



Narada specjalistów wojewódzkich i dyrektorów szpitali
(Warszawa, 4–5.12.1998 r.)
Conference of regional specialists in psychiatry and of directors of mental hospitals
(Warsaw, 4–5 December 1998)

Realizacja Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w 1998 roku¹

Implementation of the Mental Health Act regulations in 1998

STANISŁAW DĄBROWSKI, STEFAN WELBEL,
WŁODZIMIERZ A. BRODNIAK

Z Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia IPIŃ w Warszawie

Praca składa się z dwóch części: w pierwszej przedstawiamy wyniki realizacji kilku ważnych przepisów ustawy ocenianych za pomocą kwestionariusza wypełnianego co kwartał przez prawie wszystkie zakłady szpitalne zapewniające podstawowe świadczenia psychiatryczne, w drugiej – wyniki monitorowania szerszego wachlarza przepisów w kilkunastu szpitalach i oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych.

1.

Przechodząc do pierwszej części przypominam, iż przepisy *Ustawy* można podzielić na 3 grupy.

Celem przepisów pierwszej grupy jest głównie zapewnienie promocji zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym. Wyniki wdrażania tej grupy sprowadzają się do: powołania Rady do Spraw Promocji Zdrowia Psychicznego przy Ministrze Zdrowia w styczniu 1997 r. W skład

Rady weszli specjaliści z różnych dziedzin nauki – medycyny, psychologii, pedagogiki, socjologii oraz przedstawiciele kilku resortów: edukacji narodowej, obrony narodowej, pracy i polityki socjalnej, sprawiedliwości, spraw wewnętrznych, zdrowia i opieki społecznej. Pracami Rady kieruje doc. Czesław Czabała z IPIŃ. W 1997 r. powołano sześć zespołów zadaniowych, które opracowały swoje programy działania. Efektem pierwszej grupy przepisów jest stopniowy rozwój autentycznej współpracy w interesie osób zaburzonych psychicznie między psychiatryczną opieką zdrowotną, pomocą społeczną i sądami opiekuńczymi.

Celem przepisów drugiej grupy jest zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej i innych form pomocy niezbędnych dla życia w środowisku rodzinnym i społecznym. W trakcie 4 lat obowiązywania *Ustawy*:

– liczba poradni zdrowia psychicznego wzrosła o 5 jednostek (z 665 do 670), a odwykowych zmalała o 18 (z 411 do 393), liczba oddziałów dziennych wzrosła o 17 jednostek (z 91 do 108) a liczba

¹ Sprawozdanie na naradzie specjalistów wojewódzkich i dyrektorów szpitali (Warszawa, 4–5.12.1998 r.)

oddziałów psychiatrycznych i odwykowych w szpitalach ogólnych zwiększyła się z 65 do 68 (o 3 jednostki) z 7 oddziałami, a ogólna pojemność wielkich szpitali psychiatrycznych zmalała o ok. 900 łóżek.

– W 1998 r. zakończono prace nad zorganizowaniem pierwszego 65-łóżkowego Regionalnego Ośrodka Psychiatrii Sądowej w Gostyninie, przeznaczonego dla najbardziej zagrożających psychicznie chorych sprawców wymagających szczególnego nadzoru w ramach środka zabezpieczającego. Pierwsze przyjęcia będą w grudniu. Ponadto, kontynuowane są prace w pozostałych regionalnych ośrodkach w Branicach i Kocborowie.

– Wbrew zapisom art. 55, Minister Zdrowia nie ogłosił w terminie ustawowym rozporządzenia o docelowej sieci publicznych zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Formalną przeszkodą jest reforma terytorialna i potrzeba dostosowania docelowej sieci do nowego podziału kraju.

W tym samym czasie organy do spraw pomocy społecznej:

– po pierwsze – przygotowały i ogłosiły podstawy prawne dla utworzenia domów pomocy społecznej przystosowanych do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi oraz do zorganizowania specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi,

– po drugie – utworzyły około 190 środowiskowych domów samopomocy dla prawie 5500 psychicznie chorych i upośledzonych umysłowo (wg stanu z czerwca 1998),

– po trzecie – zorganizowały specjalistyczne usługi opiekuńcze dla 8,5 tysiąca głęboko, przewlekle psychicznie chorych i upośledzonych umysłowo, co przyczyniło się do widocznej redukcji przyjęć w niektórych szpitalach,

– po czwarte – zwiększono z 19 do 37 liczbę ośrodków rehabilitacyjno-wychowawczych dla głęboko upośledzonych dzieci i młodzieży oraz ośrodków wczesnej interwencji dla dzieci.

Celem przepisów trzeciej grupy jest ochrona praw obywatelskich osób z zaburzeniami psychicznymi przez wzmocnienie przestrzegania praw przewidzianych w *Ustawie o zakładach opieki zdrowotnej* i *Ustawie o zawodzie lekarza* oraz zapewnienie praw pacjentom zaburzonym psychicznie przebywającym w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej.

Ocena realizacji tych przepisów obejmuje gwarancje administracyjno-medyczne i sądowo-procesowe.

Z badań nad realizacją ważniejszych przepisów administracyjno-medycznych, przeprowadzonych w okresie 3 lat wynika, że odsetek przyjętych bez zgody do większości szpitali psychiatrycznych i oddziałów psychiatrycznych szpitali ogólnych wynosił w 1995 r. – 7,8%, 1996 – 9,8%, w 1997 r. – 10,0% (12451 pacj.), w 1998 r. – 9,7%. Większość tych przyjęć (ponad 96%) odbywa się w trybie nagłym. W 1998 r. na podstawie art. 23 przyjęto 81,3% ogółu przymusowo hospitalizowanych, na mocy art. 24 przyjęto na obserwację 9,7%, na podstawie art. 28 zatrzymano w szpitalach 5,6%. Przyjęcia w trybie wnioskowym – art. 29 (tj. na mocy poprzedzającego postanowienia sądowego) wynosiły 3,6%.

Powiększanie się liczby przyjęć bez zgody rejestruje się zarówno w szpitalach (od 8,6% do 11,2%), jak i oddziałach szpitali ogólnych (od 4,5% do 6,3%). Odsetek przyjęć przymusowych w 1997 r. wahał się w szpitalach w granicach od 2% do 30%, a w oddziałach od 0% do 15%.

W zależności od wzrastającego poziomu przyjęć bez zgody szpitale i oddziały można było podzielić na cztery grupy: I – do 5%, II – 6–10%, III – 11–15% i IV – 16% i więcej. W szpitalach psychiatrycznych w 1998 r. typowym poziomem częstości przyjęć przymusowych były grupy II (30% szpitali) i III (29%), tj. przedział od 6% do 15%, natomiast w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych dominowały oddziały grupy I (53%), tj. przedział do 5%.

Ok. 30% przyjętych przymusowo wyraziło potem zgodę na pobyt w oddziale (art. 26 ust. 1).

Ze sprawozdań statystycznych MS-S16 Ministerstwa Sprawiedliwości, które są głównym źródłem informacji o wdrażaniu *Ustawy* wynika, że w 1998 r. rozpatrzono ponad 19 tys. spraw, tj. o 7,9% więcej niż w 1997 r., ale tylko o 3,3% więcej spraw dotyczących przyjęcia do zakładów szpitalnych. Wśród spraw załatwionych merytorycznie (rozstrzygniętych co do istoty sprawy) odsetek spraw o przyjęcie do szpitala w trybie wnioskowym wynosił 9,5%, podczas gdy według badań Instytutu Psychiatrii i Neurologii tylko 3,6%. Różnica ta jest jednym z przejawów nieprawidłowego funkcjonowania trybu wnioskowego.

2.

W II etapie monitorowania *Ustawy* w 1998 r. zastosowano częściowo zmodyfikowany, w stosunku do I etapu (1997 r.), „Kwestionariusz oceny przestrzegania praw pacjentów ABC” na podstawie: dokumentacji (A), informacji od pacjentów (B), informacji od ordynatorów (C).

Badania przeprowadzono w 15 szpitalach i 15 oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych.

Do badań dobrano 482 osoby dążąc do wyrównanych proporcji przyjętych bez zgody i za zgodą, tych samych rozpoznań i równej ilości mężczyzn i kobiet, co w pełni nie mogło się udać. Grupa składała się z 248 pacjentów przyjętych za zgodą oraz z 234 pacjentów bez zgody, w tym 205 osób przyjętych w trybie nagłym (art. 23), 6 osób na podstawie art. 24 na obserwację, 13 osób zatrzymano w szpitalu bez zgody na podstawie art. 28, a 10 osób w trybie wnioskowym (art. 29).

WAŻNIEJSZE WYNIKI

Wyniki części A (dokumentacja medyczna)

Cała zbadana grupa obejmowała 482 pacjentów, w tym 228 mężczyzn (47,3%) i 254

kobiet (57,3%). Za pisemną zgodą na podstawie art. 22 ustawy przyjęto 248 pacjentów (51% ogółu badanych), a bez zgody na mocy art. 23, 24, 28, 29 przyjęto 234 pacjentów (49% ogółu). Wśród przyjętych za zgodą znalazło się 115 mężczyzn (46,4%) i 133 (53,6%) kobiety, natomiast w grupie przyjętych bez zgody – 113 (48,3%) mężczyzn i 121 (51,7%) kobiet.

Wśród 90 (18,7%) hospitalizowanych po raz pierwszy przyjęci bez zgody – 61 (26,1%) przeważali nad przyjętymi za zgodą – 29 (11,7%), a wśród 206 (42,7%) hospitalizowanych wielokrotnie więcej było przyjętych za zgodą – 122 (49,2%) niż bez zgody – 84 (35,9%).

W obu grupach przeważają psychozy schizofreniczne – za zgodą 181 (73,0%) i bez zgody 188 (80,4%) nad organicznymi (7,7%) i afektywnymi (9,6%), których było dwukrotnie więcej wśród przyjętych za zgodą (12,5% i 6,4%).

Skierowanie do szpitala dołączono do historii choroby 198 (79,9%) przyjętych za zgodą i 197 (84,2%) przyjętych przymusowo. Wśród przyjętych za zgodą przeważały skierowania wystawione na przewidzianych do tego formularzach u 147 (59,3%) pacjentów, natomiast odsetek skierowań na drukach zastępczych był znacznie wyższy w grupie przyjęć bez zgody (31,2%) niż za zgodą (20,6%).

W obu grupach wyraźnie przeważały skierowania do szpitala poprzedzone udokumentowanym osobistym badaniem lekarskim – 371 (88,3%) przypadków. Osobiste przeprowadzenie badania lekarskiego nie było wystarczająco udokumentowane u 28 (13,2%) przyjętych za zgodą i 21 (10,1%) przyjętych bez zgody.

Pisemna zgoda pacjenta na przyjęcie do szpitala (dotyczy tylko grupy przyjętych za zgodą) znajdowała się w zdecydowanej większości historii chorób – 241 (97,2%), ale tylko w 178 (71,8%) z datą złożenia podpisu, a w pozostałych bez daty lub z podpisem pod pieczęcią. Kwestia odnotowywania przez lekarzy w historiach chorób wątpliwości co

do zdolności pacjentów do wyrażania świadomej zgody (art. 22 ust. 2) dotyczy jedynie grupy przyjętych za zgodą. W ocenianej dokumentacji adnotacje tego rodzaju stwierdzono jedynie w 10 (4,0%) przypadkach.

Ważniejsze objawy zaburzeń psychicznych opisano przy przyjęciu w dokumentacji 236 (95,2%) hospitalizowanych za zgodą i 227 (97,0%) bez zgody. Przesłanki behawioralne przyjęcia bez zgody opisano w 209 (93,3%) przypadkach, a w 11 (4,9%) nie było tych opisów (w 4 przypadkach brak danych). Spośród zachowań stanowiących bezpośrednie zagrożenie dla pacjenta lub jego otoczenia najczęstszym powodem przyjęcia bez zgody była dokonana agresja wobec innych (37,9%), a następnie wobec siebie (15,6%). Usiłowanie agresji wobec innych i siebie kształtowało się na jednakowym poziomie (14,3% i 14,3%).

Z opinii drugiego specjalisty lub psychologa lekarze psychiatry skorzystali w 34 (16,1%) przypadkach. W 134 (63,5%) przypadkach nie zasięgnięto opinii, choć było to możliwe.

Odnotowanie w historii choroby wyjaśnienia pacjentowi przyczyn hospitalizacji przymusowej i poinformowania go o jego prawach dokonano tylko w 103 (44,0%) przypadkach.

Karty zastosowania przymusu bezpośredniego stwierdzono ogółem u 124 (25,8%) pacjentów, w tym u 37 (15,0%) przyjętych za zgodą i 87 (37,2%) przyjętych bez zgody. Uzasadnienie zastosowania przymusu bezpośredniego odnotowano w 33 (89,2%) kartach osób przyjętych za zgodą i w 84 (96,6%) kartach przyjętych bez zgody. Przytoczymy tu kilka przykładów uzasadnień nie budzących wątpliwości: „silne pobudzenie psychoruchowe, agresja wobec otoczenia, niszczy i demoluje sprzęt”, „agresywny wobec innych, bardzo niespokojny, wybił szybę”, „pobudzony psychoruchowo, wielomówny, kopie w drzwi wejściowe, uderza głową o ściany”. W niektórych placówkach uzasadnienia te mogły budzić zastrzeżenia np.: „unieruchomiony

za ręce i nogi”, „napięty, niespokojny”, „napięty, niespokojny, przeszkadza innym”.

Wpisy pielęgniarzki obserwacji kontrolnych były prowadzone w 35 (94,6%) kartach pacjentów przyjętych za zgodą i prawie wszystkich – 85 (97,7%) przyjętych bez zgody. Należy podkreślić, że karta zastosowania przymusu bezpośredniego uwzględnia jedynie użycie wobec pacjenta dwóch form przymusu bezpośredniego – unieruchomienia i izolacji. Przypadki przytrzymania i przymusowego podania leków nie są odnotowywane.

Wyniki części B (informacja od pacjenta)

Ocena warunków hospitalizacji wykazała niewielką tendencję do częstszego wyboru ocen negatywnych przez przyjętych bez zgody. Brak było istotnych różnic między grupami w ocenie wyposażenia oddziału, z wyjątkiem sztućców, ograniczających się do łyżki, co 42% przyjętych za zgodą i 33% bez zgody oceniło jako niedostateczne lub złe. Nie ujawniono także istotnych różnic w ocenie poziomu żywienia, swobody kontaktów z otoczeniem, sposobu odnoszenia się personelu. Natomiast zadowolonych z leczenia było więcej wśród przyjętych za zgodą (63%) niż bez zgody (47%), a niezadowolonych 2,5-krotnie więcej wśród przyjętych bez zgody (20%), niż za zgodą (8%).

Z przewidzianych w art. 14 przepustek dwukrotnie więcej korzystało pacjentów przyjętych za zgodą (32,6%), w porównaniu do przyjętych bez zgody (17,1%).

Z powodu braku odpowiedniego funduszu, w wybranych do badań 15 szpitalach psychiatrycznych nie było żadnej formy zajęć w ramach programu rehabilitacyjnego przewidzianego w przepisach *Ustawy*.

Według opinii 16,9% przyjętych za zgodą i 36,8% osób przyjętych bez zgody, lekarz nie badał ich przed skierowaniem do szpitala, część – 6,1% przyjętych za zgodą i 5,0% bez zgody nie pamięta tego faktu.

Pogotowie ratunkowe przywoziło do szpitala 58,5% przyjętych za zgodą i 76,5% przyjętych bez zgody, a policyjne radiowozy

– 2 (0,8%) przyjętych za zgodą i 21 (9,0%) bez zgody. Z rodziną przybyło do szpitala 28,6% przyjętych za zgodą i 13,2% przyjętych przymusowo. Samych zgłosiło się do szpitala 30 (12,1%) osób i także 1 osoba (0,4%), która w izbie przyjęć nie zgodziła się na hospitalizację i została przyjęta przymusowo.

Przymus bezpośredni w czasie transportu do szpitala zastosowano wobec 12,9% przyjętych za zgodą i 48,9% przyjętych bez zgody. Najczęstszą formą było unieruchomienie (65,0%) i przytrzymanie (49,7%), a wobec przyjętych bez zgody stosowano także przymusowe podanie leków (7,9%) i kajdanki w 10%. Przymus był najczęściej stosowany przez sanitariuszy wobec 75,9% osób przyjętych za zgodą i 73,7% przyjętych bez zgody oraz przez policjantów wobec 20,7% przyjętych za zgodą i 39,5% przyjętych bez zgody. Zdaniem badanych przymus bezpośredni w czasie przewożenia do szpitala stosowała także rodzina i inne osoby w stosunku do 4 osób przyjętych za zgodą i 22 (19,3%) osób przyjętych bez zgody.

Przyjazd do szpitala karetką pogotowia odbywał się głównie w obecności sanitariusza (64,2% przyjętych za zgodą i 78,8% – bez zgody), rzadziej lekarza (20,6% przyjętych za zgodą i 37,2% – bez zgody). W obecności policjanta do szpitala przewieziono 4 (1,8%) pacjentów przyjętych za zgodą i 32 (13,9%) – bez zgody, a 106 (48,6%) pacjentom przyjętym za zgodą i 89 (38,5%) – bez zgody towarzyszyła w drodze do szpitala rodzina.

Podczas pobytu w oddziale zastosowano przymus bezpośredni wobec 14,1% osób przyjętych za zgodą i 36,3% – bez zgody. Najczęściej stosowano unieruchomienie, wobec 97,1% przyjętych za zgodą i 87,1% – bez zgody, a następnie przytrzymanie i przymusowe podanie leków – wobec ok. 1/3 pacjentów w obu grupach.

W równych odsetkach (po 82,9%) przymus był realizowany przez sanitariuszy i pielęgniarki wobec pacjentów przyjętych za zgodą, a w stosunku do przyjętych bez

zgody wykonywały go częściej (93%) pielęgniarki, niż sanitariusze (79,0%).

W grupie 224 pacjentów przyjętych bez zgody w trybie nagłym tylko 52 (22,3%) uczestniczyło osobiście w rozprawie sądu opiekuńczego z tym, że około 1/4 z tych pacjentów oczekiwała dopiero na rozprawę, a pewna część spraw została umorzona (art. 26) po wyrażeniu przez pacjentów zgody na pobyt w szpitalu.

Spośród 58 pacjentów, którzy brali udział w rozprawie sądu opiekuńczego w sprawie ich przymusowego przyjęcia do szpitala, 39 osób (75%) oceniło swoje uczestnictwo jako korzystne, a 13 (25%) za niekorzystne dla nich. Kontrolę sądu opiekuńczego oceniło jako korzystną dla pacjentów 36,8% osób, jako niekorzystną 11,5%, ale aż 48,7% badanych nie miała zdania w tej sprawie.

Z 248 pacjentów przyjętych za zgodą 85,9% potwierdziło, że zostali poinformowani przez lekarza w izbie przyjęć o potrzebie hospitalizacji, a 13,7% pacjentów lekarz o tym nie poinformował. Znaczna część – 52 (21,0%) pacjentów z tej grupy nie zrozumiała informacji udzielonych przez lekarza w izbie przyjęć, a 16,1% pacjentów formalnie przyjętych za zgodą stwierdziło, że ich pisemna zgoda na przyjęcie była wymuszona przez lekarza dyżurnego.

Na podstawie historii chorób i pytań zadanych pacjentom przyjętym za zgodą realizujący badania ocenili, że co najmniej 55 (22,2%) pacjentów z tej grupy nie było zdolnych do wyrażenia świadomej zgody.

Wyniki części C (informacje od ordynatora)

Informacje od ordynatora lub pielęgniarki oddziałowej zebrano w 62 oddziałach szpitali psychiatrycznych i 15 szpitali ogólnych. Pytania dotyczyły: przeciętnej liczby pacjentów w oddziale i liczby udzielanych przepustek, kart przymusu bezpośredniego i pacjentów unieruchomionych w dniu badania, liczby personelu i organizacji oddziału.

Z badania wynika, że przeważają oddziały średnie – 39 (31 do 50 łóżek) i duże – 23 (51 do 80 łóżek) nad małymi – 15

(14 do 30 łóżek). We wszystkich oddziałach prowadzono karty przymusu bezpośredniego, który w dniu badania stosowano w 29 (37,7%) oddziałach, w większości (21 oddziałów) wobec jednego pacjenta, w pozostałych wobec dwóch.

W większości oddziałów – w 65 (85,0%) liczba lekarzy, w 56 (76,6%) pielęgniarek i w 59 (76,6%) psychologów odpowiadała przyjętym standardom. Tylko w 17 (22,1%) oddziałach sypialnie miały zbyt dużą liczbę łóżek, w 20 (26,0%) ubikacje nie zapewniały dostatecznej intymności, w 18 (23,3%) brak było sal dziennego pobytu, a w 25 (32,5%) odrębnych sal terapii zajęciowej. W większości oddziałów – 51 (66,2%) obowiązuje praktyka otwartych drzwi, ale tylko w 27 (35,1%) oddziałach możliwa była koedukacja. Największe braki w wyposażeniu dotyczą sztuców, w 43 (55,8%) oddziałach pacjenci mogli jeść tylko łyżką, bardzo rzadko widelcem i nigdy nożem.

PODSUMOWANIE

Podsumowanie wyników badań nad przestrzeganiem *Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego* przedstawimy wg kolejności świadczeń udzielanych bezpośrednio przed i podczas hospitalizacji (badanie, skierowanie, transport do izby przyjęć, pobyt w oddziale). W ocenie przestrzegania praw pacjentów podczas udzielania tych świadczeń będziemy uwzględniać łącznie informacje pochodzące zarówno z dokumentacji medycznej i od ordynatorów, jak i opinie pacjentów i przeprowadzających badania.

Badanie

Zgodnie z art. 11 *Ustawy* niezbędnym warunkiem wydania przez lekarza skierowania osoby z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego czy też zlecenia na przewóz karetką pogotowia jest uprzednie osobiste badanie tej osoby. Z analizy dokumentacji medycznej wynika wprawdzie, iż większość – 371 (83,3%) skierowań wydano po badaniu, ale w skierowaniach 49

(11,7%) pacjentów nie było adnotacji o osobistym przeprowadzeniu badania. Według opinii 127 (26,3%) pacjentów nie badano ich przed skierowaniem; w tym 85 (36,3%) bez zgody i 42 (16,9%) – ponad dwukrotnie rzadziej – za zgodą. Nieomal identyczne relacje stwierdzono w I etapie badań. Potwierdzenie wniosku o naruszeniu art. 11 można znaleźć w protokołach sędziów wizytujących szpitale.

Skierowanie

Zgodnie z § 1 rozporządzenia do art. 49 ustawy wymóg skierowania do szpitala psychiatrycznego na druku określonym w zał. 1 był przestrzegany w ponad połowie – 271 (56%) przypadków. Z różnego rodzaju drukami zastępczymi (receptami, drukami pogotowia ratunkowego i innymi) skierowano do szpitali 124 (25,7%) pacjentów, przy tym 51 (20,6%) za zgodą i znacznie częściej ($p=0,05$) bez zgody – 73 (31,2%). Nie udało się wyjaśnić do jakiej kategorii należą spory odsetek (20,0%) przyjętych do szpitala za zgodą bez skierowania.

Transport do izby przyjęć

Większość – 324 (67,2%) pacjentów przywiezła do szpitala pogotowie ratunkowe. Częściej ($p=0,001$) były to osoby przyjęte bez zgody (76,5%) niż wyrażające zgodę (58,5%). To samo dotyczy skromnego udziału transportu policyjnego (4,8%), z którego osoby przyjęte bez zgody (9,0%) musiały korzystać częściej niż za zgodą (0,8%).

Rodziny pacjentów i inne osoby przywiozły 102 (21,2%) pacjentów; ponad dwukrotnie częściej ($p=0,001$) za zgodą (28,6%) niż bez zgody (13,2%), co świadczy, że udział rodziny w przymusowych interwencjach jest niewielki.

Samodzielnie zgłosiło się do izby przyjęć tylko 31 (6,4%) wszystkich przyjętych – prawie wszyscy za zgodą – 30 (12,1%).

Przewóz do szpitala odbywał się najczęściej w obecności sanitariuszy (71,7%), rzadziej rodziny i innych osób (43,4%), lekarza (29,2%) i funkcjonariuszy policji (8,1%), którzy eskort

towali osoby przyjęte bez zgody wielokrotnie częściej (13,9%) niż za zgodą (1,8%). Odsetki nie sumują się, bowiem przewóz części pacjentów odbył się w obecności dwóch z wymienionych kategorii osób.

Przymus bezpośredni podczas transportu (przeważnie unieruchomienie lub przytrzymanie) zastosowano wobec 143 (31,2%) pacjentów, głównie wobec 114 (48,9%) osób przyjętych bez zgody (w tym 10% unieruchomiono kajdankami) i 29 (12,9%) za zgodą. Przymusowe postępowanie realizowali przede wszystkim sanitariusze (74,1%), rzadziej funkcjonariusze policji (35,7%). Interwencja policji następowała dwukrotnie ($p > 0,05$) częściej w przypadku przyjętych bez zgody (39,5%) niż za zgodą (20,7%). Z przytoczonych danych wynika, że odsetek pacjentów przewożonych z zastosowaniem przymusu znacznie przewyższa odsetek transportowanych w obecności lekarza, co świadczy o trudnościach w realizacji wymogu art. 21 ust. 3.

Przyjęcie do szpitala za zgodą

Z 248 osób przyjętych za zgodą 241 (97,2%) wyraziło pisemną zgodę, ale tylko w 178 (71,8%) przypadkach obok podpisu odnotowano datę przyjęcia, a w pozostałych 25,4% (2,8% wyraziło zgodę ustną) stwierdzono różne usterki (podpis bez daty lub pod pieczętką – o wątpliwej treści lub niewyraźnie odbita i inne). Nierzadko pacjent podpisywał przy przyjęciu blankietową zgodę na nieokreślone leczenie.

Szczegółowa analiza tej grupy wykazała, że o potrzebie hospitalizacji: poinformowano 213 (85,9%) pacjentów, nie poinformowano 34 (13,7%), brak danych 1 (0,4%). Informacje te: zrozumiało 189 (76,2%) pacjentów, nie zrozumiało 52 (21,0%), nie pamięta 7 (2,8%).

Poważne wątpliwości co do zgody wystąpiły wg: lekarzy przyjmujących wobec 10 (2,4%) pacjentów, przeprowadzających badanie wobec 55 (22,2%), Zgodę na przyjęcie wyraziło: swobodnie 204 (82,3%) pacjentów, pod przymusem 40 (16,1%), nie pamięta 4 (1,6%).

Uwzględniając okoliczność, że podczas transportu przymus bezpośredni zastosowano wobec 29 (12,9%) przyjętych za zgodą i że 17 spośród tych 29 zgodziło się na hospitalizację pod przymusem, można przypuszczać, że pozostałe 12 osób było w podobnej sytuacji a zatem, że liczba pacjentów zmuszonych do podpisania zgody wynosiła prawdopodobnie 52 (40 i 12) osoby, tj. 21,0% przyjętych formalnie za zgodą.

Z powyższych danych wynika, że formalny (obiektywny, zapisany w historii choroby) status pacjenta przyjętego za zgodą nie może być utożsamiany z rzeczywistym subiektywnie przeżywanym statusem i że określa tylko w przybliżeniu, co odczuwa sam pacjent. Formalny status jest wyrazem oświadczenia pacjenta o wyborze zgody lub odmowy przyjęcia. Rzeczywisty status zależy od tego, czy formalnie zarejestrowany wybór był dokonany swobodnie, czy też pod przymusem. Swoboda podejmowania decyzji jest jednym z istotnych elementów pojęcia subiektywnie postrzeganego przymusu (*perceived coercion*), który będzie przedmiotem III etapu badań.

Przyjęcie do szpitala bez zgody

Większość z 234 pacjentów przyjęto bez zgody w trybie nagłym: na podstawie art. 23 – 87,6%, na mocy art. 24 na obserwację 2,6%, na podstawie art. 28 zatrzymano 5,5% w trybie wnioskowym (art. 29) hospitalizowano 4,3% pacjentów. Wartości te i relacje między nimi są bardzo podobne do danych ogólnopolskich.

Rozpoznanie kliniczne tej grupy są – podobnie jak przyjętych za zgodą – bardzo podobne do wyników I etapu (przewaga psychoz schizofrenicznych – 80,4% nad organicznymi – 8,5% i afektywnymi – 6,4%).

Przewidziany w § 4 ust. 2 Rozporządzenia do art. 49 Ustawy wymóg odnotowania przesłanki medycznej wykonano w 97,0% przyjęć, a przesłanki behawioralnej w 93,3%. Wśród najczęstszych powodów nagłego przyjęcia dominowała dokonana agresja wobec innych (37,9%) i wobec siebie (15,6%) nad

usiłowanymi aktami agresji i innymi zagrażającymi zachowaniami. Mężczyźni częściej eksponowali agresję wobec innych (45,7%), niż kobiety (24,1%) – $p < 0,017$. Natomiast werbalne groźby dokonania agresji częściej pojawiają się u kobiet (poziom istotności $p < 0,05$).

Znacznie gorzej przedstawia się wypełnianie obowiązku zasięgnięcia i odnotowania opinii drugiego psychiatry lub psychologa (§4 ust. 3), z którego wywiązano się tylko w 16,1% przypadków (w I etapie 3,3%), chociaż było to możliwe w 79,6% przypadków.

W sposób niedostateczny wykonywano również obowiązek odnotowania wyjaśnienia przyczyn przyjęcia bez zgody i poinformowania pacjenta o jego prawach (44,0%). W I etapie tylko w 11%. W I i II etapie nie próbowano ocenić, ilu pacjentów przyjętych bez zgody nie zdawało sobie sprawy z formalnego statusu. Z piśmiennictwa wynika, że odsetek tych pacjentów może być znaczny. Wśród nich są również przyjęci bez zgody, którzy wybraliby przyjęcie za zgodą, gdyby stworzono im okazję do takiego wyboru.

Pobyt w oddziale

Z zestawienia wieku i liczby hospitalizacji oraz stosunku do przyjęcia wynika, że wśród hospitalizowanych po raz pierwszy przeważali przyjęci bez zgody – 61 (26,1%) nad przyjętymi za zgodą – 29 (17,7%), podczas gdy wśród hospitalizowanych wielokrotnie przyjęci za zgodą – 122 (49,2%) nad przyjętymi bez zgody – 84 (35,9%). Poziom istotności wynosił $p < 0,05$.

Ocena warunków pobytu w szpitalu nie wykazała znaczących różnic między obu grupami, natomiast zadowolenie z leczenia było istotnie częstsze ($p < 0,05$) wśród przyjętych za zgodą – 160 (64,5%) niż bez zgody – 120 (51,3%).

Zezwolenie na okresowy pobyt poza szpitalem otrzymało prawie dwukrotnie więcej ($p = 0,01$) przyjętych za zgodą – 80 (32,3%) niż bez zgody – 40 (17,1%).

Oceniając według liczby „kart zastosowania przymusu bezpośredniego” przymus użyto w 124 (25,8%) przypadkach i znacząco częściej wobec przyjętych bez zgody – 87 (37,2%) niż za zgodą – 37 (15,0%). Uzasadnienie zastosowania przymusu odnotowane w 94,4% kart nie budzi formalnych zastrzeżeń. Większość kart (96,8%) zawierała kontrolne wpisy pielęgniarskie.

W rozprawach sądu opiekuńczego uczestniczyło tylko 52 (22,3%) pacjentów i większość z nich (75,0%) oceniła pozytywnie udział w rozprawie.

WNIOSKI

1. Liczba przyjęć bez zgody w 1998 r. do prawie wszystkich zakładów szpitalnych zapewniających podstawowe świadczenia psychiatryczne wynosiła 12217 osób (9,7% ogółu przyjęć) i była nieco niższa niż w 1997 r. (12451 – 10%).

2. Typowy poziom przyjęć bez zgody w 1998 r. w szpitalach psychiatrycznych wynosił od 6% do 15%, a w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych – do 5%.

3. Proporcje różnych kategorii przyjęć bez zgody ujawnione za pomocą obu metod monitorowania ustawy są bardzo zbliżone.

4. Wbrew wymogom art. 11 *Ustawy* i § 1 *Rozporządzenia* z dnia 31.11.1995 r. znaczny odsetek pacjentów (26,3%) kierowany jest do szpitali z pominięciem osobistego badania i urzędowego druku (25,7%). Znacząco częściej dotyczy to osób hospitalizowanych bez zgody.

5. Pogotowie ratunkowe znacząco częściej przewozi do szpitali pacjentów przyjętych bez zgody niż za zgodą. Przymus bezpośredni podczas przewozu do szpitali stosuje się kilkakrotnie częściej wobec hospitalizowanych bez zgody.

6. Określony w art. 22 ust. 2 obowiązek identyfikowania pacjentów budzących poważnie wątpliwości co do wyrażenia zgody nie jest przestrzegany. Odsetek przypadków zarejestrowany w większości szpitali i ujawniony w I etapie 1,4% i w II etapie 4,0%

jest wielokrotnie niższy od ustalonego przez przeprowadzających badania (12,1% w I i 22,2% w II etapie).

7. Formalny (obiektywny) odsetek pacjentów psychiatrycznych przyjętych za zgodą nie może być utożsamiany z rzeczywistym subiektywnie odczuwanym statusem.

8. Proporcje różnych kategorii osób przyjętych bez zgody stwierdzone w obu badaniach są bardzo zbliżone.

9. Określone w ustawie medyczne i behawioralne przesłanki przyjęcia bez zgody wydają się być przestrzegane – przynajmniej od strony formalnej. Wśród przesłanek me-

dycznych przeważają psychozy schizofreniczne, a behawioralnych – akty dokonanej agresji wobec innych, rzadziej wobec siebie.

10. W większości przypadków nadal nie przestrzega się przepisów o zasięganu opinii drugiego psychiatry lub psychologa przy przyjęciu i informowaniu pacjentów o przyczynach hospitalizacji i przysługujących im prawach.

11. Przymus bezpośredni w oddziale jest stosowany wobec prawie 26,0% pacjentów; znacząco częściej wobec przyjętych bez zgody.

12. Satysfakcja z leczenia występuje znacznie częściej wśród przyjętych za zgodą.

*Adres: Prof. Stanisław Dąbrowski, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia IPiN,
Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa*