

Przymusowe przyjęcie do szpitala w opinii pacjentów po miesiącu i po trzech miesiącach: prospektywne badanie w jedenastu państwach Europy

Stefan Priebe, Kristina Katsakou, Matthias Glockner, Algirdas Dembinskas, Andrea Fiorillo, Anastasia Karastergiou, Andrzej Kiejna, Lars Kjellin, Pitr Nawka, George Onchev, Jiri Raboch, Matthias Schuetzwohl, Zahava Solomon, Francisco Torres-Gonzalez, Duolao Wang, Thomas Kallert

The British Journal of Psychiatry (2010) 196, 179–185

Punkt wyjścia: uwarunkowania prawne i praktyczne dotyczące przyjęcia do szpitala bez zgody różnią się między sobą w państwach europejskich, dotąd jednak nie badano, czy te różnice wpływają na opinie pacjentów dotyczące przyjęcia.

Cel badania: analiza opinii pacjentów dotyczących przyjęcia bez zgody w różnych państwach Europy.

Metoda: w badaniu prospektywnym przeprowadzonym w 11 państwach 2326 chorych kolejno przyjmowanych bez zgody na oddział psychiatryczny zostało zbadanych w ciągu tygodnia od przyjęcia. Wśród nich 1809 osób ponownie oceniono po miesiącu, a 1613 po 3 miesiącach od przyjęcia. Kryterium oceny były opinie pacjentów, czy ich zdaniem przyjęcie było zasadne, czy nie.

Wyniki: w różnych państwach po upływie miesiąca od hospitalizacji bez zgody 39-71% badanych uznało ją za zasadną, a po 3 miesiącach odsetek ten wynosił między 46-86%. Negatywne opinie wyrażały głównie kobiety, osoby żyjące samotnie oraz chorzy na schizofrenię. Nawet biorąc pod uwagę inne czynniki mogące wpływać na wynik, wykazane w badaniu różnice między poszczególnymi krajami były istotne statystycznie.

Podsumowanie: różnice w uwarunkowaniach prawnych i praktyce klinicznej stosowanej w różnych państwach znacząco wpływają na opinie pacjentów. Opinie te wskazują na potrzebę udoskonalenia stosowanych działań, szczególnie jeśli chodzi o państwa, które uzyskały w badaniu słabe wyniki.

Na całym świecie znacząca liczba osób jest hospitalizowana bez zgody na psychiatrycznych oddziałach szpitalnych. To, jak ta kwestia powinna być uwarunkowana prawnie i uregulowana, wciąż wzbudza wiele kontrowersji.¹⁻³ W Wielkiej Brytanii od 2002 roku rząd zgłosił dwa projekty ustaw o ochronie zdrowia psychicznego w Anglii i Walii, jednak wskutek silnych protestów ze strony grup zawodowych, organizacji oraz niektórych mediów oba projekty zostały odrzucone, a rząd ograniczył się do poprawek do istniejącej ustawy z 1983 roku.^{4,5}

Dyskusja dotycząca najważniejszych regulacji prawnych oraz praktycznych dotyczących przyjęcia do szpitala bez zgody poparta jest bardzo niewielką liczbą badań. Nie ma dowodów na to, że stosowanie poszczególnych procedur w określony sposób wpływa na ocenę chorych.^{6,7} Względy etyczne i praktyczne powstrzymują przed prowadzeniem badań eksperymentalnych, takich jak randomizowane badania kontrolne. Jedyną metodą umożliwiającą zbadanie związku między stosowanymi procedurami a ich następstwami są zatem badania obserwacyjne prowadzone w miejscach

różniących się rozwiązaniami prawnymi i praktycznymi.

Mimo podobnych uwarunkowań społecznych oraz rozwoju psychiatrii w państwach europejskich występują znaczne różnice w ustawodawstwie i praktyce klinicznej w zakresie przyjęć bez zgody.^{8,9} Częstość przyjęć bez zgody w różnych państwach różni się nawet dziesięciokrotnie.^{1,10} W kilku badaniach analizowano różnice prawne i praktyczne, jednak dotąd nie ustalono ich następstw.

Prawodawstwo dotyczące przyjęcia bez zgody oparte jest na założeniu, że chorzy nie rozumieją potrzeby hospitalizacji z powodu

Stefan Priebe, FRCPsych, Christina Katsakou, PhD, Unit for Social and Community Psychiatry, Barts' and the London School of Medicine and Dentistry, Queen Mary University of London, Wielka Brytania; Matthias Glockner, Dipl-Psych, Department for Psychiatry and Psychotherapy, University Hospital Carl Gustav Carus, Dresden University of Technology, Niemcy; Algirdas Dembinskas, MD, Vilnius University Psychiatric Clinic, Litwa; Andrea Fiorillo, MD, PhD, Department of Psychiatry, University of Naples, Włochy; Anastasia Karastergiou, MD, PhD, Acute Ward, Psychiatric Hospital of Thessaloniki, Grecja; Andrzej Kiejna, MD, PhD, Department of Psychiatry, Wrocław Medical University, Polska; Lars Kjellin, Dr Med Sc, School of Health and Medical Sciences, Psychiatric Research Centre, Örebro University, Szwecja; Pitr Nawka, MD, Psychiatric Outpatient Clinic, Dresden, Niemcy; George Onchev, MD, PhD, Department of Psychiatry, Medical University Sofia, Bułgaria; Jiri Raboch, MD, Psychiatric Department, Charles University, Prague, 1st Medical School, Czechy; Matthias Schuetzwohl, PhD, Department for Psychiatry and Psychotherapy, University Hospital Carl Gustav Carus, Dresden University of Technology, Niemcy; Zahava Solomon, PhD, Adler Research Center and Tel Aviv University, Izrael; Francisco Torres-Gonzalez, MD, PhD, Centro de Investigación Biomedica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), University of Granada, Hiszpania; Duolao Wang, PhD, Department of Epidemiology and Population Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, Wielka Brytania; Thomas Kallert, MD, Department of Psychiatry and Psychotherapy, Faculty of Medicine, Dresden University of Technology; Department of Psychiatry, Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, Park Hospital Leipzig; and Soteria Hospital Leipzig, Niemcy

Adres do korespondencji: Stefan Priebe, Academic Unit, Newham Centre for Mental Health, London E13 8SP, UK, e-mail: s.priebe@qmul.ac.uk

Konflikt interesów: brak.

ciężkich i często ostrych objawów chorobowych. Oznaczałoby to, że później, po ustąpieniu ostrej fazy choroby, powinni rozumieć, że ich przyjęcie bez zgody było w tamtym momencie zasadne.¹¹ Retrospektywne opinie pacjentów o słuszności przyjęcia były punktem końcowym badań przeprowadzonych w Australii, Kanadzie, Szwecji, Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii.¹²⁻¹⁸ Przyjęcie za właściwe uznało retrospektywnie 33-81% pacjentów przyjętych bez zgody. Odsetki te były zależne od dokładnego sformułowania pytania oraz czasu, który upłynął od przyjęcia.

W przedstawionym w artykule badaniu analizowano opinie pochodzących z 11 państw Europy pacjentów na temat przyjęcia bez zgody po miesiącu i po 3 miesiącach. Badano, czy i w jakim stopniu opinie te różniły się w zależności od miejsca, czy różnice utrzymują się po uwzględnieniu odmienności w charakterystyce pacjentów oraz jakie cechy pacjenta wiążą się z pozytywną lub negatywną opinią o hospitalizacji.

Metoda

Projekt badania i uczestnicy

Badanie było wielośrodkowym prospektywnym badaniem kohortowym przeprowadzonym w 11 państwach Europy: Bułgarii (Sofia), Czechach (Praga), Niemczech (Drezno), Grecji (Saloniki), Włoszech (Neapol), Litwie (Wilno), Polsce (Wrocław), Słowacji (Michalovce), Hiszpanii (Grenada i Malaga), Szwecji (Orebro) i Wielkiej Brytanii (wschodni Londyn). W wymienionych państwach w badaniu brało udział 1-5 szpitali. W badaniu uczestniczył także Izrael (ośrodek w Tel Avivie), jednak w tym opracowaniu uzyskane tam dane zostały pominięte z powodu niewłaściwego wdrożenia badania. We wszystkich ośrodkach, w których prowadzono analizę, na oddziałach znajdowali się zarówno pacjenci przyjęci za zgodą, jak i przyjmowani bez zgody. Przyjęcia bez zgody odbywały się zgodnie z lokalnym prawem i rutynową praktyką kliniczną. Podstawy teoretyczne i metodologia badania, charakterystyka szpitali uczestniczących w badaniu oraz dane dotyczące innych placówek udzielających świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego w rejonie szpitali uczestniczących w badaniu, zostały szczegółowo opisane w innym artykule.¹⁹ Do badania byli włączani pacjenci ogólnych oddziałów psychiatrycznych, przyjęci bez zgody, w wieku 18-65 lat, mieszkający w rejonie danego szpitala, dysponujący zadowalającą znajomością danego języka, zdolni do wyrażenia zgody na hospitalizację. Kryteriami wykluczenia były: intoksykacja substancjami psychoaktywnymi, otepienie jako pierwsze rozpoznanie i przeniesienie z innego szpitala.

Sposób przeprowadzenia badania i metody oceny

Badacze identyfikowali pacjentów przyjętych bez zgody dzięki informacjom od personelu oddziałów szpitalnych i pracowników administracji. Personel oddziałów uczestniczących w badaniu przedstawiał zakwalifikowanych pacjentów badaczowi, który kontaktował się z nimi w ciągu tygodnia od chwili przyjęcia, objaśniał na czym polega projekt i pytał o zgodę na udział w badaniu. Jeśli pacjent udzielił pisemnej zgody, był oceniany pod kątem objawów psychopatologicznych, przy czym nasilenie tych objawów uznawano za stan wyjściowy. Dalsze wywiady bezpośrednie były przeprowadzane po miesiącu i po 3 miesiącach od przyjęcia. Pacjenci byli włączani do badania między czerwcem 2003 a październikiem 2005 roku.

Punktem końcowym badania była retrospektywna ocena opinii pacjentów na temat tego, czy przyjęcie było zasadne, czy też nie, dokonywana po miesiącu i po 3 miesiącach. Badanym zadawano pytanie „Czy dzisiaj uważa Pan/Pani, że przyjęcie do szpitala było słuszne czy błędne?“, na które odpowiadała za pomocą 11-stopniowej skali Likerta, w której 0 oznaczało, że przyjęcie było całkowicie błędne natomiast 10, że było w pełni zasadne. Tę skalę wykorzystywano już w poprzednim badaniu.^{14,15}

Wyjściowe dane społeczno-demograficzne, opis kliniczny i rozpoznania chorych uzyskano z dokumentacji medycznej. Podstawowa charakterystyka pacjentów obejmowała: wiek, płeć, sytuację życiową (czy pacjent mieszka sam, czy z innymi osobami), zatrudnienie (czy jest zatrudniony, czy bezrobotny), poprzednie hospitalizacje (bez wcześniejszych hospitalizacji czy jedna lub więcej hospitalizacji w wywiadzie) oraz rozpoznanie wg ICD-10.²⁰ Rozpoznanie podzielono na 3 kategorie: schizofrenia i inne psychozy (F20-29), zaburzenia afektywne (F30-39) i inne. Badacze oceniali wyjściowe nasilenie objawów psychopatologicznych za pomocą 24-punktowej Krótkiej skali oceny psychiatrycznej (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS),²¹ w której można uzyskać od 24 do 168 punktów, przy czym 168 oznacza maksymalne nasilenie objawów. Badacze ze wszystkich ośrodków uczestniczyli w szkoleniach dotyczących używania i oceny za pomocą tych narzędzi i użytkali ocenę porównywalności (współczynnik korelacji wewnątrzklasowej) 0,78. Badanie zostało zatwierdzone przez właściwe dla danych państw komisje bioetyczne.

Analiza statystyczna

Punkt końcowy badania stanowiła zmiana przedstawiająca opinię pacjenta wyrażoną w 11-stopniowej skali – potraktowano ją w analizie jako zmienną ilościową, aby w pełni wykorzystać zmienność odpowiedzi pa-

centów i po zbadaniu jej rozkładu przedstawiono w postaci średniej i odchylenia standardowego. Wyniki przeprowadzonej analizy statystycznej odpowiadają opiniom pacjentów – czy przyjęcie było zasadne, czy nie – wyrażonym w 11-stopniowej skali (gdzie 0 oznacza całkowicie błędne przyjęcie, a 10 całkowicie słuszne). Aby przedstawić punkt końcowy badania w bardziej kliniczny sposób, podzielono skalę w punkcie 5 (neutralny środek skali) – oznaczono w ten sposób odsetek pacjentów oceniających zasadność przyjęcia na 5 lub więcej jako badanych uznających przyjęcie jako w większym stopniu słuszne niż niesłuszne. Została także zastosowana opisowa statystyka zbiorcza w celu przedstawienia rozkładu zmiennych określających punkt końcowy badania.

Aby uwzględnić możliwe korelacje między poszczególnymi pomiarami, zastosowano model równania szacunku uogólnionego (generalised estimating equation, GEE), przyjmując jako zmienne ustalone (fixed-effect) wyjściową charakterystykę pacjenta oraz czas pomiaru, zaś samego pacjenta za zmienną losową. Analizę za pomocą modelu GEE przeprowadzono trójstopniowo. Na początku opracowano jednozmiennowy model analizy GEE dla wszystkich czynników. Zmienne wyjaśniające, które okazały się istotne ($p = 0,05$), wprowadzono do drugiego etapu analizy wielozmiennowej w tymże modelu. Na koniec założenia modelu zostały sprawdzone za pomocą analizy wykresów rezydualnych.

Szacunkowy wpływ czynników predykcyjnych na punkt końcowy badania ustalony przy użyciu modelu GEE miał przedział ufności rzędu 95%. Dla określenia różnic między państwami obliczono (z oszacowań modelu wielozmiennowego GEE) macierz wartości p dla wszystkich możliwych porównań krajów parami.

W Anglii dostępne były dane na temat wszystkich pacjentów, także tych, którzy nie wzięli udziału w badaniu, takie dane jak wiek, płeć, rozpoznanie (co zostało zatwierdzone przez Patient Information Advisory Group; ref: PIAG 2-10 (d)/2005). Dla stwierdzenia potencjalnych błędów doboru pacjentów porównano ich charakterystyki uwzględnione w badaniu.

Wyniki

Charakterystyka grupy badawczej

Na początku do badania zakwalifikowano we wszystkich państwach łącznie 2326 pacjentów. Tabela 1 pokazuje liczbę pacjentów spełniających w poszczególnych państwach kryteria badania oraz proces doboru.

W ciągu tygodnia od przyjęcia zbadano 31-71% chorych, po miesiącu oceniono 63-96% z nich, a po 3 miesiącach 55-93%.

Charakterystyka pacjentów uczestniczących w badaniu została przedstawiona w tabeli 2. Ogółem 72% pacjentów było bezrobotnych, 66% mieszkało samotnie, 71% było poprzednio hospitalizowanych, a u 62% rozpoznawano schizofrenię.

Jeśli chodzi o ośrodki angielskie, uzyskano dane wstępne dotyczące 181 ze 183 pacjentów spełniających kryteria badania, jednak niepoddanych ocenie. Ich średni

wiek to 36,01 roku (odchylenie standardowe [OS] 11,41). Wśród nich 40% stanowiły kobiety, 60% chorzy na schizofrenię, u 22% rozpoznano zaburzenia afektywne, a u 18% inne choroby psychiczne. Między pacjentami, których poproszono o wyrażenie opinii o hospitalizacji oraz pacjentami niepoddanymi ocenie, nie było większych różnic, co przedstawiono w tabeli 2.

Wśród wszystkich pacjentów, którzy zostali zbadani po miesiącu (i po 3 miesiącach), 45,1% (45,5%) stanowiły kobiety, 73,1% (72,2%) nie było zatrudnionych, 35,3% (36,0%) mieszkało z innymi osobami, 71,4% (72,3%) było wcześniej hospitalizowanych, u 65,7% (64,7%) rozpoznano schizofrenię, u 16,7% (17,2%) zaburzenia afektywne, a u 17,6% (18,1) inne zaburzenia psychiczne. Średnia wieku wśród bada-

TABELA 1
Dane pochodzące z rekrutacji oraz obserwacji w poszczególnych państwach

	Bułgaria	Czechy	Anglia	Niemcy	Grecja
Pacjenci spełniający kryteria badania, <i>n</i>	475	581	451	466	349
Pacjenci, którzy zrezygnowali/zostali wykluczeni z badania, <i>n</i>	27	80	30	186	58
Wykluczeni z powodu złego stanu somatycznego, <i>n</i>	76	160	89	59	43
Poproszeni o zgodę na udział w badaniu, <i>n</i>	372	341	332	221	248
Odmówili zgody na udział w badaniu, <i>n</i>	63	139	64	76	26
Pacjenci poddani ocenie na początku badania, <i>n</i>	309	202	268	145	222
% pacjentów spełniających kryteria badania	65	35	59	31	64
Pacjenci poddani ocenie po miesiącu, <i>n</i>	297	165	179	120	178
% pacjentów uczestniczących na początku w badaniu	96	82	67	83	80
Pacjenci poddani ocenie po 3 miesiącach, <i>n</i>	287	146	175	106	147
% pacjentów uczestniczących na początku w badaniu	93	72	65	73	66

TABELA 2
Charakterystyka początkowa pacjentów uczestniczących w badaniu w poszczególnych państwach oraz status

	Bułgaria (<i>n</i> =309)	Czechy, (<i>n</i> =202)	Anglia (<i>n</i> =268)	Niemcy (<i>n</i> =145)	Grecja (<i>n</i> =222)
Płeć, <i>n</i> (%)					
żeńska	195 (63)	108 (53)	86 (32)	55 (38)	72 (32)
męska	114 (37)	94 (47)	181 (68)	90 (62)	150 (68)
Wiek <i>n</i>	309	202	268	145	222
w latach (OS)	39,15 (10,24)	40,33 (13,26)	34,72 (9,73)	37,35 (11,68)	38,75 (10,29)
Zatrudnienie, <i>n</i> (%)					
Nie	255 (87)	123 (61)	216 (82)	107 (74)	127 (57)
Tak	37 (13)	78 (39)	47 (18)	38 (26)	95 (43)
Sytuacja życiowa, <i>n</i> (%)					
Mieszkający z innymi osobami	124 (41)	84 (42)	65 (25)	47 (32)	55 (25)
Mieszkający samotnie	170 (58)	117 (58)	191 (75)	98 (68)	166 (75)
Poprzednie hospitalizacje, <i>n</i> (%)					
Co najmniej jedna	236 (80)	148 (74)	193 (72)	104 (72)	137 (63)
Brak	60 (20)	52 (26)	74 (28)	41 (28)	81 (37)
Rozpoznanie, <i>n</i> (%)					
Schizofrenia	249 (90)	120 (60)	154 (59)	67 (46)	161 (73)
Zaburzenia afektywne	24 (9)	25 (12)	61 (23)	31 (21)	28 (13)
Inne	5 (2)	57 (28)	47 (18)	47 (32)	33 (15)
Objawy, BPRS <i>n</i>	309	201	264	144	209
Średnia punktacja, (OS)	69,09 (13,99)	50,23 (13,41)	51,26 (10,85)	54,25 (12,71)	48,55 (10,37)
Wciąż hospitalizowani po miesiącu, <i>n</i> (%)	222 (75)	105 (62)	116 (50)	91 (72)	113 (57)
wciąż hospitalizowani po 3 miesiącach, <i>n</i> (%)	135 (47)	16 (11)	36 (17)	21 (19)	17 (10)

BPRS – Krótka skala oceny psychiatrycznej, OS – odchylenie standardowe

nych, którzy wyrazili swoją opinię po miesiącu, wynosiła 38,87 roku (OS 11,21), a w grupie chorych udzielających odpowiedzi po 3 miesiącach 39,10 roku (OS 1,13). W grupie badanej po miesiącu średni wynik w skali BPRS wynosił 54,77 (OS 15,84), natomiast osoby badane po 3 miesiącach od przyjęcia uzyskiwały w tej skali średnio 55,08 punktu (OS 15,84). Charakterystyka pacjentów spełniających kryteria włą-

czenia do badania oraz charakterystyka badanych po miesiącu i po 3 miesiącach była podobna.

Opinie pacjentów na temat zasadności przyjęcia

Tabela 3 pokazuje, jaki osetek badanych uznał przyjęcie do szpitala bez zgody za słuszne, średnie i standardowe odchylenia w zakresie tych wskaźników w poszczegól-

nych państwach oraz na poszczególnych etapach badania.

Wśród przebadanych pacjentów po miesiącu od przyjęcia średnio 55% uznało je za zasadne, podczas gdy po 3 miesiącach osetek ten wynosił średnio 63%, przy czym w zależności od państwa wartości mieściły się w zakresie 39-71% w badaniu wykonanym po miesiącu, a 46-86% po 3 miesiącach.

Włochy	Litwa	Polska	Słowacja	Hiszpania	Szwecja	Ogółem
280	120	334	439	850	306	4651
7	1	30	41	219	49	728
60	17	52	87	84	44	771
213	102	252	311	547	213	3152
84	17	100	15	126	116	826
129	85	152	296	421	97	2326
46	71	46	67	50	32	50
116	66	141	221	264	62	1809
90	78	93	75	63	64	78
111	48	140	162	236	55	1613
86	56	92	55	56	57	69

hospitalizacji po miesiącu i 3 miesiącach

Włochy (n=129)	Litwa (n=85)	Polska (n=152)	Słowacja (n=296)	Hiszpania (n=421)	Szwecja (n=97)	Ogółem (n=2326)
45 (35)	46 (54)	80 (53)	117 (40)	146 (35)	51 (53)	1001 (43)
82 (65)	39 (46)	72 (47)	179 (60)	275 (65)	46 (47)	1322 (57)
129	85	152	296	421	97	2326
39,04 (10,32)	40,48 (11,67)	41,79 (11,71)	39,78 (10,47)	37,73 (11,08)	41,30 (11,92)	38,72 (11,12)
87 (69)	62 (73)	116 (77)	227 (77)	272 (66)	69 (71)	1661 (72)
39 (31)	23 (27)	35 (23)	69 (23)	143 (34)	28 (29)	632 (28)
36 (29)	33 (40)	67 (44)	132 (45)	106 (25)	29 (31)	778 (34)
88 (71)	50 (60)	84 (56)	163 (55)	313 (75)	66 (69)	1506 (66)
93 (76)	71 (86)	99 (65)	175 (61)	269 (65)	82 (88)	1607 (71)
29 (24)	12 (14)	53 (35)	112 (39)	143 (35)	11 (12)	668 (29)
85 (67)	78 (92)	108 (71)	143 (48)	225 (53)	38 (40)	1428 (62)
25 (20)	2 (2)	23 (15)	19 (6)	95 (23)	29 (31)	362 (16)
17 (13)	5 (6)	21 (14)	134 (45)	101 (24)	28 (29)	495 (22)
126	85	152	296	415	94	2295
73,16 (21,11)	58,23 (10,94)	47,98 (11,55)	49,94 (13,06)	45,30 (10,83)	48,36 (10,82)	53,39 (15,36)
5 (5)	64 (81)	105 (73)	177 (61)	35 (9)	27 (37)	1060 (50)
3 (3)	16 (27)	10 (7)	8 (3)	3 (1)	12 (16)	274 (14)

TABELA 3
Opinie pacjentów z poszczególnych krajów czy przyjęcie było słuszne czy nie

Opinie pacjentów dotyczące przyjęcia	Bulgaria	Czechy	Anglia	Niemcy	Grecja
Po miesiącu					
<i>n</i>	284	159	176	118	163
Średnia punktacja, (OS)	4,76 (3,31)	6,09 (3,54)	4,89 (3,91)	6,46 (3,44)	5,49 (4,07)
Słuszne, %	55	43	53	36	52
Niesłuszne, %	45	57	47	64	48
Po 3 miesiącach					
<i>n</i>	265	112	175	105	134
Średnia punktacja, (OS)	5,86 (3,30)	6,95 (3,04)	5,6 (3,98)	7,18 (3,08)	6,63 (3,73)
Słuszne, %	42	32	46	30	39
Niesłuszne, %	58	68	54	70	61

We wszystkich państwach rozkład punktów w 11-stopniowej skali Likerta przedstawiał się po miesiącu (i po 3 miesiącach) następująco: 0: 7% (13%); 1: 3% (2%); 2: 5% (4%); 3: 4% (5%); 4: 3% (3%); 5: 12% (11%); 6: 5% (5%); 7: 8% (9%); 8: 12% (13%); 9: 9% (12%); 10: 22% (24%).

Czynniki wpływające na opinie badanych

W tabeli 4 przedstawiono wyniki analizy jednozmiennowej oraz analizy wielozmiennowej wszystkich branych pod uwagę czynników predykcyjnych, takich jak państwo, w którym prowadzono badania. Tabela 5 pokazuje, które różnice między państwami były znaczące w porównaniu par średnich me-

tołą *post hoc*, włączając w to wpływ wszystkich innych istotnych zmiennych.

Różnice między poszczególnymi państwami dotyczące opinii badanych co do słuszności przyjęcia bez zgody są istotne statystycznie, nawet jeśli weźmie się pod uwagę inne oceniane czynniki. Porównanie *post hoc* wykazało, że wprawdzie nie wszystkie różnice między miejscami, gdzie prowadzona była analiza, były istotne statystycznie, jednak główne były. Na przykład badani z Anglii gorzej oceniali zasadność przyjęcia niż badani z Bułgarii, Czech, Włoszech, Niemiec i Słowacji, natomiast opinie pacjentów ze Słowacji były statystycznie lepsze od opinii osób z większości innych państw z wyjątkiem Czech, Włoch i Niemiec.

Wszystkie analizowane zmienne, poza wcześniejszymi hospitalizacjami w wywiadzie, wykazywały w analizie jednozmiennowej istotność statystyczną. W analizie wielozmiennowej jednak tylko płeć, sytuacja życiowa oraz rozpoznanie istotnie wpływały na opinie badanych. Poza tym zasadność przyjęcia gorzej oceniali badani samotni, chorujący na schizofrenię i kobiety.

Omówienie

Główne ustalenia

Miesiąc po przyjęciu do szpitala bez zgody 39-71% badanych uznało, że było ono słuszne. Po 3 miesiącach, gdy ostra faza cho-

TABELA 4
Czynniki wpływające na opinie pacjentów odnośnie przyjęcia w jednozmiennowej i wielozmiennowej uogólnionej analizie równań estymujących

Przewidywane zmienne	Analiza jednozmiennowa			Analiza wielozmiennowa		
	B ^a	95% PU	<i>p</i>	B ^a	95% PU	<i>p</i>
Państwo						
Anglia	0,00			0,00		
Litwa	-0,10	-0,98 do 0,77	0,817	0,04	-0,84 do 0,93	0,923
Polska	0,29	-0,37 do 0,96	0,391	0,25	-0,41 do 0,93	0,454
Bulgaria	0,04	-0,51 do 0,60	0,882	0,64	0,02 do 1,27	0,041
Szwecja	0,77	-0,09 do 1,63	0,080	0,77	-0,11 do 1,65	0,086
Grecja	0,63	-0,00 do 1,27	0,051	0,61	-0,03 do 1,27	0,064
Hiszpania	1,26	0,69 do 1,83	<0,001	0,43	0,03 do 0,84	<0,001
Czechy	1,22	0,57 do 1,88	<0,001	1,19	0,53 do 1,85	<0,001
Włochy	1,64	0,92 do 2,36	<0,001	1,47	0,70 do 2,24	<0,001
Niemcy	1,49	0,79 do 2,19	<0,001	1,30	0,60 do 2,01	<0,001
Słowacja	1,92	1,31 do 2,52	<0,001	1,74	1,13 do 2,36	<0,001
Mężczyźni vs kobiety	0,77	0,47 do 1,06	<0,001	0,77	0,46 do 1,08	<0,001
Zatrudnieni vs bezrobotni	0,44	0,11 do 0,77	0,008	0,17	-0,16 do 0,51	0,307
Mieszkający samotnie vs mieszkający z innymi osobami	-0,56	-0,87 do -0,26	<0,001	-0,69	-1,02 do -0,37	<0,001
Rozpoznania						
Schizofrenia	0,00			0,00		
Zaburzenia afektywne	0,70	0,30 do 1,10	0,001	0,60	0,19 do 1,01	0,004
Inne	0,84	0,45 do 1,22	<0,001	0,43	0,03 do 0,84	<0,001
Punktacja w BPRS	-0,01	-0,01 do -0,00	0,035	0,00	-0,00 do 0,01	0,517
Bez hospitalizacji w wywiadzie	0,17	-0,15 do 0,50	0,286			

^awspółczynnik regresji, BPRS – Krótka skala oceny psychiatrycznej

Włochy	Litwa	Polska	Słowacja	Hiszpania	Szwecja	Ogółem
112	66	138	204	253	59	1732
6,48 (1,81)	4,33 (3,71)	5,10 (3,84)	7 (3,85)	6,51 (3,24)	6,11 (3,81)	5,77 (3,63)
29	61	51	33	38	42	45
71	39	49	67	62	58	55
102	45	137	144	224	54	1497
7,25 (1,54)	6 (2,84)	5,93 (3,69)	7,13 (3,74)	6,35 (3,29)	5,79 (3,72)	6,37 (3,43)
14	49	39	31	34	54	37
86	51	61	69	66	46	63

roby psychicznej będąca powodem przyjęcia bez zgody u większości badanych minęła, wskaźniki te były większe i wynosiły 46-86%. Odkrycie, że istotny odsetek badanych nie zgadza się retrospektywnie z zasadnością przyjęcia, może rzucać cień na etyczną stronę przyjęcia do szpitala bez zgody. Z drugiej strony, po 3 miesiącach średnio 63% badanych uznało przyjęcie za słuszne, co może utwierdzać w słuszności wielu lekarzy, chorych oraz rodziny pacjentów. Wyniki są podobne do uzyskanych wcześniej, jednak tamte badania były prowadzone w mniejszych grupach oraz mniej usystematyzowanymi metodami.^{6,14,23,24} Nowym odkryciem są duże różnice w wynikach między ośrodkami w różnych państwach europejskich. Różnic tych nie można wyjaśnić odmiennościami w charakterystyce społeczno-demograficznej, rozpoznaniach czy wyjściowym nasileniu objawów psychopatologicznych. Liczba różnic jest znacząca, a wiele z nich jest istotnych statystycznie.

Mocne punkty i ograniczenia badania

Jest to pierwsze duże i jednolicie przeprowadzone badanie prospektywne, którego punktem końcowym były opinie pacjentów na temat przyjęcia bez zgody. Objęło ono ośrodki w 11 państwach Europy, które różni-

ły się uwarunkowaniami prawnymi i praktyką kliniczną w zakresie przyjęć bez zgody. Wszyscy badani byli oceniani przez przeszkolonych wcześniej lekarzy, co w samo w sobie jest wyzwaniem, gdyż badanie odbywało się w ciągu tygodnia od przyjęcia, objawy u wielu z badanych były bardzo nasilone, a wszyscy oni byli przyjęci bez zgody.

Badanie cechuje się kilkoma słabymi punktami: tylko 50% chorych spełniających kryteria włączenia do badania wzięło w nim udział, przy czym odsetki te były różne w poszczególnych państwach. Mogłoby się wydawać, że objęcie badaniem tylko połowy spełniających kryteria jest porażką, jednak zważywszy na typ badania oraz stan psychiczny chorych w chwili przyjęcia jest to w rzeczywistości dość dobry wynik.⁶

Szczegółowe dane dotyczące chorych włączonych oraz niewłączonych do badania były dostępne tylko w ośrodkach angielskich, jednak we wszystkich państwach porównywano chorych biorących udział w badaniu z tymi, którzy zostali z niego wyłączeni. Porównania te nie wykazały znaczących różnic w charakterystyce pacjentów, jednak brano pod uwagę tylko niektóre czynniki.

Za wadę badania autorzy uznali, że w każdym państwie oceniani byli chorzy z 1-5 szpitali, które nie muszą być przecież represen-

tatywne dla danego państwa. W Anglii dostępne są dane z ogólnokrajowego badania, które pozwalają porównać uzyskane w poszczególnych ośrodkach wyniki.²⁴ W badaniu międzynarodowym brano pod uwagę wyniki uzyskane w 2 angielskich szpitalach – w Hackney i Newham, jednak w 20 innych angielskich szpitalach zbadano w taki sam sposób po miesiącu 371 a po 3 miesiącach 307 pacjentów przyjętych bez zgody. Po miesiącu 45% ($n=166$) pacjentów uznało przyjęcie za słuszne (średni wynik 4,81 punktu w skali Likerta, OS 3,94). Wyniki uzyskane w badaniu w dwóch szpitalach we wschodnim Londynie oraz w 20 innych szpitalach były podobne, stąd używanie w porównaniu międzynarodowym wyników uzyskanych w tych 20 szpitalach nie zmieniłoby wiele. W przypadku innych krajów brak jest danych pozwalających na ocenę reprezentatywności szpitali, które wzięto pod uwagę w badaniu.

Przyczyny różnic

Czy różnice w opiniach badanych co do przyjęcia bez zgody wynikają z odmiennego w różnych państwach ustawodawstwa? Na to pytanie nie ma jednoznacznej odpowiedzi. Regulacje prawne we wszystkich państwach są skomplikowane, stąd wiele czynników może mieć znaczenie. Każde wiązanie

TABELA 5
Graniczny poziom istotności dla porównania par krajów otrzymany na podstawie wielozmiennowej uogólnionej analizy równań estymujących

	Anglia	Litwa	Polska	Bułgaria	Szwecja	Grecja	Hiszpania	Czechy	Włochy	Niemcy
Litwa	0,923									
Polska	0,454	0,648								
Bułgaria	0,041	0,165	0,257							
Szwecja	0,086	0,190	0,272	0,781						
Grecja	0,064	0,213	0,311	0,932	0,738					
Hiszpania	<0,001	0,012	0,005	0,100	0,376	0,082				
Czechy	<0,001	0,013	0,009	0,102	0,363	0,097	0,909			
Włochy	<0,001	0,004	0,004	0,021	0,170	0,036	0,419	0,497		
Niemcy	<0,001	0,008	0,006	0,059	0,264	0,064	0,659	0,759	0,694	
Słowacja	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,029	0,001	0,043	0,089	0,477	0,209

różnic w wynikach badania z różnicami w regulacjach prawnych w danym kraju jest analizą *post hoc* i nieuchronnie sprowadza się do spekulacji.

Jedynym kryterium pozwalającym zaklasyfikować regulacje prawne w danym państwie jest stopień ochrony praw i interesów pacjenta.^{8,9} Do artykułu dołączono listę siedmiu kryteriów, które są w różnych państwach w różnym stopniu spełnione. Odpowiedzi na pytania nie zawsze są jednoznaczne, jednak na ich podstawie oszacowano liczbę kryteriów spełnionych w poszczególnych państwach. Wyniki tego rankingu są w wielu przypadkach spójne z uzyskanymi w poszczególnych państwach opiniami pacjentów, co potwierdziła analiza wielozmiennowa (najlepiej pod względem stopnia ochrony praw chorych oraz retrospektywnych ocen zasadności przyjęcia wypadła Słowacja i Niemcy; system prawny w Anglii uznano natomiast za najmniej przyjazny ochronie praw chorych, badani w tym kraju pacjenci także najgorzej oceniali słusność przyjęcia). Wielu różnic w opiniach pacjentów nie da się jednak wyjaśnić za pomocą tych kryteriów.

Znaczenie może mieć wiele innych cech narodowych, takich jak położenie geograficzne czy historia polityczna danego kraju (np. zachodnia a wschodnia Europa), nakłady na ochronę zdrowia psychicznego,²⁵ ogólny wskaźnik przyjęć bez zgody,² a także proces rekrutacji do badania oraz odsetek chorych, którzy wzięli w nim udział w poszczególnych krajach. Żaden z tych czynników nie koreluje jednak z opiniami badanych na temat przyjęcia bez zgody. Również trzy inne czynniki mogą odpowiadać za różnice w opiniach chorych, nie były one jednak dotąd badane. Po pierwsze, mogą istnieć różnice w charakterystyce społecznej bądź klinicznej chorych, których nie ujęto w tym badaniu. Po drugie, różnice w oczekiwaniach pacjentów w poszczególnych państwach oraz tendencje do bardziej pozytywnej bądź bardziej negatywnej oceny mogą przekładać się na oceny przyjęcia bez zgody uzyskane w badaniu. Wreszcie, praktyka kliniczna (zachowanie personelu medycznego względem osób przyjętych bez zgody oraz zastosowane metody zabezpieczania oraz leczenia tych chorych) różnią się między poszczególnymi lokalizacjami i mają wpływ na punkty końcowe badania. Niektóre aspekty praktyki klinicznej mogą wiązać się z narodową kulturą oraz tradycją i przez to być trudne do zmodyfikowania, jednak wiele schematów postępowania i zasad można przejąć z innych krajów.

Czynniki, które mają wpływ na punkty końcowe badania w poszczególnych państwach

Wykazano korelację między charakterystyką pacjentów a ich opiniami dotyczący-

mi przyjęcia bez zgody. Podobnie jak to wykazywano w innych badaniach analizujących opinie pacjentów psychiatrycznych, kobiety wyrażały bardziej negatywne opinie, jednak nie była to stała zależność.^{26,27} Badani mieszkający samotnie częściej negatywnie oceniali przyjęcie, co może wynikać z trudności w przystosowaniu się do zamkniętej przestrzeni, napiętych często stosunków z innymi pacjentami i personelem oddziału. Możliwe też, że pacjenci mieszkający z innymi osobami częściej doświadczają konfliktów i napięć domowych, stąd przyjęcie stanowi pewnego rodzaju ulgę i z perspektywy czasu wydaje się właściwym postępowaniem. W trakcie pobytu w szpitalu i po zakończeniu hospitalizacji osoby te rozmawiają ze swoimi partnerami na temat choroby i otrzymują od nich stosowne wsparcie, co prowadzi do bardziej pozytywnej oceny przyjęcia. Pacjenci z rozpoznaniem schizofrenii gorzej oceniali przyjęcie, co może mieć związek z częstszym brakiem wglądu u tych chorych.²⁸ Analiza wielozmiennowa nie wykazała związku między wyjściowym nasileniem objawów psychopatologicznych a późniejszą oceną przyjęcia. Nie potwierdzono zatem w tym badaniu tezy, że duże wyjściowe nasilenie objawów jest związane z późniejszą gorszą oceną przyjęcia bez zgody.

Implikacje

Wyniki badania wskazują, że duże różnice w uwarunkowaniach prawnych i praktyce dotyczącej przyjęcia do szpitala bez zgody oraz późniejszego leczenia w państwach europejskich są związane z różnicami w późniejszych ocenach pacjentów, choć dokładne czynniki przyczynowe i mechanizm tej zależności nie są w pełni poznane.²⁹ Dalsze dogłębne badania pozwolą stwierdzić, które procedury legislacyjne i praktyczne wpływają na bardziej pozytywną ocenę chorych.³⁰ Dzięki temu kraje, które w badaniu uzyskały słabe wyniki, tak jak Anglia, mogłyby rozważyć wprowadzenie tych procedur.

Finansowanie

Badanie finansowane z grantu Komisji Europejskiej (Quality of life and Management of Living Resources Programme, numer QL4-CT-2002-01036).

Podziękowania

Jesteśmy wdzięczni wszystkim chorym, z którymi przeprowadzaliśmy wywiad oraz personelowi szpitali uczestniczącym w badaniu. Dziękujemy również wszystkim osobom zaangażowanym w zbieranie danych.

Dodatek

Kryteria oceniające regulacje prawne dotyczące przyjęcia do szpitala bez zgody pod kątem ochrony praw pacjenta

Dla każdego pytania pierwszy wybór jest uważana za bardziej sprzyjający ochronie interesu pacjenta

Kryteria legislacyjne

a. Czy przyjęcie bez zgody jest możliwe tylko wtedy pacjenci zagrażają sobie lub innym, czy też w celu uniknięcia bardziej ogólnego zagrożenia dla zdrowia pacjenta?

b. Czy przyjęcie bez zgody mogą zainicjować tylko władze lub lekarze, czy także inni interesariusze?

c. Czy przyjęcie bez zgody wymaga decyzji sądu, czy nie?

d. Czy czas, w którym szpital może decydować o przetrzymywaniu pacjenta bez zgody na oddziale bez formalnej decyzji o leczeniu bez zgody, jest krótszy, czy dłuższy niż 24 godz.?

e. Czy pomoc prawna jest zagwarantowana, czy też nie?

f. Czy w odniesieniu do postępowania odwoławczego do ciał niezależnych określony jest jakiś wiążący czas udzielenia odpowiedzi i czy są jakieś osoby/institucje inne niż zobowiązane przez pacjenta, uprawnione do odwołania się od decyzji?

g. Czy decyzja o przyjęciu bez zgody jest oddzielona od decyzji o leczeniu bez zgody?

Spełnienie kryteriów ochrony praw pacjenta w poszczególnych państwach:

Siedem kryteriów: Niemcy (a-g)

Pięć kryteriów: Słowacja (a, c, d, f, g), Szwecja (a, b, d, e, f)

Cztery kryteria: Bułgaria (a, c, d, g), Czechy (a, c, d, g), Hiszpania (c, d, e, g)

Trzy kryteria: Włochy (b, f, g), Polska (b, c, e), Litwa (a, b, c)

Dwa kryteria: Grecja (c, f)

Jedno kryterium: Anglia (e)

From the British Journal of Psychiatry (2010) 196, 179-185. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyright © 2010 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

Piśmiennictwo

1. Zinkler M, Priebe S. Detention of the mentally ill in Europe - a review. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106:3-8.
2. Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *Br J Psychiatry* 2004;184:163-8.
3. Welsh S, Deahl MP. Modern psychiatric ethics. *Lancet* 2002;359:253-5.
4. Zigmund T. A new Mental Health Act for England and Wales. *Adv Psychiatr Treat* 2004;10:161-3.
5. Tilley S, Chambers M. Proposed changes to the Mental Health Act of England and Wales - research investigating the debate. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2005;12:121-3.

6. Katsakou C, Priebe S. Outcomes of involuntary hospital admission – a review. *Acta Psychiatr Scand* 2006;114: 232–41.
7. Kallert TW, Glöckner M, Schutzwohl M. Involuntary vs. voluntary hospital admission: a systematic literature review on outcome diversity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008;258:195–209.
8. Felthouse A, Sass H. *The International Handbook of Psychopathic Disorders and the Law* Vol II: Law and Policies. John Wiley & Sons, 2008.
9. Kallert TW, Torres-Gonzalez F. *Legislation on Coercive Mental Health Care in Europe*. Peter Lang Publications, 2006.
10. Kallert TW, Rymaszewska J, Torres-Gonzalez F. Differences of legal regulations concerning involuntary psychiatric hospitalisation in twelve European countries: implications for clinical practice. *Int J Forensic Ment Health* 2007;6:197–207.
11. Beck JC, Golowka EA. A study of enforced treatment in relation to Stone's 'thank you' theory. *Behav Sci Law* 1988;6:559–66.
12. Spence ND, Goldney RD, Costain WF. Attitudes towards psychiatric hospitalization: a comparison of involuntary and voluntary patients. *Aust Clin Rev* 1988;8:108–16.
13. Towes J. Change with time in patients' reactions to commitment. *Can J Psychiatry* 1986;31:413–5.
14. Kjellin L, Westrin CG, Eriksson K, Alexsson-Ostman M. Coercion in psychiatric care: problems of medical ethics in a comprehensive empirical study. *Behav Sci Law* 1993;11:323–34.
15. Kjellin L, Anderson K, Bartholdson E, Candefjord IL, Holmstrom H, Jacobsson, et al. Coercion in psychiatric care – patients' and relatives' experiences from four Swedish psychiatric services. *Nord J Psychiatry* 2004;58:153–9.
16. Kane JM, Quitkin F, Rifkin A, Wegner J, Rosenberg G, Borenstein M. Attitudinal changes of involuntarily committed patients following treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:374–7.
17. Srinivasan DP, Soundarajan PC, Hullin RP. Attitudes of patients and relatives to compulsory admission. *Br J Psychiatry* 1980;136:200–1.
18. Ruscus C. The Mental Health Act 1983 – what does the patient think? *Psychiatr Bull* 1992;16:268–9.
19. Kallert TW, Glöckner M, Onchev G, Raboch J, Karastergiou A, Solomon, et al. The EUNOMIA project on coercion in psychiatry: study design and preliminary data. *World Psychiatry* 2005;4:168–72.
20. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research (DCR-10)*. WHO, 1998.
21. Ventura J, Green MF, Shaner A, Liberman R. Training and quality assurance with the Brief Psychiatric Rating Scale: 'The Drift Busters'. *Int J Methods Psychiatr Res* 1993;3:221–4.
22. Liang KY, Zeger SL. Longitudinal data analysis using generalized linear models. *Biometrika* 1986; 73:13–22.
23. Kjellin L, Anderson K, Candefjord I, Palmstierna T, Wallsten T. Ethical benefits and costs of coercion in short-term inpatient psychiatric care. *Psychiatr Serv* 1997;48:1567–70.
24. Priebe S, Katsakou C, Amos T, Leese M, Morriss R, Rose D, et al. Patients' views and readmissions 1 year after involuntary hospitalisation. *Br J Psychiatry* 2009; 194:49–54.
25. European Commission. *Improving the Mental Health of the Population. Towards a Strategy on Mental Health for the European Union*. European Commission, 2005.
26. Lehman AF. *The effects of psychiatric symptoms on quality of life assessments among the chronically mentally ill*. Eval Program Plann 1983;6:143–51.
27. Vandiver VL. Quality of life, gender and schizophrenia: a cross-national survey in Canada, Cuba and the USA. *Community Ment Health J* 1998; 34:501–52.
28. Dinos S, Stevens S, Serfaty M, Weich S, King M. Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. Qualitative study. *Br J Psychiatry* 2004;184:176–81.
29. Priebe S, Frottier P, Gaddini A, Kilian R, Lauber C, Marti 'nez-Leal R, et al. Mental health care institutions in nine European countries, 2002 to 2006. *Psychiatr Serv* 2008;59:570–3.
30. Katsakou C, Priebe S. Patients' experiences of involuntary hospital admission and treatment: a review of qualitative studies. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2007;16:172–8.

Komentarz

Dr n. med. Katarzyna Prot
Centrum Zdrowia Psychicznego
Instytut Psychiatrii i Neurologii
w Warszawie

Hospitalizacja bez zgody i szerzej leczenie bez zgody jest kluczowym problemem psychiatrii. Według osób z doświadczeniem choroby i systemu psychiatrycznego sama możliwość zastosowania przemocy wyłącza psychiatrię z obszaru innych oddziaływań medycznych i staje się źródłem jej stygmatyzacji w obrębie nauk medycznych. Stygmatyzacja w tym ujęciu nie jest związana ani z nazwą choroby, ani ze stosunkiem społeczeństwa do chorych. Jak pisze Judi Chamberlin¹ – oddział psychiatryczny, mimo naszych starań, zawsze będzie się różnił od szpitala kardiologicznego tym, że można znajdować się na nim wbrew swojej woli.

Od wielu lat toczy się dyskusja nad zasadnością stosowania przymusowej hospitalizacji. Interesująca jest radykalna zmiana opinii psychiatrii Torreya znanego w Polsce z kultowej książki „Czarownicy i psychiatrzy”,² w której zrównuje skuteczność leczenia psychiatrycznego z oddziaływaniem tradycyjnych uzdrowicieli ludowych. W latach 70. pisał, że sam termin „choroba psychiczna” jest semantycznym błędem i może być używany tylko jako metafora.³ Ten sam Torrey w latach 90. opowiedział się

za biomedycznym modelem choroby, pisząc o schizofrenii i chorobie dwubiegunowej, że są „chorobami mózgu” i oskarżając ruch antypsychiatryczny sprzeciwiający się leczeniu bez zgody o przyczynianie się do śmierci osób potrzebujących, a odmawiających leczenia.⁴ W dyskusji z tą opinią działacze stowarzyszeń pacjentów, a także profesjonalści, protestują przeciwko obciążaniu winą za odmowę leczenia ruch pacjentów. Ich zdaniem za śmierć tych osób odpowiada niewłaściwy system leczenia, który z braku zasobów nasila przemoc. Uważają określenie „leczenie bez zgody” za oksymoron, gdyż „leczenie” musi uwzględniać prawa pacjenta i zwracać uwagę, że odmowa leczenia może wiązać się z dotychczasowym doświadczeniem nieuwzględniania tych praw.^{5,7} Poza prawem do wolności w toku hospitalizacji bywają naruszane inne prawa, co wpływa na lęk przed szpitalem. Badania dotyczące przemocy doznawanej w placówkach psychiatrycznych pokazują nadużywanie przemocy przez personel, nadużycia seksualne ze strony personelu, jak również brak ochrony przed różnego rodzaju nadużyciem ze strony innych pacjentów.⁸

Przeciwnicy hospitalizacji wbrew woli podkreślają kluczowe znaczenie alternatywy wobec hospitalizacji, zamiast prawnego poszerzania warunków do leczenia bez zgody.^{5,9,10} Zgadza się z tym wielu profesjonalistów, uznając za alternatywę wobec hospitalizacji bez zgody działalność zespołów wczesnej interwencji oraz zespoły zajmujące się osobami obciążonymi szczególnie dużym ryzykiem hospitalizacji. Oferują one pomoc w domu, która w znacznym stopniu pozwala uniknąć hospitalizacji bez zgody.¹¹ Ważnym elementem są też powstające poza systemem psychiatrycznym organizowane przez „ocalałych z leczenia” domy – schronienia pozwalające osobie nieakceptującej opieki medycznej przetrwać kryzys.

Można powiedzieć, że budowanie alternatyw ograniczy stosowanie hospitalizacji bez zgody ale całkowicie może ją znieść tylko regulacja prawna. Przykładem, że jedynie pozbawienie możliwości zastosowania przymusu może go powstrzymać, jest opisane przez Andreoligo¹² wprowadzenie w kierowanej przez niego placówce zakazu wiązania pacjentów. Próba złamania postanowienia doprowadziła do decyzji publicznego spalania pasów i kaftanów bezpieczeństwa. Dopiero to spowodowało, że personel musiał radzić sobie w inny sposób z agresją.

W mojej wieloletniej praktyce opieki nad osobami chorującymi w środowisku, przyjęcia pacjentów będących pod opieką środowiskową do szpitala w trybie nagłym zdarzają się bardzo rzadko. Częściej zdarza się tzw. tryb wnioskowy i wydaje się, że jest to zawsze spowodowane naszą bezradno-

ścią wobec braku odpowiednich alternatyw leczenia oraz opieki w środowisku.

Wobec dyskusji dotyczącej stosowania hospitalizacji bez zgody ważne jest badanie opisane w artykule dotyczące tego, jak pacjenci widzą zasadność swojego przymusowego przyjęcia do szpitala po pewnym czasie. Pacjenci byli pytani po miesiącu oraz po trzech miesiącach od przyjęcia, czy decyzyję o hospitalizacji bez zgody uważają za słuszną, czy błędną. Autorzy nie podają, gdzie odbywało się badanie po trzech miesiącach, ale należy wnosić, że pacjenci przebywali jeszcze w szpitalu. Zasadniczym wynikiem badania jest stwierdzenie, że znaczny procent pacjentów po ustąpieniu ostrych objawów choroby nadal nie uznaje przyjęcia bez zgody za słusne. Wynik ten, zdaniem autorów, stawia pod znakiem zapytania etyczne uzasadnienie hospitalizacji bez zgody.

Wyraźnym brakiem badania jest brak głębszej analizy różnic między krajami, wskazujących na być może różne (niekoniecznie lecznicze) funkcje przymusowej hospitalizacji. Zaskakujące są różnice w diagnozie osób przyjmowanych bez zgody oraz długości hospitalizacji (liczba osób pozostających w szpitalu powyżej 3 miesięcy). Słabym punktem badania jest jego wyłącznie ilościowy charakter. Jeżeli przyjmiemy, że w sytuacji hospitalizacji bez zgody pacjent traktuje szpital jako instytucję opresyjną, staje się oczywiste, że próbuje rozegrać tę grę w sposób możliwie najkorzystniejszy dla siebie. Chorzy opisują, jak

uczą się być „dobrym” czy „współpracującym” pacjentem.¹³ Pacjent pozostający nadal w szpitalu może uważać, że najkorzystniej dla niego jest „przyznać się”, że „źle zrobił” i „zasłużył na karę” (co jest zgodne z systemem wychowawczym propagującym wdzięczność dla „karzącej ręki”). W innej wersji może uważać, że tylko „odmowa zeznań” i pozostanie na swojej pozycji, że nie dokonał niczego co uzasadnia hospitalizację daje szansę na wypis.

W krajach mających jeszcze w pamięci totalitarną (nazistowską bądź komunistyczną) przeszłość pytanie przed wyjściem z miejsca zatrzymania bez zgody o zdanie na temat zasadności zatrzymania budzi jednoznaczne skojarzenia. (Znana jest historia Freuda, który zmuszony podpisać oświadczenie, że władze niemieckie, a w szczególności gestapo, traktowały go z należnym szacunkiem, zgodził się pod warunkiem, że wolno będzie mu dodać jedno zdanie. Oficer nie wyraził sprzeciwu i Freud napisał: „Z całego serca mogę polecić usługi gestapo każdemu”.)

Wydaje się, że badania jakościowe – wywiady z pacjentami, którzy byli hospitalizowani bez zgody, a obecnie są poza szpitalem dają szansę na głębsze zrozumienie tego, jaki jest rzeczywisty pogląd chorych. Być może nie legislacja jest tutaj kluczowa, ale jej praktyczna realizacja. Na przykład czy lekarz kierujący tłumaczy pacjentowi swoją decyzję, czy po wypisie jest pod opieką tego lekarza i mogą dalej omawiać uczucia obu stron związane z hospita-

lizacją. Jest wiele doświadczeń, że jest możliwe zachowanie związku terapeutycznego nawet po jednostronnej decyzji o konieczności hospitalizacji.¹⁴ Z moich doświadczeń rozmów z pacjentami wynika, że przymusowa hospitalizacja zawsze jest wydarzeniem urazowym i ocena tego jest znacznie bardziej złożona niż 11 punktów skali Likerta.

Piśmiennictwo

1. Chamberlin J. *On our own*. National Empowerment Center. 1988.
2. Torrey EF. *Czarownicy i psychiatry*. PIW. Warszawa, 1981.
3. Torrey EF. *The Death of Psychiatry*. Chilton Book Company, 1974.
4. Torrey EF. Psychiatric Survivors and Nonsurvivors, *Psychiatric Services* 1997,48:143.
5. Rogers JA. Psychiatric Survivors and Nonsurvivors (letter), *Psychiatric Services* 1997,48:602.
6. Huffine C. Psychiatric Survivors and Nonsurvivors (letter), *Psychiatric Services* 1997,48:605.
7. Budd D. Survivors and Nonsurvivors (letter), *Psychiatric Services* 1997,48:603.
8. Kumar S. Client Empowerment in Psychiatry and the Professional Abuse of Clients: Where do We Stand? *Int J of Psychiatry in Medicine* 2000,30:61-70.
9. Jaffe DJ. Psychiatric Survivors and Nonsurvivors (letter), *Psychiatric Services*, 48:604.
10. Segal SP. Psychiatric Survivors and Nonsurvivors (letter), *Psychiatric Services*, 48:604.
11. Lefley HP. Multiply Sclerosis, Mental Illness, and Forced Treatment. (letter), *Psychiatric Services* 2006,57:1517.
12. Andreoli V. *Moi wariaci. Wspomnienia psychiatry*. Wydawnictwo Homini. Kraków 2007.
13. Chamberlin. Confession of a Noncompliant Patient. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services* 1998,36:49-52.
14. Tibaldi G, Govers L. Evidence-based hope. La proposta di una prospettiva comune. *Psichiatria di comunità* 2009,8:117-127.