PANI ANNA

Pani Anna je 53 ročná žena so závažnými zdravotnými problémami. Je vydatá, má dvoch synov vo veku 30 a 28 rokov, ktorí žijú v blízkosti.

Tesne po narodení druhého syna mala pani Anna diagnostikovanú unipolárnu depresívnu poruchu a dvadsať rokov bola v ambulantnej liečbe v miestnom zdravotníckom centre.

Nedávno sa u nej prejavili symptómy zvýšenej euforickej nálady, hyperaktivity, extravagantného míňania peňazí, strate sexuálnych inhibícií, nespavosti. Počas posledného mesiaca trikrát navštívila svojho psychiatra, ktorý jej zmenil lieky. Dvakrát bola prijatá na pohotovosti a boli jej administrované sedatíva, avšak so slabými účinkami kvôli nedodržiavaniu inštrukcií a liečby.

Počas posledného týždňa ju pracovníci miestneho centra duševného zdravia navštívili trikrát. Pacientka odmietla liečbu i dobrovoľný nástup na liečbu v psychiatrickej liečebni. Preto sa rozhodli pre nútený nástup na liečbu v psychiatrickej liečebni. Manžel a synovia sa k tomuto rozhodnutiu postavili nerozhodne. Pani Anna bola krajne rozčúlená.

Po prijatí jej boli nasadené antipsychotiká a sedatíva proti úzkosti a na spanie vo vysokých dávkach. Bola v permanentnom stave rozhorčenia a s lekármi a personálom nespolupracovala. Po piatich dňoch terapie bola stále agitovaná až zmätená, zrejme v dôsledku kombinácie manického ochorenia a sedatív. Zamestnanci sa rozhodli pre fyzické obmedzenie jej pohybu pripútaním k posteli na jej ochranu pred možnými pádmi a pred možnou agresiou zo strany ostatných pacientov vyrušovaných jej krikom. Putá boli uvoľňované každých 12 hodín aby jej bol umožnený pohyb, osobná hygiena, strava a tekutiny.

Počas tohto obdobia je pacientka na antipsychotikách, no ostáva zmätená, rozčúlená a neustále kričí. Po štyroch dňoch fyzického obmedzenia je nájdená počas bežnej kontroly bez známok života. Pokusy o resuscitáciu neboli úspešné. Súdny lekár konštatoval, že príčinou bola pľúcna tromboembólia v dôsledku imobilizácie.

Tento prípad bol konzultovaný s viacerými psychiatrami a lekármi. Z rozhovorov vyplynulo ako by riešili tento prípad v iných slovenských nemocniciach:

* V najväčšej psychiatrickej nemocnici by prípad riešili umiestnením pacientky do sieťovej postele, čo je štandardný postup v prípadoch agresie či rozrušenia. Personál to považuje za adekvátny postup nakoľko „v sieťovej posteli sa pacient môže hýbať a predchádza sa riziku tromboembólie“. Pacientka by bola v sieťovej posteli umiestnené tak dlho ako by pretrvával jej stav rozrušenia. Nemocnica získava od poisťovní financie za lôžkodni na každého pacienta.
* V druhej nemocnici by pani Anne boli „hneď po prijatí administrované elektrošoky a bola by presunutá do špecializovanej psychiatrickej liečebne“. Dôvodom pre urýchlené konanie je aj financovanie na základe ukončenej liečby, takže nemocnica sa snaží prepustiť pacienta čo najskôr.

**Zadanie**

1. Je postup v prípade pani Anny (a navrhované postupy iných lekárov) v súlade s legislatívou SR o zdravotnej starostlivosti?
2. Je tento postup v súlade s ľudskoprávnymi normami OSN (obzvlášť Dohovoru o právach ľudí so zdravotným postihnutím)?
3. Je naša legislatíva v tejto oblasti v súlade s medzinárodnými ľudskoprávnymi normami? Napĺňa podstatu dôstojného zaobchádzania? Ako by sa mohla prax v takýchto prípadoch vylepšiť?

VÝŇATKY Z DOKUMENTOV

**ZO** ZÁKONA 576/2004 O ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI, SLUŽBÁCH SÚVISIACICH S POSKYTOVANÍM ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI:

**§ 11 Práva a povinnosti osôb pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

(9) **Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti má každý právo** za podmienok ustanovených týmto zákonom na

a) **ochranu dôstojnosti, rešpektovanie svojej telesnej integrity a psychickej integrity**,

b) **informácie týkajúce sa jeho zdravotného stavu**,

c) **informácie o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia** poskytnutia zdravotnej starostlivosti (§ 6 ods. 1),

d) odmietnutie poskytnutia zdravotnej starostlivosti okrem prípadov, v ktorých podľa tohto zákona možno poskytnúť zdravotnú starostlivosť bez informovaného súhlasu (§ 6 ods. 9),

e) rozhodnutie o svojej účasti na výučbe alebo na biomedicínskom výskume,

f) zachovanie mlčanlivosti o všetkých údajoch týkajúcich sa jeho zdravotného stavu, o skutočnostiach súvisiacich s jeho zdravotným stavom, ak v prípadoch ustanovených osobitným predpisom13) nie je zdravotnícky pracovník zbavený tejto mlčanlivosti,

**g) zmiernenie utrpenia,**

**h) humánny, etický a dôstojný prístup zdravotníckych pracovníkov.**

**§ 6 Poučenie a informovaný súhlas**

(1) Ošetrujúci zdrav**otnícky pracovník je povinný informovať o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia** poskytnutia zdravotnej starostlivosti

a) **osobu, ktorej sa má zdravotná starostlivosť poskytnúť**, alebo aj inú osobu, ktorú si táto osoba určila,

b) **zákonného zástupcu, opatrovníka, poručníka**, ... ak osobou, ktorej sa má zdravotná starostlivosť poskytnúť, je osoba pozbavená spôsobilosti na právne úkony alebo osoba s obmedzenou spôsobilosťou na právne úkony (ďalej len „osoba nespôsobilá dať informovaný súhlas“) a **vhodným spôsobom aj osobu nespôsobilú dať informovaný súhlas.**

(2) Ošetrujúci zdravotnícky pracovník je **povinný poskytnúť poučenie zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku**, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť pre informovaný súhlas a primerane rozumovej a vôľovej vyspelosti a zdravotnému stavu osoby, ktorú má poučiť.

**(9) Informovaný súhlas sa nevyžaduje v prípade**

a) **neodkladnej starostlivosti**, ak nemožno včas získať informovaný súhlas, ale ho možno predpokladať,

b) **ochranného liečenia uloženého súdom** a poskytovania zdravotnej starostlivosti na základe rozhodnutia súdu podľa osobitného predpisu,

c) ústavnej starostlivosti, ak ide o osobu, ktorá šíri prenosnú chorobu, ktorá závažným spôsobom ohrozuje jej okolie, alebo

d) ambulantnej starostlivosti alebo ústavnej starostlivosti, ak ide o osobu, ktorá v **dôsledku duševnej choroby alebo s príznakmi duševnej poruchy ohrozuje seba alebo svoje okolie**, alebo ak hrozí vážne zhoršenie jej zdravotného stavu.

VŠEOBECNÁ DEKLARÁCIA ĽUDSKÝCH PRÁV

Článok 1 Všetci ľudia sa rodia slobodní a rovní v dôstojnosti aj právach. Sú obdarení rozumom a svedomím a majú sa k sebe správať v duchu bratstva.

Článok 2 (1) Každý je oprávnený na všetky práva a slobody, ktoré stanovuje táto deklarácia, bez akéhokoľvek rozdielu rasy, farby pleti, pohlavia, jazyka, náboženstva, politického alebo iného zmýšľania, národnostného alebo sociálneho pôvodu, majetku, rodu alebo iného postavenia...

Článok 3 Každý má právo na život, slobodu a osobnú bezpečnosť.

Článok 4 Nikoho neslobodno držať v otroctve alebo nevoľníctve; všetky formy otroctva a obchodu s otrokmi sú zakázané.

Článok 5 Nikto nesmie byť podrobovaný mučeniu alebo krutému, neľudskému či ponižujúcemu zaobchádzaniu alebo trestu.

Článok 6 Každý má právo, aby bola všade uznávaná jeho právna osobnosť.

DOHOVOR OSN O PRÁVACH ĽUDÍ SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM

**Článok 14**

**Sloboda a osobná bezpečnosť**

1. Zmluvné štáty zabezpečia, aby osoby so zdravotným postihnutím na rovnakom základe s ostatnými:

(a) užívali právo na slobodu a osobnú bezpečnosť;

(b) neboli nezákonne alebo svojvoľne zbavené slobody, aby každé zbavenie slobody bolo v súlade so zákonom a aby existencia zdravotného postihnutia nebola za žiadnych okolností dôvodom na zbavenie slobody.

2. Zmluvné štáty zabezpečia, aby v prípade, ak boli osoby so zdravotným postihnutím akýmkoľvek postupom zbavené slobody, mali na rovnakom základe

s ostatnými nárok na záruky v súlade s medzinárodným právom v oblasti ľudských práv a aby sa s nimi zaobchádzalo v zhode s cieľmi a zásadami tohto dohovoru, vrátane poskytnutia primeranej úpravy.

**Článok 15**

Ochrana pred mučením alebo krutým, neľudským či ponižujúcim zaobchádzaním alebo trestaním

1. Nikto nesmie byť vystavený mučeniu ani krutému, neľudskému či ponižujúcemu zaobchádzaniu alebo trestaniu. Predovšetkým, nikto nesmie byť bez svojho slobodného súhlasu vystavený lekárskym alebo vedeckým pokusom.

2. Zmluvné štáty prijmú všetky účinné legislatívne, správne, súdne alebo iné opatrenia, aby sa na rovnakom základe s ostatnými zabránilo mučeniu alebo krutému, neľudskému či ponižujúcemu zaobchádzaniu alebo trestaniu osôb so zdravotným postihnutím.

**Článok 25**

**Zdravie**

osoby so zdravotným postihnutím majú právo na dosiahnutie najlepšieho možného zdravia bez diskriminácie na základe zdravotného postihnutia. Zmluvné štáty prijmú všetky príslušné opatrenia, ktorými zabezpečia osobám so zdravotným postihnutím prístup k zdravotnej starostlivosti vrátane liečebnej rehabilitácii, ktoré zohľadňujú rodový aspekt. Zmluvné štáty musia najmä:

(a) poskytovať osobám so zdravotným postihnutím rovnaký rozsah, kvalitu a štandard

bezplatnej alebo cenovo dostupnej zdravotnej starostlivosti a programov, ktoré sa poskytujú ostatným osobám, a to aj v oblasti zdravotníckych programov zameraných na sexuálne a reprodukčné zdravie a programov v oblasti verejného zdravia určených pre celú populáciu;

(b) poskytovať zdravotnú starostlivosť, ktorú osoby so zdravotným postihnutím, vrátane detí a starších osôb, špecificky potrebujú v dôsledku svojho zdravotného postihnutia, a to vrátane včasného zistenia, prípadne intervencie, a služby určené na minimalizáciu alebo prevenciu ďalšieho zdravotného postihnutia;

(c) poskytovať túto zdravotnú starostlivosť čo najbližšie k miestu bydliska danej osoby, vrátane vidieckych oblastí;

**(d) vyžadovať od zdravotníckych pracovníkov, aby osobám so zdravotným postihnutím poskytovali starostlivosť v tej istej kvalite ako ostatným osobám, a to aj na základe slobodného a informáciami podloženého súhlasu, okrem iného, aj zvyšovaním povedomia o ľudských právach, dôstojnosti, nezávislosti a potrebách osôb so zdravotným postihnutím prostredníctvom odborného vzdelávania a zverejňovania etických noriem pre verejnú aj súkromnú zdravotnú starostlivosť;**

(e) zakázať diskrimináciu osôb so zdravotným postihnutím pri poskytovaní zdravotného poistenia a životného poistenia, ak toto poistenie povoľuje vnútroštátne

právo, a toto poistenie sa musí poskytovať spravodlivým a primeraným spôsobom;

**(f) zamedziť diskriminačné odoprenie zdravotnej starostlivosti alebo zdravotníckych služieb alebo jedla a tekutín na základe zdravotného postihnutia.**

**RIEŠENIE**

1. In the case of Mrs. A. several articles of UN standards on human rights were violated.

First of all, **she is admitted to a psychiatric ward of general hospital and subsequently treated without consent**. Her involuntary admission and treatment are justified by her agitated mood and non-compliance with treatment.

Issue of Involuntary admission and treatment is addressed by the Article 25 (d) of the Convention of the Rights of People with Disabilities (CRPD) specifying that **“State parties .... require health professionals to provide care of the same quality to persons with disabilities as to others, including on the basis of free and informed consent...“** (UN 2007). Furthermore, involuntary admission and treatment violates **Article 14 of CRPD stating that “existence of a disability shall in no case justify a deprivation of liberty“ (UN 2007).** The abovementioned Article 14 and 25 of CRPD is supported by the 2008 report of the Special Rapporteur of the Human Rights Council on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment (UN Special Rapporteur on Torture), Manfred Nowak (UN 2008). During the treatment, Mrs. A was restrained to bed due to continuing agitation. **The UN Special Rapporteur on Torture notes “that there can be no therapeutic justification for the prolonged use of restraints, which may amount to torture or ill-treatment“** (UN 2008). The restraint in Mrs. A’s case is certainly an ill-treatment as it lead to the worst possible outcome – the death caused by pulmonary embolism triggered by lack of movement.

I would like to point out in Mrs. A’s case not only the physical restraint was present, but most **probably also chemical restraint** in the form of high dosages of sedatives.

2. In order to be able to analyze how the case would be managed in my country, the Slovak Republic, I consulted it with several users or ex-users of psychiatric services and also with psychiatrists, practising in both specialized psychiatric hospitals, as well as psychiatric wards of general hospitals and in outpatient settings.

**In the Slovak Republic**, Mrs. A would also be involuntarily admitted, either by emergency medical service people themselves, or, if she would try to physically refuse to enter the **EMS car, with an assistance of police** who would force her to get into the ambulance. The involuntary admission is mandatorily reported to a local **court that has to send someone immediately to check** on the patient and the **court issues an approval** of the involuntary hospitalization. This is a very formal procedure, the court always approves the involuntary admission and the inspecting person usually inspects only the documentation, not the patient.

Once in hospital, the management of case would differ a bit, depending on which particular hospital would Mrs. A end up in – I list here three possible and the most common scenarios taking place in cases like Mrs. A’s in my country:

**Scenario 1 (specialized psychiatric hospital)** - In a psychiatric hospital (one of the largest in the country), Mrs. A would be placed into a net bed and stay there all the time of her agitated state. The hospital is equipped with net beds and their use is common in agitated or aggresive patients. The personnel considers this to be an adequate approach and more appropriate than the use of physical restraint as „in net bed the patient can move around and the risk of thrombo-embolism is minimized compared to prolonged fixation to bed“ (one interviewed psychiatrist cited). Mrs. A would be kept on the ward as long as necessary – the specialized hospital is financed based on number of bed-days of each patient.

If Mrs. A would be hospitalized in a psychiatric ward of a general hospital, the treatment would very much depend on local practices.

**Scenario 2 (regular psychiatric ward of a general hospital)** - In one hospital, Mrs. A would be treated by “couple of electroshocks right after the admission and transfered to a specialized psychiatric hospital“ (as one of the interviewed psychiatrists said). The reason for such rapid treatment and transfer is this types of hospitals are financed by completed hospital stays, so the hospital is motivated to discharge patients as soon as possible. However, in a psychiatric ward of a different general hospital, with a progressive head of the ward, Mrs. A would be approached differently.

**Scenario 3 (progressive psychiatric ward of a general hospital)** - There are no net beds at this ward, as the personnel considers them to be degrading. If necessary (for her own protection as well as for the protection of the others), Mrs. A would be fixated to bed for a minimum necessary time – maybe 30 minutes, or couple hours maximum. The treating psychiatrist would try to avoid administration of sedatives (benzodiazepins). He/she would prefer to administer antipsychotic medication. The personnel would try to talk to Mrs. A, try to persuade her to cooperate with the recommended treatment. Even while restrained, the personnel would monitor Mrs. A, if she does not need anything, they would make sure she drinks plenty of liquids and streches her limbs often. Apart from minimizing the time of needed restaint, if restraining is necessary and if possible, only half-restraint would be used – e.g.only her legs would be fixated so Mrs. A can move her upper body freely. All the time while being restrained, the treating personnel would try to talk to her, explain her the situation politely and try to get her to cooperate.

There is yet another possiblity for Mrs. A in my country while being agitated – to be placed in an isolation room, but there is only very few of such rooms and they are used very rarely.

3. Changes in my country’s practises about involuntary admission and treatment are necessary in order to better implement human rights. **The only official binding legislation relevant in case as Mrs. A’s is the Act on Health Care that states “…the person may be hospitalized if she/he due to their mental disorder or symptoms of a mental disorder poses a threat to themselves or to other people, or if he/she is in danger of worsening their health status”** (NCSR 2004). However, this is very broad and in practice it **can be** (and it is) **interpreted very subjectively**. Very often this is misused even if no real threat is present with an argument that the last time the affected person was in such state he/she was dangerous to him/herself or to the surroundings.

UN Special Rapporteur on Torture as well as Article 14 of CRPD prohibit deprivation of liberty.

In my opinion, the **Slovak Act on Health Care needs to be amended in** order to reflect the ratified international regulations regarding informed consent.

The **use of restraints** during the treatment is another issue that needs to be addressed. **There is no national regulation**, only local practices that differ between the wards and hospitals. The **practice of restraint use depends on the ward/hospital** leadership preferences or historical preferences (“it has always been done like this”). The use of cage beds is still common in Slovak psychiatric (as well as social) care. It is very often being used due to **the lack of personnel** – to ‘preventively’ lock up patients that might need attention. The Slovak Republic was (as one of four countries) subject to investigation by Mental Disability Advocacy Center on the use of cage beds in 2003. Inappropriate and very common use of cage beds was found in this survey. The government reacted only formally and nothing changed in this area since the 2003 survey.

I realize the situation **needs a complex solution**, starting with investing significantly more resources into mental health care as is assigned currently since very common argument defending current practices is the ‘**lack of adequate alternative methods**‘. However, the first necessary step is to **increase the awareness** of the public on human rights violations in institutions of psychiatric care. The majority of personnel working in the system are already ‘blind’ to perceive such situations as wrong. Therefore, the pressure for change must come from the outside. Just very recently I learned in 2018 the **European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) intends to examine the treatment of persons deprived of their liberty in several countries**, the Slovak Republic being one of them. **Psychiatric hospitals are among the institutions** to be visited. Hopefully, the findings and recommendations of CPT will be taken by the government seriously and, together with the pressure from the public, this will lead to a positive change in mental health care system in the Slovak Republic. It is the mission and the obligation of civic organizations such as League for Mental Health Slovakia, that I cooperate with, to do the best to raise the awareness on the unacceptability of the current status quo.

**BIBLIOGRAFIA**

NCSR (2004). Act no.576/2004 on healthcare, services connected with the provision of healthcare and amending certain acts, as amended. N. C. o. t. S. Republic.

UN (2007). Convention on the Rights of Persons with Disabilities : resolution U. N. G. Assembly. <http://www.refworld.org/docid/45f973632.html> [accessed 13 April 2017]

UN (2008). Torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment : note by the Secretary-General. <http://www.refworld.org/docid/48db99e82.html> [accessed 13 April 2017] United Nations General Assembly.