Poznámky ku koncepcii protialkoholických záchytných staníc. Protialkohol. Obz. IV, 1969, 1, str. 8 – 16

Redakčná poznámka: Činnosť záchytnej stanice, ako o nej referuje MUDr. Adamica, má humánný zámer, ale vybočuje po právnej stránke z náplne činnosti tohto zariadenia (aj inovovaným predpisom navrhovaným v súčasnom období). Článok môže vyvolať diskusiu a polemiku.