

Ocena nakazów leczenia środowiskowego w Anglii i Walii i poglądów na ich temat wśród lekarzy

Catherine Manning,¹ Andrew Molodynski,¹ Jorun Rugkåsa,¹ John Dawson,² Tom Burns¹

The Psychiatrist 2011 35:328-333

Cele i metody: Ustalenie poglądów i doświadczeń psychiatrów w Anglii i Walii związanych z nakazem leczenia środowiskowego (CTO). Autorzy wysłali 1928 kwestionariuszy do członków Royal College of Psychiatrists.

Wyniki: Łącznie otrzymano 566 nadających się do wykorzystania kwestionariuszy (wskaźnik udzielenia odpowiedzi wyniósł 29%). Ogólnie respondenci przychylnie wypowiadali się o wprowadzeniu nowych uprawnień, opinie pozytywne były częstsze niż we wcześniejszych brytyjskich badaniach. Lekarze twierdzili, że decyzje dotyczące leczenia przymusowego podejmowali głównie na podstawie przesłanek klinicznych.

Implikacje kliniczne: Przy braku danych pochodzących z badań lub wspólnego stanowiska ekspertów dotyczącego stosowania CTO udział specjalistów wielu dziedzin w podejmowaniu decyzji ma zasadnicze znaczenie. Potrzebne są dalsze badania na ten temat i właściwa edukacja.

Konflikt interesów: Brak.

Nakaz leczenia środowiskowego (community treatment order, CTO) jest jednym z najbardziej kontrowersyjnych przepisów znowelizowanej w 2007 r. Mental Health Act, obowiązującej w Anglii i Walii.¹ Wprowadzenie CTO poprzedzała długa i gorąca debata lekarzy na temat podstaw etycznych i przesłanek przemawiających za jego stosowaniem oraz praktycznych konsekwencjach, jakie za sobą pociągnie. Debaty tej nie zakończono, kiedy CTO wszedł w życie w listopadzie 2008 r., i ta kwestia jest wciąż dyskutowana.²⁻⁸

Przesunięcie opieki psychiatrycznej poza placówki opieki i likwidacja dużej liczby miejsc w szpitalach psychiatrycznych w ostatnich dekadach przyczyniły się do skupienia uwagi na uprawnieniach umożliwiających stosowanie przymusu poza szpitalem i postępującym wprowadzaniu takich uprawnień.⁹ Podobne regulacje prawne istniały przez pewien czas w różnych jurysdykcjach w Australazji i Ameryce Północnej. Ostatnio do wielu europejskich systemów prawnych, w 2005 r. także szkockiej, wprowadzono odmianę CTO.

CTO w Anglii i Walii

W Anglii i Walii CTO pozwalają zespołowi leczącemu stawiać pacjentowi wymagania dotyczące kilku różnych obszarów.

Od chorego można wymagać uczestniczenia w spotkaniach z osobami sprawującymi opiekę, mieszkania w określonym miejscu, a także przyjmowania zaleconych leków. Z drugiej strony CTO nie pozwalają na przymusowe podanie leku w domu chorego. We wszystkich przypadkach chory musi się stosować do dwóch obowiązkowych zasad: uczestnictwo w ocenie klinicznej dokonywanej przez drugiego upoważnionego lekarza opiniującego (second opinion approved doctor, SOAD) oraz obecność na badaniu przeprowadzonym w celu odnowienia nakazu we właściwym czasie.^{10,11}

W różnych jurysdykcjach zastosowanie przymusu zależy wyłącznie od decyzji lekarza. Oznacza to, że nie ma sytuacji, w których lekarz jest zmuszony do stosowania CTO, po prostu w pewnych sytuacjach ma prawo odwołać się do tych regulacji. Warunki stosowania CTO różnią się istotnie zarówno między poszczególnymi jurysdykcjami, jak i w obrębie tego samego systemu prawnego. Dawson¹² uważa, że wiele z tych różnic można wytłumaczyć przez sposób, w jaki lekarze korzystają ze swojego prawa do decydowania. Biorąc pod uwagę względny brak przesłanek pochodzących z badań, na których mogliby oprzeć swoje decyzje, sugeruje cztery główne czynniki pełniące rolę w podejmowaniu decyzji w praktyce klinicznej:

¹Social Psychiatry Group, Department of Psychiatry, University of Oxford, Warneford Hospital, Oxford; ²Faculty of Law, University of Otago, Dunedin, New Zealand
Adres do korespondencji: Andrew Molodynski (andrew.molodynski@oxfordhealth.nhs.uk)

1. struktura prawna stosowania CTO,
2. dostępna środowiskowa opieka psychiatryczna,
3. poglądy lekarza na temat możliwości wpływu stosowania przymusu na relacje z chorymi,
4. oczekiwania osób trzecich wobec stosowanego programu.

Stosowanie CTO w Anglii i Walii znacznie przerosło oczekiwania, w czasie pierwszych ośmiu miesięcy uchwalono niemal 3000 nakazów.¹² Do marca 2010 r. tylko w Anglii wprowadzono ponad 6000 nakazów.¹³ Brak dowodów pochodzących z badań i wspólnego stanowiska mogły przyczynić się do szerszego stosowania CTO niż przewidywano.¹⁴⁻¹⁶ Ważne jest zatem poznanie poglądów osób stosujących CTO na temat jego przydatności i wad.

CTO na świecie

Gdy w 2000 r. rozważano zmiany w Mental Health Act, Crawford i wsp.¹ wysłali pocztą krótki kwestionariusz badawczy do pracujących w Anglii i Walii psychiatrów konsultantów. W tym badaniu koncentrowano się na postawach wobec planowanego rozszerzenia uprawnień do stosowania przymusu w leczeniu środowiskowym. Spośród 1171 respondentów 46% opowiadało się za systemem pozwalającym na przymusowe leczenie środowiskowe. Pozostali albo się temu sprzeciwiali (35%), albo byli niezdecydowani (19%). Pisemne komentarze ankietowanych potwierdzały znaczącą polaryzację poglądów, pojawiały się nawet opinie, że wprowadzenie uprawnień pozwalających na stosowanie przymusu w leczeniu środowiskowym jest znacznie spóźnione, ale również takie, że stosowanie takich środków jest nieterapeutyczne. W Nowej Zelandii gdzie wprowadzono podobne regulacje prawne w 1992 r., w badaniu obejmującym lekarzy konsultantów przeprowadzonym w 2002 r. wykazano, że znacząca większość (79% spośród 284 respondentów) wolała pracować w systemie pozwalającym na korzystanie z CTO.¹⁷ Lekarze w Nowej Zelandii uważali, że właściwe stosowanie CTO ma więcej zalet niż wad. W mniejszym badaniu obejmującym 50 psychiatrów z kanadyjskiego Saskatchewan stwierdzono, że 62% respondentów było zadowolonych lub bardzo zadowolonych z rezultatów stosowania CTO w opiece nad chorymi.¹⁸ W dwóch badaniach przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych, w których wykorzystując wywiady¹⁹ i dyskusje prowadzone na podstawie opisów przypadków klinicznych, oceniano poglądy lekarzy dotyczące zaangażowania pacjentów leczonych w trybie ambulatoryjnym,²⁰ ujawniono podobne opinie: właściwe stosowanie przymusowego leczenia środowiskowego uważano za lepsze niż przymusowe przyjęcie do szpitala.

PROJEKT BADANIA

W tym artykule autorzy przedstawiają badanie obejmujące członków Royal College of Psychiatrists w Anglii i Walii i oceniające ich poglądy i doświadczenia dotyczące CTO w ciągu 12-18 miesięcy po jego wprowadzeniu. Stosowano takie samo narzędzie badawcze jak w badaniu Romans i wsp. w Nowej Ze-

landii.¹⁷ Celem autorów było określenie poglądów psychiatrów na zagadnienia wpływające na stosowanie CTO.

Metoda

PRÓBA

Kwestionariusze rozesłano do członków Royal College of Psychiatrists w Anglii i Walii, którzy należeli do sekcji General and Community Psychiatry lub Rehabilitation and Social Psychiatry ($n=1928$). Kwestionariusze wysłano w grudniu 2009 r., a przypomnienia 16 tygodni później. Wszystkie, które nadeszły w drugiej kolejności, sprawdzono z tymi, które nadeszły jako pierwsze, aby usunąć ewentualne duplikaty. Uzyskano zgodę komisji bioetycznej Isle of Wight, Portsmouth and South East Hampshire Research Ethics Committee.

NARZĘDZIE BADAWCZE

Narzędzie badawcze opracowano tak, by uzyskać opinie w różnych obszarach i porównać wyniki z uzyskanymi w badaniu przeprowadzonym w Nowej Zelandii.¹⁷ Autorzy wykorzystali wiele zagadnień z tamtego badania za zgodą jego autorów. Kwestionariusz stosowany przez autorów niniejszego artykułu zawierał pytania obejmujące:

- charakterystykę respondenta i liczbę CTO, o które on sam występował;
- poglądy na temat istotności potencjalnych czynników wpływających na stosowanie CTO; stosowano pięciopunktową skalę Likerta (w zakresie od 1 – bardzo ważne do 5 – zupełnie nieistotne);
- stopień poparcia dla szeregu stwierdzeń na temat CTO; także zastosowano pięciopunktową skalę Likerta (w zakresie od 1 – pełna zgoda, do 5 – zdecydowany sprzeciw).
Narzędzie jest dostępne u autora korespondującego.

ANALIZA STATYSTYCZNA

Analizę statystyczną przeprowadzono z zastosowaniem SPSS v. 17 dla Windows. Przeprowadzono analizę opisową danych stosownie do ich rozkładu (średnia i odchylenie standardowe dla danych o rozkładzie normalnym, mediana i rozstęp międzykwartyłowy dla danych o rozkładzie innym niż normalny i liczba oraz proporcja dla danych nominalnych).

Wyniki

Z wysłanych 1928 kwestionariuszy otrzymano 714, całkowity wskaźnik udzielenia odpowiedzi wynosił 37%. Z tego 566 (29% całej próby) nadawało się do wykorzystania, pozostałe były duplikatami, zostały nieprawidłowo wypełnione lub odesłane niewypełnione. Choć wskaźnik udzielenia odpowiedzi był mniejszy niż 44% uzyskane przez Crawforda i wsp.,¹ to próba obejmowała 34% kobiety, a rozkład pochodzenia etnicznego respondentów nie różnił się istotnie od rozkładu etnicznego

Tabela 1. Znaczenie przypisywane przez psychiatrów z Wielkiej Brytanii podstawowym czynnikom w podejmowaniu decyzji o stosowaniu nakazów leczenia środowiskowego i porównanie z ocenami czynników w Wielkiej Brytanii i Nowej Zelandii

Czynnik	Znaczenie czynnika ^a , Wielka Brytania: <i>n</i> (%)					Średnia (w kolejności)	
	1	2	3	4	5	Wielka Brytania	Nowa Zelandia
Wspiera stosowanie się do zaleceń lekowych	278 (50)	189 (34)	55 (10)	15 (3)	23 (4)	1,78 (1)	2,03 (4)
Chroni chorych przed skutkami nawrotu w przebiegu choroby	271 (49)	179 (32)	58 (10)	30 (5)	20 (4)	1,83 (2)	2,08 (5)
Ułatwia kontakt z pracownikami ochrony zdrowia	274 (49)	173 (31)	52 (9)	29 (5)	28 (5)	1,86 (3)	1,79 (1)
Daje uprawnienia do leczenia chorego	226 (41)	169 (30)	89 (16)	42 (8)	32 (6)	2,08 (4)	1,81 (2)
Zapewnia szybkie rozpoznanie nawrotu	177 (32)	189 (34)	106 (19)	49 (9)	35 (6)	2,24 (5)	1,90 (3)
Ułatwia ponowne przyjęcie w celu leczenia w trybie stacjonarnym	118 (21)	175 (31)	135 (24)	92 (17)	37 (7)	2,56 (6)	2,43 (7)
Zmniejsza ryzyko zachowań agresywnych względem innych ludzi	97 (18)	185 (33)	154 (28)	76 (14)	43 (8)	2,61 (7)	2,68 (8)
Zapewnia większe bezpieczeństwo dla rodziny pacjenta lub opiekunów	68 (12)	179 (32)	187 (34)	88 (16)	31 (6)	2,70 (8)	2,41 (6)
Zmniejsza ryzyko zachowań autoagresywnych u chorego	78 (14)	163 (29)	154 (28)	104 (19)	55 (10)	2,81 (9)	2,74 (9)
Zwiększa obowiązki pracowników sprawujących opiekę nad chorym	50 (9)	140 (25)	143 (26)	132 (24)	87 (16)	3,12 (10)	2,97 (10)
Zapewnia, że będzie dostępna pomoc policji	29 (5)	50 (9)	130 (24)	169 (31)	172 (31)	3,74 (11)	3,31 (11)
Zmniejsza nadużywanie substancji psychoaktywnych	21 (4)	51 (10)	124 (24)	142 (28)	179 (35)	3,79 (12)	3,73 (12)

^a Punkty w zakresie od 1 – bardzo ważne, do 5 – zupełnie nieistotne.

członków Royal College of Psychiatrists.^{21,22} Doświadczenie kliniczne respondentów było szerokie, większość z nich (73%) pracowała w zawodzie psychiatry 10-30 lat. Średnia liczba CTO, o które wnioskowali, wynosiła 3,3, zakresem 0-25. Zdecydowana większość respondentów (89%) twierdziła, że żaden z ich wniosków o CTO nie został odrzucony.

Mimo że na odrębne komentarze pozostawiono mało miejsca, wielu respondentów zdecydowało się na dodanie własnych uwag, co wskazuje na zainteresowanie tematem. Tam, gdzie było to możliwe, autorzy porównali własne obserwacje z wynikami badania przeprowadzonym w Wielkiej Brytanii przed wprowadzeniem CTO¹ i badania przeprowadzonego w Nowej Zelandii, gdzie system CTO został wprowadzony na długo przed przeprowadzeniem oceny poglądów lekarzy.¹⁷ Jako że debata poprzedzająca wprowadzenie CTO w Anglii i Walii w dużym stopniu koncentrowała się na wydarzeniach towarzyszących wydaniu CTO i zwolnieniu z jego obowiązywania, autorzy opisywali te dane w najdrobniejszych szczegółach (tab. 1 i 2).

SYSTEM Z CTO CZY BEZ NIEGO

Zapytano respondentów, czy woleliby pracować w systemie z CTO czy bez niego. W badaniu autorów 60% respondentów preferowało system uwzględniający CTO, w porównaniu z 79% w Nowej Zelandii i 46% w poprzedniej próbie pochodzącej z Wielkiej Brytanii¹ (rycyna).

JAKI JEST WPŁYW NA RELACJĘ TERAPEUTYCZNĄ?

Pytano respondentów, czy CTO pomógł, przeszkadzał lub nie wpływał na relację terapeutyczną z chorymi. Niektórzy z uczestników udzielili więcej niż jednej odpowiedzi na to pytanie, stwierdzając, że wpływ na relację terapeutyczną zależał od konkretnej sytuacji. Wśród tych, którzy udzielili pojedynczej

Rycina. „W którym systemie wolisz pracować/Czy opowiesz się za czy przeciw leczeniu przymusowemu w środowisku?” Porównanie między badaniem autorów i wcześniejszymi badaniami w Wielkiej Brytanii¹ i Nowej Zelandii¹⁷. CTO - nakaz leczenia środowiskowego.

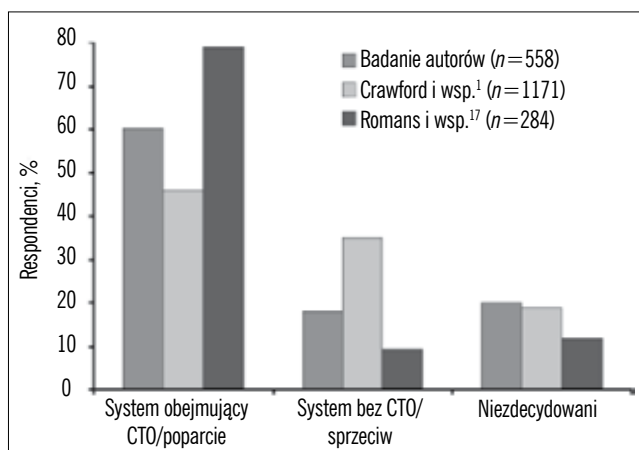


Tabela 2. Znaczenie przypisywane przez psychiatrów z Wielkiej Brytanii powodom zwalniania osoby z nakazu leczenia środowiskowego i porównanie z ocenami czynników w Wielkiej Brytanii i Nowej Zelandii

Czynnik	Znaczenie czynnika ^a , Wielka Brytania: n (%)					Średnia (ranga)	
	1	2	3	4	5	Wielka Brytania	Nowa Zelandia
Rozwój wglądu	320 (59)	152 (28)	42 (8)	15 (3)	12 (2)	1,61 (1)	1,56 (2)
Poprawa kliniczna	315 (58)	165 (30)	37 (7)	16 (3)	11 (2)	1,61 (1)	1,58 (3)
Stosowanie się do zaleceń	309 (57)	178 (33)	32 (6)	16 (3)	10 (2)	1,61 (1)	1,53 (1)
Zmniejszenie ryzyka dla innych	171 (32)	232 (43)	98 (18)	25 (5)	15 (3)	2,04 (4)	1,84 (4)
Zmniejszenie ryzyka dla samego chorego	157 (29)	229 (42)	105 (19)	32 (6)	17 (3)	2,12 (5)	1,87 (5)
Zapewnienie odpowiedniego zakwaterowania i nadzoru środowiskowego	154 (29)	208 (39)	115 (21)	42 (8)	18 (3)	2,18 (6)	2,12 (6)
Zmniejszenie używania substancji psychoaktywnych	107 (20)	232 (43)	142 (27)	36 (7)	19 (4)	2,31 (7)	2,25 (7)
Poprawa stylu życia	105 (20)	205 (38)	150 (28)	52 (10)	24 (5)	2,41 (8)	2,65 (11)
Zatrudnienie	112 (22)	198 (38)	123 (23)	58 (11)	31 (6)	2,41 (8)	2,60 (9)
Zwiększenie swobody chorego	142 (27)	138 (26)	130 (24)	82 (15)	43 (8)	2,53 (10)	2,84 (12)
Poprawa relacji rodzinnych	62 (12)	193 (36)	189 (35)	67 (13)	26 (5)	2,64 (11)	2,32 (8)
Wzmocnienie sieci społecznej/kulturowej	54 (10)	179 (34)	203 (38)	70 (13)	29 (5)	2,71 (12)	2,64 (10)
Pragnienie chorego by być zwolnionym	67 (13)	146 (27)	189 (35)	88 (17)	44 (8)	2,81 (13)	3,09 (14)
Odpowiednie aktywności rekreacyjne	43 (8)	113 (22)	172 (33)	122 (23)	74 (14)	3,14 (14)	3,02 (13)
Wzmocnienie identyfikacji kulturowej	29 (6)	80 (15)	172 (32)	137 (26)	113 (21)	3,42 (15)	3,19 (15)

^a Punkty w zakresie od 1 – bardzo ważne, do 5 – zupełnie nieistotne.

odpowiedzi ($n=520$), 45,8% uważało, że CTO pomagał, 19,8% że przeszkadzał i 34,4% że nie miał wpływu na relację terapeutyczną. Psychiatrzy w Nowej Zelandii, którzy odpowiedzieli na to pytanie, byli nastawieni nieco mniej pozytywnie do wpływu CTO: 42,1% uważało, że CTO pomagał, 31,2%, że szkodził i 25,2%, że nie wpływał na relację terapeutyczną.

JAKIE CZYNNIKI SĄ WAŻNE PRZY PODJĘCIU DECYZJI O ZASTOSOWANIU CTO?

W kwestionariuszu przedstawiono 12 czynników i poproszono respondentów, by ocenili znaczenie każdego przy podejmowaniu decyzji o zastosowaniu CTO na pięciopunktowej skali Likerta, w której ocena 1 oznaczała „bardzo duże znaczenie”. Ich ocenę dla każdego punktu i porównanie z wynikiem badania nowozelandzkiego pokazano w tabeli 1.

Do tego pytania dołączono 49 odrębnych komentarzy, w wielu spośród nich podkreślano wagę zapewnienia najlepszej możliwej opieki środowiskowej (szczególnie jeśli chodzi o odpowiednie miejsce zakwaterowania), zmniejszenia częstości powtórnego przyjmowania do szpitala i wspierania zdrowienia w szczególnych grupach chorych, zwłaszcza tych, którzy są bardzo często przyjmowani do szpitala („zespół drzwi obrotowych”) lub tych, którzy wędrują między różnymi placówkami ochrony zdrowia („pacjenci nomadzi”). Wielu respondentów nawiązywało do złożonej polityki organizacyjnej związanej z decyzją o zastosowaniu CTO, jak również preferencji lub za-

leceń trybunału rewizyjnego rozpatrującego sprawy w zakresie zdrowia psychicznego, nacisków ze strony jednostek sprawujących opiekę psychiatryczną lub wywieranych przez opiekunów albo obowiązku rozważania zastosowania CTO przez odpowiedzialnych za to lekarzy.

JAK WAŻNE SĄ NASTĘPUJĄCE CZYNNIKI W CAŁKOWITYM ZWOLNIENIU CHOREGO Z CTO?

Autorzy przedstawili 15 możliwych powodów zwolnienia chorego z CTO i poprosili lekarzy o ocenę znaczenia każdego z nich w odniesieniu do ich praktyki, znów w pięciopunktowej skali Likerta. Autorzy, jak poprzednio, ustawili punkty w kolejności przypisywanego danemu czynnikowi znaczenia, gdzie 1 oznacza najwyższy poziom przypisanej wagi, jak pokazano w tabeli 2.

PROSZE OCENIĆ WPŁYW NASTĘPUJĄCYCH MECHANIZMÓW NA TO, JAK DZIAŁAJĄ CTO

Zaprezentowano respondentom dziewięć możliwych mechanizmów, za pośrednictwem których CTO może wpływać na wynik leczenia i poproszono ich, by ocenili ich znaczenie. Trzy mechanizmy uważane za najważniejsze (reprezentowane przez najmniejszą średnią) to: zapewnienie stosowania się chorego do zaleceń dotyczących stosowania leków przez dość długi czas, podczas którego mogą nastąpić korzystne zmiany stanu zdrowia (1,95), zapewnienie dłuższego okresu

stabilności (2,26) i sygnalizowanie choremu, że występuje u niego poważny problem ze zdrowiem psychicznym, wymagający aktywnego postępowania (2,28). Te same trzy mechanizmy uznano za najważniejsze w badaniu przeprowadzonym w Nowej Zelandii. Pozostałe czynniki w kolejności przypisywanej im istotności były następujące: CTO powierza osobom sprawującym opiekę psychiatryczną (2,76), daje innym zapewnienie, że osoba znajduje się pod opieką (2,79), wiąże opiekę środowiskową z danym miejscem (2,89), zachęca chorego do wzięcia odpowiedzialności za własne leczenie (3,15), uruchamia wsparcie społeczne dla chorego (3,25); chory porzuca obszary konfliktowe z zewnętrznymi jednostkami (3,30). Oceny te znów są bardzo podobne do wymienianych przez uczestników badania przeprowadzonego w Nowe Zelandii.

ZGODNIE Z DOŚWIADCZENIEM, JAK WAŻNE SĄ NASTĘPUJĄCE CZYNNIKI OGRANICZAJĄCE SKUTECZNOŚĆ CTO?

Respondenci ocenili dziewięć możliwych czynników potencjalnie zmniejszających skuteczność CTO. Za najbardziej szkodliwe (tj. z przyznaną najmniejszą średnią liczbą punktów) uznano nadużywanie substancji psychoaktywnych (2,06), brak chronionego miejsca zamieszkania dla osób z zachowaniami stwarzającymi trudności (2,17) i niepowodzenie w narzuceniu choremu stosowania się do zaleceń dotyczących stosowania leków (2,45). Te same trzy czynniki ustalono w badaniu przeprowadzonym w Nowej Zelandii. Pozostałe punkty w kolejności przypisywanej im wagi były następujące: niedostępność pewnych leków w postaci wstrzyknieć (2,84), niewystarczająca dostępność psychoterapii (2,90), brak wykształconego personelu zajmującego się zdrowiem psychicznym (3,08), niewystarczający dostęp do aktywności rekreacyjnych (3,09), przedwczesne zwolnienie przez sądy lub trybunały (3,21), trudności z objęciem opieką tej grupy w rejonach wiejskich (3,47).

CZYNNIKI ZNIECHĘCAJĄCE LEKARZY KLINICYSTÓW DO STOSOWANIA CTO

Respondenci ocenili także osiem czynników mogących zniechęcać do stosowania CTO. Nie uznali oni wyraźnie żadnego z pojedynczych czynników za najważniejszy, jako że średnie oceny (mała liczba punktów wskazująca duże znaczenie) trzech najważniejszych czynników były zbliżone do siebie: obawy o swobody obywatelskie pacjenta (2,61), obciążenia administracyjne (2,62) i stopień stosowanego przymusu (2,81). Pozostałe punkty ułożyły się następująco: preferowanie zatrzymania chorego w trybie stacjonarnym (3,20), dostępność SOAD (3,20), obawy przed pociągnięciem do odpowiedzialności za zachowanie chorego (3,34), polityka kulturowa (3,49), i zwiększony koszt opieki psychiatrycznej (3,82). Odpowiedzi znów były bardzo podobne do tych udzielanych w badaniu przeprowadzonym w Nowej Zelandii.

CZYNNIKI ODGRYWAJĄCE ROLĘ WE WPROWADZENIU CTO W ANGLII I WALII

Respondenci mieli ocenić sześć możliwych czynników, które mogły mieć znaczenie we wprowadzeniu CTO w Anglii i Walii w 2008 r. Były one następująco uszeregowane w kolejności zależnej od ich dostrzeganego znaczenia:

1. wprowadzenie lepszej opieki środowiskowej i obserwacja osób z grupy ryzyka,
2. odpowiedź na naciski społeczne (w związku z zachowaniami agresywnymi ze strony osób cierpiących na choroby psychiczne),
3. wynik zmian procedur – przejście od paragrafu 17 i 25 Mental Health Act do bardziej zdecydowanej podstawy do leczenia osób z chorobami psychicznymi w środowisku,
4. zmniejszenie zapotrzebowania na tzw. ostre łóżka psychiatryczne,
5. zmniejszenie stosowanego przymusu przez skrócenie czasu stacjonarnego pobytu w szpitalu psychiatrycznym,
6. wynik przesłanek pochodzących z badań międzynarodowych.

POPARCIE DLA WPROWADZENIA CTO W ANGLII I WALII

Następnie poproszono lekarzy, by wskazali w jakim stopniu popierają kilka ogólnych stwierdzeń odnoszących się do CTO. Stwierdzenia, które uzyskały średnią punktację <3, co sugeruje ogólne poparcie, były następująco (uporządkowane od najmocniej do najslabiej popieranych):

1. Uważam, że CTO stanowią uzupełnienie istniejących regulacji, dając lekarzom większy wybór możliwości leczenia.
2. Zwiększenie uprawnień w zakresie leczenia przymusowego mogące wynikać z wprowadzenia CTO jest właściwe do uzyskania potencjalnych korzyści zdrowotnych i społecznych przez chorych.
3. Popieram wprowadzenie CTO.
4. Istnieją wystarczające wytyczne kliniczne pozwalające mi czuć się komfortowo, gdy stosuję wobec chorego CTO.
5. Myślę, że korzyści ze stosowania CTO są już widoczne.

Stwierdzenia, które uzyskały średnią liczbę punktów >3, co sugerowało ogólny sprzeciw, były następująco (uporządkowane od budzących sprzeciw największy do najmniejszego):

1. Wprowadzenie CTO było krokiem wstecz opieki psychiatrycznej.
2. Dysponująca wystarczającymi środkami dobrowolna opieka środowiskowa mogłaby dostarczyć tych samych korzyści co CTO, bez rozszerzania uprawnień do stosowania leczenia przymusowego.
3. Nie ma wystarczających przesłanek klinicznych pozwalających mi się czuć komfortowo, kiedy stosuję wobec chorych CTO.
4. Myślę, że w długoterminowej perspektywie stosowanie CTO nie przyniesie żadnej ogólnej korzyści.

PODSTAWOWE TEMATY PORUSZANE PRZEZ RESPONDENTÓW W ODRĘCZNYCH KOMENTARZACH

Pisemne komentarze lekarzy uwzględniały szeroki zakres opinii i wskazywały, że psychiatrów dzieli kwestia stosowania przymusu w leczeniu środowiskowym i postawa wobec niego. Wielu respondentów określało CTO jako możliwość zapewnienia „najlepszej dostępnej opieki” dla pewnych osób i jako „etycznie do zaakceptowania”. Więcej niż raz wymieniono możliwość „wspierania zdrowienia” przez zastosowanie CTO. Inni wyrażali zdecydowanie negatywne poglądy na CTO, określając je jako „stratę czasu”, „wymagające więcej biurokracji” bez dodatkowych korzyści, „nieetyczne” lub jako „przeniesienie uprawnień (na grunt psychiatrii środowiskowej)” i „niewiele więcej jak ukryte przekonywanie (pacjentów, by stosowali się do zaleceń)”.

Zadziwiająca była duża rozbieżność w szacowanej przez respondentów liczbie stosowanych rocznie CTO. Ankietowani oceniali, że było ich od 20 do 300 000. Oczywiście szacunki na końcach przedziału odzwierciedlają skrajne poglądy na temat CTO i niepoważne sugestie co do poziomu ich stosowania, jednak najczęściej podawaną liczbą było 2000 rocznie, istotnie mniej niż notowano od listopada 2008 r.

Omówienie

Wyniki tego badania wskazują na znaczącą zmianę poglądów psychiatrów na temat CTO od czasu poprzedniej oceny przeprowadzonej przez Crawforda i wsp.,¹ chociaż przy bezpośrednim porównywaniu średnich punktacji udzielanych odpowiedzi uzyskanych w omawianym badaniu należy zachować ostrożność. Wydaje się, że zwiększył się istotnie odsetek osób, które wolą pracować w systemie CTO (z 46 do 60%). Jeśli te wyniki ukazują rzeczywiste zmiany, do których doszło podczas ubiegłej dekady, może to odzwierciedlać zmiany postaw spowodowane uchwaleniem nowej regulacji lub wzrost akceptacji występujący wraz z czasem jej obowiązywania. W Nowej Zelandii wskaźniki poparcia systemu obejmującego przymusowe leczenie środowiskowe wynosiły 79% podczas badania przeprowadzonego wtedy, gdy uprawnienia silnie zakorzeniły się w praktyce. Możliwe, że wzrost poparcia dla tego systemu w badanej przez autorów jurysdykcji będzie nadal postępował.

W podejmowaniu decyzji przesłanki kliniczne oceniano jako ważniejsze niż kwestie etyczne i administracyjne. Przykładowo za najważniejszy czynnik w decyzji o wydaniu nakazu uważano wspieranie stosowania się chorych do zaleceń dotyczących przyjmowania leków, chronienie ich przed konsekwencjami nawrotu i zapewnienie im opieki pracowników ochrony zdrowia. Wśród powodów wycofania nakazu największe znaczenie przypisywano rozwojowi wglądu, poprawie klinicznej i stosowaniu się do zaleceń terapeutycznych. Wydaje się, że

lekarze uważają, że skutecznie wprowadzane CTO pozwalają wydłużyć czas współpracy chorego w leczeniu, co w rezultacie wydłuża okresy stabilizacji stanu psychicznego, lub umożliwiają sygnalizowanie choremu ciężkości jego zaburzeń psychicznych. Z czynników zniechęcających do stosowania CTO największe znaczenie przypisywano obawom o wolności obywatelskie, obciążeniom administracyjnym i stopniowi wywieranego przymusu.

Respondenci tego badania oceniali, że CTO wprowadzono raczej w odpowiedzi na naciski społeczne niż ze względu na rosnącą liczbę dowodów naukowych, jednak mimo to większość z nich popierała nowy system. Uzyskane wyniki sugerują, że lekarze decydują się na stosowanie CTO głównie biorąc pod uwagę czynniki kliniczne, zarówno w zakresie wydawania, jak i wycofywania nakazów. Oczywiście jednak, że opinie na temat stosowania przymusu różnią się i wydaje się, że znajduje to odzwierciedlenie w praktyce. Znacząca liczba respondentów – 128 (23%) nie stosowała nakazów, jedynie 41 (7%) zastosowało ich 10 lub więcej. Jakkolwiek respondenci różnili się pełnionymi rolami klinicznymi w różnych strukturach sprawowania opieki, liczby te wydają się odzwierciedlać istotne indywidualne różnice w stosowaniu CTO mogące wynikać z różnic w przekonaniach. Różnice we wskaźnikach stosowania CTO w Anglii i Walii są podobne do tych występujących w obrębie jurysdykcji na całym świecie i między różnymi jurysdykcjami.²³

Pozostają znaczące niezgodności i niepewności co do klinicznej przydatności CTO. Ważne, że lekarze są tego świadomi. Powinni poszukiwać wsparcia specjalistów różnych dziedzin w podejmowaniu tak istotnych decyzji terapeutycznych w obliczu umożliwiających to regulacji prawnych, braku dowodów naukowych i (być może będącego większym wyzwaniem) braku wspólnego stanowiska ekspertów lub obowiązujących wytycznych. Omawianie i podejmowanie decyzji w gronie różnych specjalistów powinno zmniejszyć arbitralność decyzji o zastosowaniu przymusu. Potrzeba przeprowadzenia badań w tym obszarze jest nagląca – ponieważ osoby decydujące o zastosowaniu lub niezastosowaniu przymusu potrzebują wiarygodnych danych ułatwiających ten proces. Zagadnienia praktyczne, prawne i etyczne związane ze stosowaniem przymusu w psychiatrii środowiskowej powinny być włączone w schematy nauczania podyplomowego i rozwoju zawodowego. Ustalenie wspólnego stanowiska z udziałem specjalistów wielu dziedzin dotyczącego podejmowania decyzji klinicznych, trwające badania i ulepszone oraz regularne kształcenie powinny wspierać bardziej jednolitą i opartą na dowodach praktykę.

From the Psychiatrist (2011), 35:328-333. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyright © 2011, 2012 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.