

Przymus w opiece środowiskowej w Szkocji: analiza opisowa

Rachel Brown,¹ Mark Taylor,² Kirsty Mackay,¹ Callum Macleod,³ Donald Lyons³

Psychiatrist 2012; 36: 205-207

Cele i metody: W Szkocji przymus w opiece ambulatoryjnej stosuje się rutynowo na podstawie nakazów przymusowego leczenia w środowisku. Celem artykułu było opisanie wspólnych cech osób, u których stosuje się taki przymus w opiece środowiskowej. Uzyskano wystandaryzowane informacje z ogólnokrajowej bazy danych na temat osób, u których zastosowano przymus w opiece środowiskowej, i porównano te osoby z osobami poddanymi przymusowemu leczeniu szpitalnemu.

Wyniki: Przeanalizowano 499 przypadków i stwierdzono, że większość osób, u których zastosowano przymus w opiece środowiskowej, cierpiała na chorobę psychiczną, w przeszłości nie przestrzegały one zaleceń dotyczących leczenia i innych świadczeń, a u więcej niż połowy stosowano wstrzyknięcia długo działających preparatów leków przeciwpsychotycznych. Pacjenci, u których stosowano przymus w opiece środowiskowej, byli klinicznie podobni do pacjentów, u których nakazywano leczenie szpitalne, i zwykle uznawano ich za stwarzających zagrożenie dla innych osób.

Implikacje kliniczne: Przymus w opiece środowiskowej został powszechnie wprowadzony pomimo względnego braku dowodów z badań naukowych potwierdzających zasadność takiego postępowania. Uzyskane wyniki są zbliżone do rezultatów innych badań dotyczących tego zagadnienia i wskazują, że rozważanie przymusu w opiece środowiskowej jest najbardziej prawdopodobne u chorych psychicznie z ambiwalentnym nastawieniem do leczenia i stwarzających zagrożenie dla siebie lub innych.

Konflikt interesów: brak.

Leczenie przymusowe w opiece środowiskowej wprowadzono w Szkocji w październiku 2005 r. Jest ono realizowane na podstawie nakazów przymusowego leczenia w środowisku (community compulsory treatment order, CCTO) zgodnie ze szkocką ustawą o leczeniu chorób psychicznych z 2003 roku [Mental Health (Care and Treatment) (Scotland) Act 2003], dalej określaną jako „ustawa o leczeniu chorób psychicznych”. W Anglii i Walii podobny przymus w opiece środowiskowej jest realizowany na podstawie nakazów leczenia w środowisku, które wprowadzono w 2008 roku na mocy poprawki z 2007 roku do ustawy o zdrowiu psychicznym z 1983 roku (Mental Health Act 1983). W ramach CCTO dozwolone mogą być różne przymusowe działania, których zakres jest ustalany indywidualnie przez Trybunał Zdrowia Psychicznego dla Szkocji (Mental Health Tribunal for Scotland). Obejmują one nie tylko przymusowe leczenie zachowawcze, ale również wymóg zgłaszania się na wizyty lub zamieszkiwania pod określonym adresem. Kryteria przymusowego leczenia w środowisku są identyczne jak w przypadku przymusowego

leczenia szpitalnego, a mianowicie: u pacjenta musi występować choroba psychiczna; dostępne musi być leczenie, które zapobiega nasileniu choroby lub łagodzi jej objawy czy inne następstwa, bez leczenia zachodziłoby istotne zagrożenie dla zdrowia, bezpieczeństwa, dobrostanu pacjenta bądź dla bezpieczeństwa innych osób, zdolność pacjenta do podejmowania decyzji (w kwestiach dotyczących zdrowia psychicznego) dotyczących leczenia musi być istotnie upośledzona, a wydanie nakazu przymusowego leczenia w środowisku musi być konieczne. Częstość wydawania takich nakazów przez Trybunał zwiększała się stopniowo po wprowadzeniu ustawy o leczeniu chorób psychicznych aż do 2007 roku i obecnie CCTO stanowią jedną trzecią wszystkich nakazów długoterminowego leczenia w Szkocji.¹

Mimo upowszechnienia się CCTO przymus w opiece środowiskowej pozostaje zagadnieniem kontrowersyjnym. Autorzy przeglądu przeprowadzonego w ramach bazy danych Cochrane, w którym uwzględniono dwa międzynarodowe randomizowane badania kontrolowane (ale wykluczono

¹Ballenden House; ²Henderson Unit, Royal Edinburgh Hospital; ³Mental Welfare Commission for Scotland; wszystkie instytucje w Edynburgu w Wielkiej Brytanii.

Adres do korespondencji: Mark Taylor; e-mail: mark.taylor2@nhs.net

Rachel Brown, consultant psychiatrist, Ballenden House, Edynburg. Mark Taylor, consultant psychiatrist, Henderson Unit, Royal Edinburgh Hospital, Edynburg. Kirsty Mackay, consultant psychiatrist, Ballenden House, Edynburg. Callum Macleod, systems analyst, Donald Lyons, chief executive, Mental Welfare Commission for Scotland.

z niego inne badania ilościowe), doszli do wniosku, że CCTO mogą nie być skutecznym rozwiązaniem alternatywnym dla standardowej opieki.² Jako motywy przeciwstawiania się takim środkom przeciwnicy przymusowego leczenia w środowisku podają kontrolę i zagrożenie, argumentując, że może ono niekorzystnie wpływać na przymierze terapeutyczne oraz odstraszać osoby z ciężką chorobą psychiczną od korzystania z pomocy ośrodków prowadzących leczenie.³ Randomizowane badania dotyczące przymusu w leczeniu w środowisku były krytykowane za brak możliwości uogólniania wyników ze względu na znaczne różnice struktury ośrodków prowadzących leczenie oraz sposobu udzielania przez nie świadczeń.⁴

Niewiele wiadomo na temat skuteczności przymusowych środków w leczeniu w środowiskowym w Wielkiej Brytanii. W czasie pracy nad tym artykułem oczekiwane były wyniki badania Oxford Community Treatment Order Evaluation Trial.

Celem tego badania było opisanie populacji objętej leczeniem na podstawie nakazów przymusowego leczenia w środowisku po upływie dwóch lat od wprowadzenia ustawy o leczeniu chorób psychicznych.

Metody

Na podstawie ustawy o leczeniu chorób psychicznych Komisja Opieki nad Osobami z Zaburzeniami Psychicznymi w Szkocji (Mental Welfare Commission for Scotland) jest zobowiązana do prowadzenia rejestru wszystkich przypadków zastosowania przymusu. W tej bazie danych zidentyfikowano wszystkie osoby objęte w dniu 8 sierpnia 2007 roku działaniami na podstawie CCTO. Datę tę wybrano jako reprezentatywną dla poziomu ogólnokrajowego wykorzystania CCTO, ponieważ częstość wystawiania takich nakazów zwiększała się w stałym tempie od października 2005 roku do tego czasu, a następnie osiągnęła względne plateau. Data ta została również wybrana dlatego, że odrębne, pokrewne badanie wymagało odpowiedniego czasu na dalszą ocenę.

Informacje na temat poszczególnych przypadków zostały poddane anonimizacji i zebrane z wykorzystaniem wystandaryzowanego kwestionariusza pro forma, który opracowano na podstawie przeglądu piśmiennictwa oraz konsultacji między autorami. Przeanalizowano dokumentację każdego przypadku przechowywaną w Komisji Opieki nad Osobami z Zaburzeniami Psychicznymi w Szkocji, pozyskując dane z formularzy przewidzianych zgodnie z ustawą o leczeniu chorób psychicznych i wprowadzając je do wystandaryzowanego kwestionariusza pro forma. Dane zostały zapisane w arkuszu kalkulacyjnym. Kwestionariusz pro forma obejmował następujące zmienne: rozpoznanie, sytuację społeczną, autoryzację leczenia, stosowane leki, kryteria zastosowania przymusu oraz wskazane przyczyny wystawienia CCTO. Rozpoznanie odnotowywano zgodnie z rozpoznaniem zapisanym w dokumentacji danego przypadku. Jeżeli nie określono rozpoznania zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób (ICD-10), kategoryzo-

wano je na podstawie informacji klinicznych podanych w dokumentacji danego przypadku.

Aby porównać populację objętą działaniami na podstawie nakazów przymusowego leczenia w środowisku z populacją, w której stosowano przymusowe leczenie szpitalne, uzyskano próbkę wszystkich osób poddanych przymusowemu leczeniu szpitalnemu w dniu 8 sierpnia 2007 roku i zebrano dane o tym, czy stwarzali zagrożenie dla siebie i innych, a także o ustalonym u nich rozpoznaniu.

Wyniki

W dniu 8 sierpnia 2007 roku działaniami na podstawie nakazów przymusowego leczenia w środowisku objętych było łącz-

Tabela 1. Sytuacja społeczna osób objętych działaniami na podstawie CCTO

Sytuacja społeczna	Liczba osób	Odsetek
Mieszkający samotnie	248	49,7
Mieszkający samotnie z pomocą opieki społecznej	65	13,0
Mieszkający w domu starców lub w podobnych warunkach wspieranego zamieszkiwania (supported accomodation)	65	13,0
Mieszkający z rodziną	107	21,4
Inna, w tym osoby przybywające w ośrodkach przewlekłej opieki pielęgniarzkiej	14	2,8

Tabela 2. Leki przeciwpsychotyczne przepisywane osobom objętych działaniami na podstawie CCTO

Lek przeciwpsychotyczny	Liczba osób	Odsetek
Klozapina	72	14,4
Wstrzyknięcia preparatu o przedłużonym (depot) lub długim czasie działania	287	57,5
Jeden lek przeciwpsychotyczny	279	55,9
Dwa leki przeciwpsychotyczne	161	32,3
Trzy leki przeciwpsychotyczne	6	1,2
Leczenie nieznanne (brak danych)	43	8,6

Tabela 3. Inne leki przepisywane osobom objętych działaniami na podstawie CCTO

Lek	Liczba osób	Odsetek
Przeciwdepresyjny	85	17,0
Normotymiczny	99	19,8
Przeciwłękowy	210	42,1
Nasenny	33	6,6

nie 499 osób. Wśród nich 63% stanowili mężczyźni, większość mieszkała samotnie (63%), a rozpoznawano u nich najczęściej schizofrenię (70%), zaburzenia schizoafektywne (10%) lub afektywne dwubiegunowe (10%). Choroba psychiczna występowała u 97,4% osób, u 8% osób stwierdzono upośledzenie umysłowe (zdefiniowane w ustawie o leczeniu chorób psychicznych jako „upośledzenie zdolności uczenia się” [learning disability]), a u 6% osób dodatkowo wymieniono rozpoznanie nadużywania różnych substancji psychoaktywnych zgodnie z klasyfikacją ICD-10, w tym u 5% osób udokumentowano nadużywanie marihuany, a u 1% osób nadużywanie lub uzależnienie od alkoholu. Wszystkie 499 osób (100%) uznano za niezdolne do wglądu we własne potrzeby terapeutyczne (co nie jest zaskakujące, biorąc pod uwagę kryterium istotnego upośledzenia zdolności podejmowania decyzji wymienione w ustawie o leczeniu chorób psychicznych), a ogromna większość w przeszłości nie przestrzegała zaleceń dotyczących stosowania leków lub innych świadczeń (odpowiednio 96 i 98%

osób), co wyszczególniono w formularzach przewidzianych zgodnie z ustawą o leczeniu chorób psychicznych. Wśród nich 99% uznano za stwarzających zagrożenie dla samych siebie, a 65% za stwarzających zagrożenie dla innych.

U 58% osób w całej grupie stosowano systematycznie wstrzyknięcia długo działających preparatów leków przeciwpsychotycznych, a nieco mniej niż połowa całej grupy (48%) albo nie wyrażała zgody na leczenie, albo została uznana za niezdolną do wyrażenia takiej zgody. Spośród 499 osób 34% otrzymywało systematycznie więcej niż jeden lek przeciwpsychotyczny (tab. 1-3).

Dla porównania 8 sierpnia 2007 roku przymusowym leczeniem szpitalnym objęte były w Szkocji 1373 osoby. U 94,5% spośród nich rozpoznano chorobę psychiczną, a u 13,4% upośledzenie umysłowe. U 7,4% osób (w porównaniu z 2,6% osób objętych działaniami na podstawie CCTO) rozpoznano zaburzeń osobowości, 73% osób uznano za stwarzające zagrożenie dla innych osób (w porównaniu z 65% osób objętych działaniami na podstawie CCTO), a 99,8% osób uznano za stwarzające zagrożenie dla samych siebie (tab. 4 i 5).

Tabela 4. Status zagrożenia dla siebie lub innych u osób objętych działaniami na podstawie CCTO lub objętych przymusowym leczeniem szpitalnym

Ryzyko	Leczenie szpitalne, n (%)	Leczenie ambulatoryjne, n (%)
Zagrożenie dla innych	1 (0,1)	1 (0,2)
Zagrożenie dla samego siebie	372 (27,1)	172 (34,5)
Zagrożenie dla samego siebie oraz dla innych	998 (72,7)	325 (65,1)
Nie odnotowano zagrożenia	2 (0,1)	1 (0,2)
Razem	1373	499

Tabela 5. Rozpoznanie u osób objętych działaniami na podstawie CCTO lub objętych przymusowym leczeniem szpitalnym

Rozpoznanie	Leczenie szpitalne, n (%)	Leczenie ambulatoryjne, n (%)
Choroba psychiczna	1106 (80,6)	451 (90,4)
Choroba psychiczna i zaburzenia osobowości	72 (5,2)	7 (1,4)
Zaburzenia osobowości	5 (0,4)	0
Nie odnotowano żadnego rozpoznania	4 (0,3)	0
Zaburzenia osobowości i upośledzenie umysłowe	10 (0,7)	3 (0,6)
Upośledzenie umysłowe	56 (4,0)	10 (2,0)
Choroba psychiczna, zaburzenia osobowości i upośledzenie umysłowe	15 (1,1)	3 (0,6)
Choroba psychiczna i upośledzenie umysłowe	105 (7,6)	25 (5,0)

Omówienie

Badanie przyniosło informacje na temat populacji pacjentów objętych działaniami na podstawie nakazów przymusowego leczenia w środowisku po osiągnięciu stanu równowagi pod względem upowszechnienia się tej formy działań w opiece środowiskowej. Wydaje się, że wyniki uzyskane w przeprowadzonym na terenie całej Szkocji badaniu można uogólniać na inne jurysdykcje, w których stosuje się podobne środki przymusu, takie jak wymóg akceptacji leczenia, zgłaszania się na wizyty oraz powiadamiania personelu opieki zdrowotnej przed każdą zmianą miejsca zamieszkania. W badaniu stwierdzono, że typowy pacjent objęty przymusem w opiece środowiskowej to chory psychicznie mężczyzna, mieszkający samotnie, w przeszłości nieprzestrzegający zaleceń dotyczących stosowania leków lub innych świadczeń, a także leczony za pomocą wstrzyknięć leków przeciwpsychotycznych o przedłużonym działaniu. Jest to zgodne z wynikami uzyskanymi przez autorów z Institute of Psychiatry, którzy w raporcie z 2007 roku po dokonaniu przeglądu 14 badań przeprowadzonych w różnych jurysdykcjach doszli do wniosku, że charakterystyka pacjentów objętych działaniami na podstawie nakazów przymusowego leczenia w środowisku jest „zdumiewająco zgodna”.⁵ Co ciekawe, profil pacjentów objętych przymusowym leczeniem szpitalnym w sierpniu 2007 roku był uderzająco podobny do charakterystyki osób objętych działaniami na podstawie nakazów przymusowego leczenia w środowisku.

Prawie połowę ocenianej grupy uznano za niezdolną do udzielenia zgody na leczenie lub też pacjenci ci aktywnie odmawiali leczenia. Wszystkich pacjentów uznano za pozbawionych wglądu we własną chorobę psychiczną lub potrzebę leczenia. W grupie pacjentów objętych działaniami na podstawie

nakazów przymusowego leczenia środowiskowego 65% osób uznano za stwarzające zagrożenie dla innych osób (oprócz zagrożenia dla samych siebie), co może wskazywać na to, że lekarze częściej wykorzystują nakazy przymusowego leczenia w środowisku w sytuacjach, w których istnieje zagrożenie dla innych osób, ale hospitalizacja nie jest wymagana i uznano, że w celu zminimalizowania tego ryzyka konieczne jest przestrzeganie przez pacjenta zaleceń dotyczących leczenia.⁶ Przemawia za tym również niedawne badanie dotyczące nakazów leczenia w środowisku w Birmingham i Solihull, w którym stwierdzono, że częstość wcześniejszej przemocy w ocenianej populacji osiągnęła 92,3%.⁷ Evans i wsp. zauważyli, że tylko w nielicznych badaniach przedstawiono informacje na ten temat, ale w badaniu, które opublikowali Swanson i wsp., wywiady wskazujące na przemoc na krótko przed wydaniem CCTO odnotowano u 51% badanych osób. Natomiast w badaniach przeprowadzonych w Nowej Zelandii donoszono o znacznie mniejszej częstości występowania jakiegokolwiek agresji w wywiadach w ocenianej populacji (38,2%).⁹ Autorzy przeglądu 11 doniesień o wynikach nierandomizowanych badań porównawczych dotyczących CCTO doszli do wniosku, że takie nakazy nie wywierały żadnego rzeczywistego wpływu na społeczne funkcjonowanie pacjentów, przemoc, zaburzone zachowania lub aresztowania.⁵

Mimo powszechnego stosowania CCTO pozostają kontrowersyjne, o czym świadczy przegląd przeprowadzony w ramach bazy Cochrane, w którym wnioskowano, że w celu uniknięcia jednej hospitalizacji w oddziale psychiatrycznym przymusowe leczenie w środowisku trzeba zastosować u 85 osób, a w celu uniknięcia jednego aresztowania konieczne jest wydanie 238 nakazów leczenia w środowisku.³ Co więcej, w przeglądzie systematycznym Churchill i wsp. doszli do wniosku, że nie ma zgodnych dowodów na korzyści ze stosowania CCTO.⁵ Z przeglądu przeprowadzonego w ramach bazy Cochrane wyłączono jednak dane jakościowe, a niektórzy autorzy doszli do wniosku, że przymusowe leczenie w środowisku przynosi korzyści, na przykład O'Reilly i wsp. stwierdzili, iż pacjenci uważali, że przymus w opiece ambulatoryjnej powoduje uporządkowanie ich życia, rodziny stwierdzały, że CCTO jest niezbędny w sytuacjach ograniczonego wglądu pacjenta, a klinicyści „wykazywali bardziej jednolite pozytywne nastawienie” do stosowania przymusu niż zarówno pacjenci, jak i ich rodziny.¹⁰ Może to odzwierciedlać wcześniejsze negatywne doświadczenia pacjentów w związku z leczeniem szpitalnym lub też poglądy wyra-

żane w czasie, kiedy pacjenci uzyskali wgląd w swoje potrzeby terapeutyczne.

Na tym też polega paradoks dotyczący stosowania CCTO – dotychczasowe dowody z międzynarodowych badań naukowych są sprzeczne, ale wskazują na to, że przymusowe leczenie środowiskowe nie jest skuteczniejsze niż standardowa opieka, a mimo to klinicyści wciąż opowiadają się za stosowaniem nakazów leczenia w środowisku w populacjach, które najwyraźniej stwarzają duże trudności kliniczne. Nie ulega wątpliwości, że potrzebne są dalsze badania dotyczące wpływu CCTO na wiele różnych aspektów wyniku leczenia, aby można było uzyskać właściwe dowody i na tej podstawie formułować wskazówki dotyczące wykorzystywania takich nakazów w codziennej praktyce. W szczególności istotne byłoby zbadanie wpływu nakazów leczenia w środowisku na liczbę dni spędzanych w szpitalu, częstość hospitalizacji, częstość samobójstw oraz poziom funkcjonowania pacjentów, jak również przeprowadzenie dalszych badań jakościowych dotyczących nastawienia do nakazów leczenia w środowisku. W momencie pisania tego artykułu trwa odrębne badanie prowadzone w celu wyjaśnienia tych zagadnień.

From the *Psychiatrist* (2012), 36:205-207. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyright © 2012 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

Piśmiennictwo

1. Mental Welfare Commission for Scotland. Total Number of Orders in Existence. Mental Welfare Commission for Scotland, 2008.
2. Kisely S, Campbell LA, Preston N. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 3: CD004408.
3. Pinfold V, Bindman J. Is compulsory community treatment ever justified? *Psychiatrist* 2001; 25: 268-70.
4. Lambert TJ, Singh BS, Patel MX. Community treatment orders and antipsychotic long-acting injections. *Br J Psychiatry* 2009; 95 (suppl 52): s57-62.
5. Churchill R, Owen G, Singh S, Hotopf M. International Experiences of Using Community Treatment Orders. UK Department of Health and Institute of Psychiatry, 2007.
6. Taylor M. Community treatment orders and their use in the UK. *Adv Psychiatry Treat* 2010; 16: 260-2.
7. Evans R, Makala J, Humphreys M, Mohan CRN. Supervised community treatment in Birmingham and Solihull: first 6 months. *Psychiatrist* 2010; 34: 330-3.
8. Swanson JW, Swartz MS, Wagner HR, Burns BJ, Borum R, Hiday VA. Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behaviour in persons with severe mental illness. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 324-31.
9. Dawson J, Romans S. Uses of community treatment orders in New Zealand: early findings. *Aust N Z J Psychiatry* 2001; 35: 190-5.
10. O'Reilly R, Keegan DL, Corring D, Shrikhande S, Natarajan D. A qualitative analysis of the use of community treatment orders in Saskatchewan. *Int J Law Psychiatry* 2006; 29: 516-24.