



Zróżnicowanie terytorialne przymusowych hospitalizacji oraz przymusu bezpośredniego w oddziałach psychiatrycznych w 2006 roku

Territorial differentiation of involuntary commitment and direct coercion in psychiatric facilities in the year 2006

WANDA LANGIEWICZ, MONIKA PASIOROWSKA

Z Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE

Cel. Głównym celem pracy jest ustalenie terytorialnego zróżnicowania częstości przyjęć bez zgody oraz stosowania przymusu bezpośredniego. Materiały zbierane w ramach monitorowania ustawy o ochronie zdrowia psychicznego pozwalają na przeanalizowanie zdarzeń dotyczących przymusowych hospitalizacji oraz przymusu bezpośredniego zarejestrowanych w poszczególnych województwach.

Metoda. Przeanalizowano kwestionariusze zawierające dane kwartalne za rok 2006 o liczbie pacjentów przyjętych bez zgody, stosowaniu przymusu bezpośredniego oraz o miejscu rozpraw sądu opiekuńczego. Informacje zebrano z 46 szpitali psychiatrycznych oraz 71 oddziałów psychiatrycznych szpitali ogólnych lub innych specjalistycznych (w tym klinicznych).

Wyniki. Przyjęcia bez zgody wykazują znaczne zróżnicowanie terytorialne, określone na poziomie województw. Średni poziom odsetka przyjęć zawiera się w granicach od 4,3% do 15,0%, przy średniej krajowej równej 8,7%. W skali kraju dominują przyjęcia z art. 23, które stanowią 75% wszystkich przyjęć bez zgody, natomiast w układzie wojewódzkim przyjęcia te kształtują się od 57,2% w woj. łódzkim do 92,2% w woj. kujawsko-pomorskim. Między wskaźnikiem przyjęć na 10 tys. populacji, a częstością przyjęć zachodzi znacząca statystycznie dodatnia korelacja. Charakterystyka województw pod względem miejsca rozpraw sądu opiekuńczego, pokazuje duże zróżnicowanie terytorialne. Odsetek szpitali (szpitale psychiatryczne i ogólne), w których odbywają się rozprawy sądu opiekuńczego waha się od 20% w woj. zachodniopomorskim do 100% w woj. opolskim. Analizowany materiał pokazuje jak bardzo zróżnicowany jest poziom przyjęć bez zgody między poszczególnymi województwami, nie dostarcza jednak argumentów pozwalających wyjaśnić ich przyczynę, ani wskazać konkretne, wspólne dla określonej grupy województw, cechy umożliwiające wyjaśnienie takiego stanu.

Wnioski. Wyższym wskaźnikom przyjęć bez zgody obliczonym na populację województwa na ogół odpowiadają wyższe średnie odsetki przyjęć bez zgody do wszystkich jego placówek. Wyższemu odsetkowi przyjętych na podstawie art. 23, odpowiadają niższe odsetki przyjętych z art. 24. W skali kraju, miejscem rozpraw sądu opiekuńczego częściej jest szpital, ale rozkład ten w poszczególnych województwach jest bardzo zróżnicowany.

SUMMARY

Objectives. The main aim of the study was to establish territorial differentiation in the frequency of involuntary commitment and the use of direct coercion. Data collected within the framework of monitoring the Mental Health Act implementation allow to analyze events associated with involuntary admissions and direct coercion use registered in particular provinces.

Methods. Questionnaires were analyzed including quarterly data for the year 2006, including the number of patients admitted without consent, the use of direct coercion, and the location of guardianship court proceedings. The data were obtained from 46 mental hospitals and 71 psychiatric departments of general or other specialist hospitals (including clinical teaching hospitals).

Results. A considerable territorial differentiation regarding involuntary commitment was found at the province level. The mean rates of involuntary admissions ranged from 4.3 to 15%, with the mean national rate of 8.7%. Admissions on the grounds of Art. 23 predominated nationwide, constituting 75% of all involuntary admission cases, while in particular provinces this rate ranged from 57.2% (Łódzkie) to 92.2% (kujawsko-pomorskie). A statistically significant positive correlation was noted between the rate of involuntary admissions per 10,000 population and the frequency of involuntary admissions. Moreover, marked differences were found between particular provinces as regards the location of guardianship court proceedings. The percentage of psychiatric and general hospitals in which the guardianship court proceedings take place ranged from 20% (in the zachodniopomorskie province) to 100% (in opolskie). The analyzed data show how very differentiated are the rates of involuntary admissions in particular provinces, but offer no explanatory arguments, suggesting either possible causes of this state of affairs, or some specific characteristics common for a group of provinces that might serve as an explanation.

Conclusions. Higher rates of involuntary admissions calculated in relation to the province population size generally correspond to higher mean percentages of involuntary admissions to all the province facilities. Higher percentages of admissions on the grounds of Art. 23 correspond to lower percentages of admissions on the grounds of Art. 24. The guardianship court proceedings nationwide more often take place on the hospital premises, but distribution of this variable shows a very large territorial differentiation.

Słowa kluczowe: przyjęcia bez zgody / przymus bezpośredni

Key words: involuntary admissions / direct coercion

Praca jest kontynuacją opracowania *Przymusowe hospitalizacje oraz przymus bezpośredni w oddziałach psychiatrycznych w 2006 roku na tle lat wcześniejszych* [1], w którym poddano analizie dane dotyczące trybu przyjmo-

wania bez zgody oraz stosowania przymusu bezpośredniego w oddziałach i szpitalach psychiatrycznych. Regularne monitorowanie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego umożliwia przedstawienie ilościowych zmian w zakresie

Tablica 1. Przyjęcia bez zgody oraz przymus bezpośredni w poszczególnych latach
 Table 1. Involuntary admissions and the use of direct coercion by the year

Rok Year	Zakłady Facilities	Przyjęci ogółem Total admissions	Podstawa prawna przyjęcia Legal grounds for admission						Przymus bezpośredni Direct coercion	
			Art. 23, 24, 28, 29		Art. 23		Art. 26		N6	%
			N1	N3/N2 %	N4	N4/N2 %	N5	N5/N4 %		
1996	87	118162	11597	9,8	9704	8,2	3514	36,2	19944	16,9
1997	91	123886	12451	10,1	10536	8,5	3287	31,2	19783	16,0
1998	94	125449	12217	9,7	9933	7,9	3311	33,3	20548	16,4
1999	100	142835	12733	8,9	10141	7,1	3477	34,3	23046	16,1
2000	100	154929	13693	8,8	10926	7,1	3830	35,1	22466	14,5
2001	104	162165	13808	8,5	11175	6,9	4079	36,5	23921	14,8
2002	105	174789	14668	8,4	11597	6,6	4193	36,2	25401	14,5
2003	112	183996	14378	7,8	11049	6,0	4484	40,6	23951	13,0
2004	114	180792	14595	8,1	10975	6,1	4430	40,4	26532	14,7
2005	114	174028	14740	8,5	11088	6,4	4020	36,3	24681	14,2
2006	117	180182	15627	8,7	11726	6,5	4379	37,3	30815	17,1

przyjęć bez zgody jakie zarejestrowano na przestrzeni lat 1996–2006, na podstawie czterech artykułów tj.: art. 23 (gdy zachowanie osoby chorej psychicznie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób); art. 24 (przesłanki jak w art. 23, ale zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie); art. 28 (przesłanki jak w art. 23 u osoby która cofnęła wcześniejszą zgodę) oraz art. 29 – tzw. tryb wnioskowy (gdy nieprzyjęcie osoby chorej psychicznie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego lub gdy dotyczy to osoby chorej psychicznie niezdolnej do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych).

Badania międzynarodowe, dotyczące przyjęć bez zgody, ukazują że odsetek tych przyjęć w poszczególnych krajach, w stosunku do ogólnej liczby przyjęć, mieści się w przedziale od 3,2% (Portugalia 2000) do 21,6% (Finlandia 2000). W Polsce w 2000 roku odsetek przyjęć bez zgody wyniósł 8,8%. Duże zróżnicowanie widoczne jest także w odniesieniu do liczby przyjęć bez zgody w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców. W Polsce, w 2006 roku wskaźnik ten wyniósł 41/100 tys. mieszkańców, podczas gdy w innych krajach mieści się w przedziale od 6 w Portugalii (2000) do 218 w Finlandii (2000). Duże rozpiętości mogą sugerować, że regulacje prawne oraz procedury przyjęć bez zgody obowiązujące w krajach Unii Europejskiej, wciąż nie zostały ujednoczone. Podkreślić należy jednak fakt, iż mimo dużych różnic między krajami, na przestrzeni lat odsetek przyjęć bez zgody w poszczególnych krajach utrzymuje się na stałym poziomie [2]. Dane zawarte w tabl. 1, ilustrują zmiany jakie odnotowano w poszczególnych latach w Polsce.

Przy wzroście zarówno ogólnej liczby przyjęć, jak i przyjęć bez zgody, częstość przyjęć bez zgody zmalała z 9,8% w 1996 roku do 8,7% w roku 2006. Widać jednocześnie, że wartości te oscylują w przedziale od 7,8% w roku 2003 do 10,1% w roku 1997. Wśród przyjęć bez zgody, dominują przyjęcia na podstawie art. 23, jednak na przestrzeni lat widać znaczący spadek tych przyjęć (z 8,2% w 1996 do 6,5% w 2006 roku), przy jednoczesnym wzroście przyjęć na podstawie art. 24 (z 0,8% w 1996 do 1,5%

w 2006 roku). W stosunku do ogólnej liczby pacjentów, w porównaniu z danymi za rok 1996, nieznacznie spadły przyjęcia na podstawie art. 29 (z 0,4% w 1996 do 0,2% w 2006 roku), natomiast przyjęcia z art. 28 utrzymują się w poszczególnych latach na stałym poziomie: 0,4–0,5%. Zmiany w strukturze przyjęć bez zgody, zachodzące na przestrzeni 10 lat, przedstawia tabl. 2.

Nadal w strukturze przyjęć bez zgody, dominują przyjęcia na podstawie art. 23. Widoczny jest jednak znaczny spadek tych przyjęć (z 83,7% w 1996 do 75,0% w 2006 roku), przy jednoczesnym wzroście przyjęć z art. 24 (z 8,3% w 1996 do 17,1% w 2006 roku). Zgodnie z art. 26, pacjent przyjęty do szpitala psychiatrycznego bez jego zgody, może następnie wyrazić zgodę na pobyt w szpitalu. Z danych, wynika, iż corocznie około 1/3 pacjentów przyjętych na podstawie art. 23 wyraża następnie zgodę na pobyt w szpitalu i dalsze leczenie. Zebrane materiały pozwalają także dokonać analizy przyjęć bez zgody oraz stosowania przymusu bezpośredniego w układzie terytorialnym, co jest tematem poniższego opracowania.

Tablica 2. Struktura przyjęć bez zgody w poszczególnych latach.
 Table 2. Structure of involuntary admissions in successive years.

Rok Year	Podstawa prawna przyjęcia (% w stosunku do łącznej liczby przyjęć bez zgody) Legal grounds for admission (% of the total number of involuntary admissions)				
	Art. 23 Art. 24 Art. 28 Art. 29 Art. 26/23				
	1996	83,7	8,3	3,8	4,2
1997	84,6	7,8	4,1	3,5	31,2
1998	81,3	9,5	5,6	3,6	33,3
1999	79,6	11,0	6,1	3,2	34,3
2000	79,8	11,9	5,5	2,8	35,1
2001	80,9	11,3	5,0	2,8	36,5
2002	79,1	13,5	5,1	2,4	36,2
2003	76,8	14,8	5,5	2,8	40,6
2004	75,2	16,3	5,8	2,7	40,4
2005	75,2	16,3	5,7	2,8	36,3
2006	75,0	17,1	5,1	2,8	37,3

CEL PRACY

Głównym celem pracy jest ustalenie terytorialnego zróżnicowania częstości przyjęć bez zgody oraz stosowania przymusu bezpośredniego, na podstawie danych z 2006 roku, z uwzględnieniem rodzaju placówek (szpital psychiatryczny, szpital ogólny), rejestrujących przymusowe hospitalizacje.

METODA

Podobnie jak w opracowaniu wcześniejszym, do oszacowania terytorialnego zróżnicowania częstości przyjęć, posłużono się danymi z ankiet za 2006 rok, przekazanymi przez 117 zakładów, objętych monitorowaniem. Należy do nich 46 szpitali psychiatrycznych oraz 71 szpitali ogólnych lub innych specjalistycznych (w tym kliniczne), w strukturze których funkcjonują oddziały psychiatryczne.

Ankieta ma formę kwestionariusza, na którym respondenci (szpitale i oddziały psychiatryczne) odnotowują – w okresach kwartalnych – dane o liczbie osób przyjętych bez zgody na podstawie ustawowo określonych kryteriów (art. 23, 24, 28 i 29) oraz o liczbie pacjentów, wobec których zastosowano przymus bezpośredni w formie unieruchomienia bądź izolacji. Z założenia gromadzone informacje nie zawierają danych demograficzno-medycznych, co niewątpliwie ogranicza przeprowadzenie bardziej pogłębionych analiz. Kwestionariusz wymagał także podania informacji o miejscu rozpraw sądu opiekuńczego.

Analizę danych przeprowadzono z wykorzystaniem metod statystyki opisowej oraz statystyki matematycznej (współczynnik korelacji, test wskaźnika struktury, test χ^2).

WYNIKI

Terytorialne zróżnicowanie przyjęć bez zgody

Przyjęcia bez zgody wykazują znaczne zróżnicowanie terytorialne, określone na poziomie województw – siedzib szpitali.

W tabl. 3 przedstawiono dwa rodzaje mierników ilościowych charakteryzujących terytorialne zróżnicowanie przyjęć bez zgody. Wskaźnik przyjęć na 10 tys. populacji jest miarą bardziej zobiektywizowaną, w odróżnieniu od odsetka przyjęć, który zależy od ogólnej liczby przyjęć do danej placówki. Między obiema miarami zachodzi znacząca statystycznie dodatnia korelacja, wyrażająca się współczynnikiem korelacji $r = 0,692$, co przy $N = 16$, negatywnie weryfikuje hipotezę o niezależności zmiennych na poziomie istotności $\alpha = 0,001$; $t = 11,34 > 4,140 = t_{\alpha}$. Oznacza to, że wyższym wskaźnikom przyjęć bez zgody obliczonym na populację województwa na ogół odpowiadają wyższe średnie odsetki przyjęć bez zgody do wszystkich jego placówek.

Średni poziom odsetka przyjęć zawiera się w granicach od 4,3% do 15,0%, przy średniej krajowej równej 8,7%, podczas gdy przedział wskaźnika populacyjnego jest bardziej spłaszczony i mieści się w granicach 2,4–6,4/10 tys., przy średnim dla kraju – 4,1/10 tys. ludności. Najwyższe wskaźniki populacyjne przyjęć bez zgody przypadają na województwa: podlaskie, lubuskie, dolnośląskie i mazowieckie; najniższe na województwa: warmińsko-mazurskie, opolskie, świętokrzyskie, wielkopolskie i zachodniopomorskie. Wskaźnik pozostałych województw oscyluje wokół średniej krajowej.

Z kolei według drugiego miernika, tj. odsetka przyjęć bez zgody, najwyższe wartości średniego odsetka (9,6–15,0%)

Tablica 3. Wskaźnik na 10 tys. ludności oraz średnia, minimalna i maksymalna częstość przyjęć bez zgody według województw (wg malejących wartości wskaźnika przyjęć bez zgody na 10 tys.).

Table 3. Rate per 10.000 population, mean, minimal and maximal frequency of involuntary admissions by province (in descending order of rates per 10.000 population)

Województwo Province	N	Przyjęcia bez zgody z art. 23, 24, 28, 29 jako Involuntary admissions under Art. 23, 24, 28, 29 as			
		wskaźnik na 10 tys. ludności rate per 10.000 population	odsetek ogólnej liczby przyjęć % of the total number of admissions	średnia mean	minimum
Polska Poland	15628	4,1	8,7	0,0	24,6
Podlaskie	769	6,4	7,7	1,5	17,9
Lubuskie	576	5,7	9,6	4,2	18,8
Dolnośląskie	1518	5,3	15,0	6,2	21,7
Mazowieckie	2582	5,0	10,1	1,9	24,6
Lubelskie	1050	4,8	9,7	1,7	12,9
Łódzkie	1207	4,7	8,4	2,0	12,6
Kujawsko-Pomorskie	941	4,6	11,7	0,8	14,3
Podkarpackie	913	4,4	9,3	0,0	18,2
Śląskie	1917	4,1	8,8	0,0	18,0
Pomorskie	892	4,0	10,1	0,0	18,8
Małopolskie	1157	3,5	9,4	0,8	13,4
Warmińsko-Mazurskie	366	2,6	6,1	1,5	11,3
Opolskie	263	2,5	6,5	0,0	9,8
Świętokrzyskie	302	2,4	4,4	3,6	6,0
Wielkopolskie	824	2,4	4,3	2,0	6,1
Zachodniopomorskie	351	2,1	5,5	1,1	8,4

Tablica 4. Zróżnicowanie częstości przyjęć bez zgody z art. 23, 24, 28 i 29 według rodzaju szpitala i według województw (wg malejących wartości średnich w szpitalach psychiatrycznych).

Table 4. Involuntary admissions under Art. 23, 24, 28, & 29 by the type of facility and by province (in descending order of mean rates in mental hospitals).

Województwa Provinces	Przyjęcia bez zgody na podst. art. 23, 24, 28 i 29 Involuntary admissions under Art. 23, 24, 28, 29							
	szpitale psychiatryczne mental hospitals				szpitale ogólne general hospitals			
	N	średnia mean	minimum	maksimum	N	średnia mean	maksimum	maksimum
Polska Poland	46	10,0	1,7	21,7	71	5,6	0,0	24,6
Dolnośląskie	7	15,0	6,2	21,7	x	x	x	x
Pomorskie	3	13,2	3,5	18,8	5	1,5	0,0	2,7
Małopolskie	2	12,8	8,7	13,4	6	3,2	0,8	5,8
Kujawsko-Pomorskie	2	12,3	6,2	14,3	2	9,7	0,8	12,2
Lubelskie	3	11,8	1,7	12,9	6	6,9	4,1	12,7
Śląskie	5	11,3	3,1	18,0	12	3,0	0,0	9,7
Mazowieckie	6	11,2	4,8	15,9	10	6,7	1,9	24,6
Lubuskie	2	10,4	4,2	18,8	1	7,7	7,7	7,7
Łódzkie	2	9,8	5,0	12,6	5	6,2	2,0	11,1
Podkarpackie	2	9,6	5,3	17,7	6	9,0	0,0	18,2
Opolskie	2	8,1	4,9	9,8	2	0,6	0,0	0,9
Warmińsko-Mazurskie	3	7,0	1,7	11,3	2	3,0	1,5	5,2
Podlaskie	2	6,9	5,6	7,2	4	11,1	1,5	17,9
Wielkopolskie	3	4,7	3,0	6,1	4	2,7	2,0	4,3
Świętokrzyskie	2	4,6	4,3	6,0	1	3,6	3,6	3,6
Zachodniopomorskie	x	x	x	x	5	5,5	1,1	8,4

charakteryzują 6 województw: dolnośląskie, kujawsko-pomorskie, mazowieckie, pomorskie, lubelskie oraz lubuskie, najniższe natomiast (4,3–6,5%) – 5 województw: opolskie, warmińsko-mazurskie, zachodniopomorskie, świętokrzyskie i wielkopolskie. W pozostałych województwach, wartości odsetka oscylują wokół średniej krajowej.

W tabl. 4 przedstawiono średnie, minimalne i maksymalne wartości odsetków przyjęć bez zgody w poszczególnych województwach w zależności od rodzaju zakładu.

W grupie szpitali psychiatrycznych, najniższy odsetek przyjęć bez zgody – na poziomie 1,7% – odnotowano na terenie województwa lubelskiego i warmińsko-mazurskiego, najwyższy – na poziomie 21,7% – w województwie dolnośląskim. Z kolei w grupie szpitali ogólnych aż w 4 województwach – opolskim, podkarpackim, pomorskim i śląskim są oddziały, w których nie odnotowano żadnego przyjęcia bez zgody. Najwyższe odsetki w tej grupie dotyczą oddziałów w województwie podlaskim, podkarpackim i mazowieckim.

W prawie wszystkich województwach szpitale psychiatryczne z reguły częściej przyjmują pacjentów na podstawie art. 23, 24, 29 oraz 28, niż oddziały psychiatryczne szpitali ogólnych. Wyjątek stanowi województwo podlaskie, na obszarze którego odsetek przyjęć bez zgody do szpitali ogólnych, znacznie przewyższa wskaźnik tych przyjęć do szpitali psychiatrycznych. Jest to tym bardziej zaskakujące, że na obszarze województwa podlaskiego znajdują się dwa szpitale psychiatryczne (w tym jeden bardzo duży), których łączna liczba 641 łóżek psychiatrycznych czterokrotnie przewyższa liczbę łóżek na oddziałach szpitali ogólnych.

Blizsza analiza pokazuje, że dla województw z wysokim odsetkiem przyjęć bez zgody (kujawsko-pomorskie, lubelskie, lubuskie, mazowieckie), charakterystyczne jest duże zróżnicowanie odsetka przyjęć zarówno między szpi-

talami psychiatrycznymi, jak i ogólnymi. Jednocześnie odsetek przyjęć bez zgody, dla większości szpitali ogólnych kształtuje się powyżej 5% ogółu przyjętych, natomiast wśród szpitali psychiatrycznych, dominującą grupą są zakłady, w których poziom przyjęć z art. 23, 24, 29 i 28 przekroczył 10%.

Zróżnicowanie terytorialne przyjęć bez zgody na podstawie poszczególnych artykułów

Częstość przyjęć bez zgody w przypadku poszczególnych artykułów charakteryzuje także znaczne zróżnicowanie terytorialne. Jeśli za miarę zróżnicowania przyjęć rozstęp między najniższą a najwyższą wartością odsetka to relatywnie największy rozstęp odnosi się do częstości przyjęć z art. 28 (0,04–1,11%) oraz z art. 24 (0,17–3,06%), natomiast stosunkowo najmniejszy rozstęp dotyczy przyjęć z art. 23 (3,1–11,2%) oraz z art. 29 (0,05–0,42%).

Odsetki ilustrujące częstość przyjęć bez zgody na podstawie różnych przesłanek skłaniały do sprawdzenia czy zachodzą jakieś prawidłowości między poziomem ich wartości w poszczególnych województwach. Nie stwierdzono żadnych prawidłowości między poziomem częstości przyjęć w województwach w przypadku czterech analizowanych artykułów.

Widoczna jest natomiast zależność między odsetkiem przyjęć bez zgody z poszczególnych artykułów, a wskaźnikiem populacyjnym obliczonym jako liczba pacjentów przyjętych na podstawie danego artykułu w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców. Wysokie współczynniki korelacji świadczą o silnej, dodatniej zależności między obiema miarami, a wysokim odsetkiem przyjęć, odpowiadają z reguły wysokie wskaźniki populacyjne.

Zróżnicowanie terytorialne widoczne jest także w strukturze przyjęć bez zgody według poszczególnych artykułów.

Tablica 5. Odsetek umorzeń postępowania na podstawie art. 26 według województw (wg malejącego odsetka umorzeń z art. 26 w stosunku do w ogólnej liczbie przyjęć z art. 23).
 Table 5. Percentage of cases dismissed under Art. 26 by province (in descending order of cases dismissed under Art. 26 to the total number of admissions under Art. 23).

Województwo Province	Przyjęcia z art. 23 Admissions under Art. 23 N	Przyjęcia z art. 26 Admissions under Art. 26 N	art. 26/23 %
Polska Poland	11 726	4379	37,3
Małopolskie	846	583	69,1
Wielkopolskie	714	353	49,4
Opolskie	231	109	47,2
Dolnośląskie	1139	508	44,6
Śląskie	1305	558	42,8
Lubuskie	461	188	40,8
Lubelskie	821	305	37,1
Mazowieckie	2062	736	35,7
Podkarpackie	678	224	33,0
Warmińsko-Mazurskie	263	79	30,0
Świętokrzyskie	228	65	28,5
Łódzkie	691	195	28,2
Kujawsko-Pomorskie	868	214	24,7
Zachodniopomorskie	205	49	23,9
Podlaskie	564	131	23,2
Pomorskie	650	80	12,3

W skali kraju i w poszczególnych województwach dominują przyjęcia z art. 23, które stanowią od 57% do 92% (średnio w kraju – 75%) wszystkich przyjęć bez zgody. Odsetek przyjęć na podstawie art. 24 wynosi od 4% do 35% (średnio – 17,1%), z art. 28 – od 0,5% do 11,7% (średnio – 5,1%) i z art. 29 – od 0,5% do 6,3% (średnio – 2,8%).

Najniższy odsetek przyjętych na podstawie art. 23, poniżej 70%, zanotowano w województwie łódzkim, zachodniopomorskim, śląskim. Jednocześnie tym samym województwom odpowiadają najwyższe wskaźniki przyjęć (ponad 24%) z art. 24 czyli znacznie powyżej średniej krajowej. Najwyższy odsetek przyjęć z art. 23 – przekraczający 80%, przy najniższym wskaźniku przyjęć z art. 24 – poniżej 10%, występuje w województwie kujawsko-pomorskim, opolskim i wielkopolskim. Widoczna jest zatem wyraźna ujemna zależność między przyjęciami na podstawie art. 23 oraz art. 24, co może świadczyć o tym, że w zakładach psychiatrycznych wskazanych województw, ewentualne wątpliwości co do przesłanek wymaganych przy zastosowaniu w przypadku trudności w rozpoznaniu choroby psychicznej, przyjmujący do szpitala, zamiast przeprowadzić, (trwającą nie dłużej niż 10 dni) obserwację stanu zdrowia, częściej klasyfikują danego pacjenta jako chorego psychicznie, co jednocześnie daje przyzwolenie na zastosowanie leczenia przymusowego.

Znaczne zróżnicowanie terytorialne widoczne jest w przypadku odsetka umorzeń postępowania z zastosowaniem art. 26, w stosunku do osób przyjętych wcześniej z art. 23, które następnie wyraziły zgodę na dalszy pobyt w szpitalu (tabl. 5).

W województwie małopolskim aż 69,1% pacjentów przyjętych bez ich zgody, następnie zmieniło zdanie, wyrażając zgodę na hospitalizację. W województwie pomorskim było to zaledwie 12,3%. Pojawia się jednak pytanie, na ile taka zmiana decyzji, jest świadomym wyborem pacjenta, a na ile

skutkiem oddziaływania personelu oddziału. Przypadek województwa małopolskiego, kiedy to prawie 70% pacjentów, przyjętych na podstawie art. 23, wyraziło zgodę na pobyt na oddziale psychiatrycznym, budzi wątpliwości czy taka decyzja nastąpiła dobrowolnie, czy też została wymuszona przez personel. Może to także podważać wiarygodność przekazywanych danych. Odsetek umorzeń postępowania – zgodnie z art. 26 – wszczętych uprzednio z art. 23 nie wykazuje zależności od częstości przyjęć z tego artykułu.

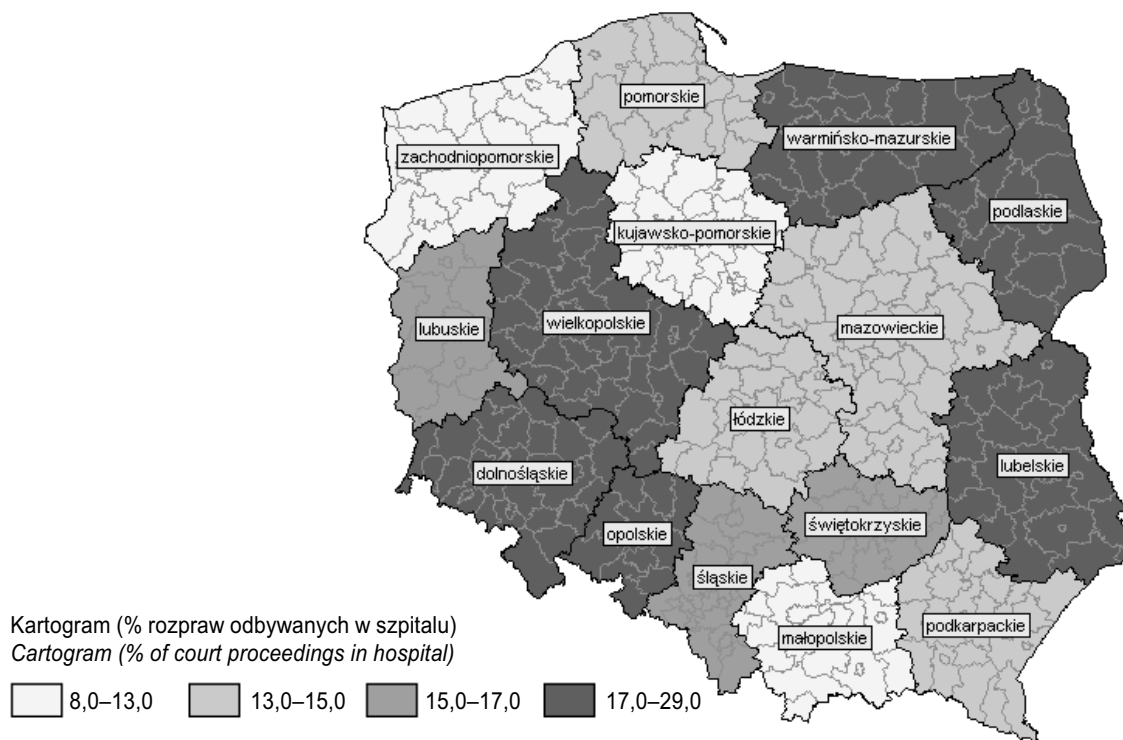
Miejsce rozpraw sądu opiekuńczego według województw

Miejsce rozpraw sądu opiekuńczego w sprawach z art. 23, 24 oraz 28 w układzie terytorialnym ilustruje ryc. 1.

Rozróżnienie zakładów względem miejsca rozpraw sądu opiekuńczego oraz typu zakładu (szpital psychiatryczny – szpital ogólny) jest bardzo zróżnicowany w układzie terytorialnym. Tylko w województwie opolskim wszystkie rozprawy sądu opiekuńczego, mające miejsce w 2006 roku, odbywały się w szpitalu, do którego został przyjęty pacjent. W województwie łódzkim, aż dla 71,4% zakładów rozprawy odbywały się w sądzie. Jest to odpowiednio 60% oddziałów psychiatrycznych szpitali ogólnych oraz 100% szpitali psychiatrycznych. Również w przypadku pacjentów przyjętych do szpitali psychiatrycznych na terenie województw: kujawsko-pomorskiego, małopolskiego, podkarpackiego, w 100% przypadków, rozprawy odbywały się w sądzie, właściwym ze względu na miejsce zamieszkania. Natomiast na terenie województw: lubuskiego, podlaskiego, świętokrzyskiego oraz warmińsko-mazurskiego, rozprawy miały miejsce w szpitalach psychiatrycznych, przyjmujących danych pacjentów. W przypadku oddziałów szpitali ogólnych, tylko w województwie wielkopolskim, w 100% przypadków, rozprawy odbywały się w danym szpitalu. W województwie lubelskim jest to 83,3% szpitali, w podlaskim 75,0%,

Terytorialna analiza danych – mapa

(Rozprawy sądu opiekuńczego, odbywające się w szpitalu, wg województw.tr)



Rysunek 1. Rozprawy sądu opiekuńczego, odbywające się w szpitalu, wg województw.
Fig. 1. Guardianship court proceedings that took place in the hospital by province.

w podkarpackim 60,0%. Na terenie dziewięciu województw, w ciągu roku następowała zmiana miejsca rozpraw sądu opiekuńczego. Sytuacja taka dotyczy szpitala psychiatrycznego w województwie mazowieckim i pomorskim oraz łącznie 12 oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych z województwa kujawsko-pomorskiego, lubelskiego, lubuskiego, małopolskiego, mazowieckiego, pomorskiego, śląskiego, świętokrzyskiego i zachodniopomorskiego.

Stosowanie przymusu bezpośredniego wg województw

Stosowanie przymusu bezpośredniego wykazuje duże zróżnicowanie terytorialne (ryc. 2), jak również w układzie szpital psychiatryczny – szpital ogólny (oddział psychiatryczny przy szpitalu ogólnym), co przedstawia tablica 6. Najwyższy odsetek zastosowań przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia i izolacji, przy dużym zróżnicowaniu odsetka zastosowań przymusu w zależności od rodzaju zakładu zanotowano w województwie lubuskim – 28,9% oraz śląskim – 27,1%, najniższy w województwie wielkopolskim – 8,1%. Na terenie województwa lubuskiego poziom przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego w szpitalach ogólnych jest najwyższy w kraju (41,9%) i prawie dwukrotnie wyższy niż w szpitalach psychiatrycznych (23,5%). W województwie śląskim natomiast, wskaźnik przymusu bezpośredniego dla oddziałów psychiatrycznych szpitali ogólnych wynosi 12,5%, a dla szpitali psychiatrycznych, wskaźnik przyjmuje najwyższą w kraju wartość 33,5%.

W przypadku oddziałów psychiatrycznych szpitali ogólnych, najniższy odsetek przymusu zanotowano w województwie pomorskim – 3,5%, natomiast dla szpitali psychiatrycznych w województwie wielkopolskim – 7,4%.

OMÓWIENIE

Analizowany materiał pozwala opisać ilościowo terytorialne zróżnicowanie przyjęć bez zgody zarejestrowane w poszczególnych województwach.

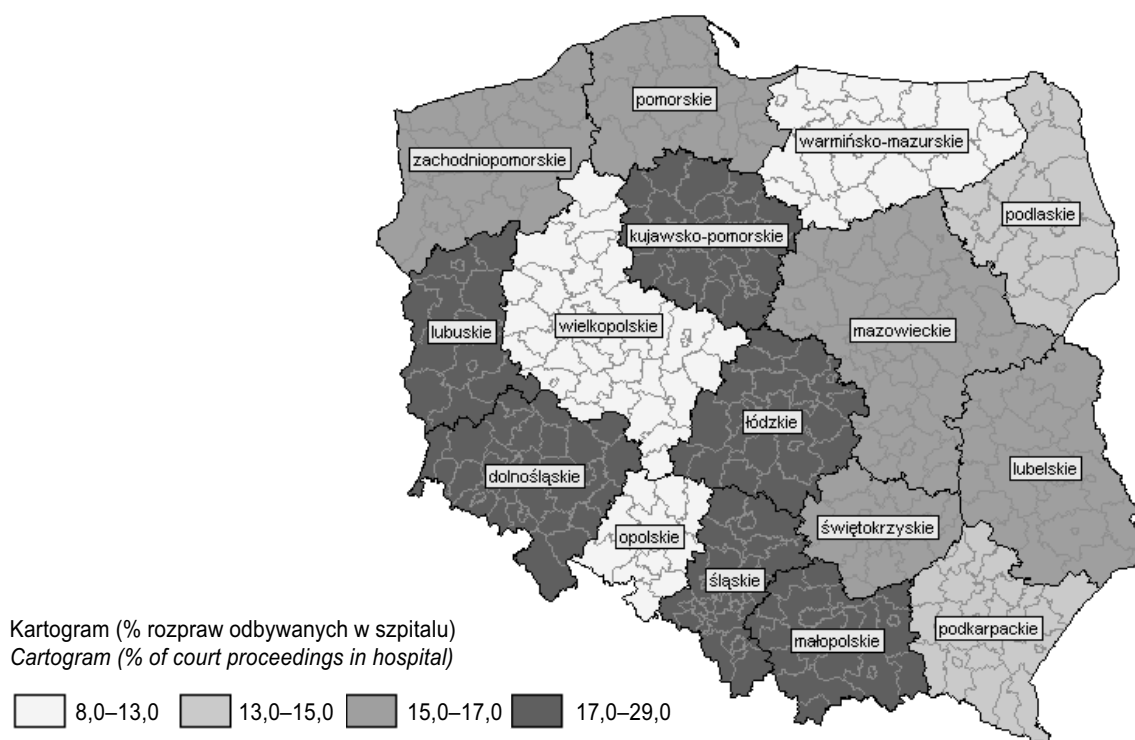
Znacząca dodatnia korelacja zachodząca między wskaźnikami przyjęć bez zgody obliczonymi na populację, a średnią częstością przyjęć bez zgody do wszystkich placówek województwa stanowi rodzaj potwierdzenia, że obserwowane różnice mają istotnie miejsce, mimo że warunkuje je zmienna liczba przyjęć. Przy tej okazji warto pamiętać że, nie wszyscy pacjenci przyjęci na leczenie są mieszkańcami województwa siedziby szpitala, ale ponieważ skalę „migracji” leczonych z zaburzeniami psychicznymi (bez uzależnień) szacuje się od lat na poziomie ok. 10%, można założyć, że ten stopień „obciążenia” danych nie ma większego znaczenia dla stwierdzonej zależności.

Na pytanie, jakie czynniki – poza chorobowymi – mogą różnicować poziom częstości przymusowych hospitalizacji można formułować jedynie pewne hipotezy.

Generalnie należy stwierdzić, że wyższe odsetki przyjęć przymusowych są, z punktu widzenia przestrzegania praw pacjenta, bardziej wiarygodne niż niższe. W nielicznych oddziałach, w których w ogóle takich przyjęć nie ma, bądź zdarzają się sporadycznie, może to wynikać z przyjęcia pewnych założeń organizacyjnych w ich funkcjonowaniu (np. o stosowaniu tzw. przyjęć uzgodnionych). Taką sytuację obserwuje się m.in. w odniesieniu do niektórych oddziałów klinicznych.

Z wcześniejszych analiz wynika, że w szpitalach psychiatrycznych wskaźniki te są na ogół wyższe, w porówna-

Terytorialna analiza danych – mapa (Przymus bezpośredni wg województw.trt)



Rysunek 2. Zróżnicowanie terytorialne przymusu bezpośredniego.
Fig. 2. Territorial differentiation of direct coercion use.

niu z oddziałami szpitali ogólnych. Na tę różnicę mogą wpływać dwa czynniki, o których wspomniano w pierwszej części pracy. Jednym jest praktyka stosowana przez Pogotowie Ratunkowe, transportujące dość znaczną grupę

pacjentów w trybie nagłym, polegająca na wybieraniu raczej szpitala psychiatrycznego jako pewniejszego miejsca przyjęcia dla pacjentów, z drugiej natomiast – postawa samych pacjentów, zapewne bardziej niechętna leczeniu

Tablica 6. Stosowanie przymusu bezpośredniego w poszczególnych województwach z uwzględnieniem rodzaju zakładu.

Table 6. Frequency of direct coercion use in particular provinces by the type of facility.

Województwa Province	Stosowanie przymusu bezpośredniego Direct coercion use					
	Ogółem Total		Szpitale psychiatryczne Mental hospitals		Szpitale ogólne General hospitals	
	%	N	%	N	%	N
Polska Poland	30815	17,1	22762	18,1	8053	14,8
Dolnośląskie	2313	22,8	2313	22,8	x	x
Kujawsko-Pomorskie	1445	18,0	1082	17,1	363	21,2
Lubelskie	1700	15,7	1217	20,0	483	10,1
Lubuskie	1735	28,9	993	23,5	742	41,9
Łódzkie	2597	18,1	1578	17,9	1019	18,3
Małopolskie	2428	19,6	1949	24,6	479	10,8
Mazowieckie	3827	15,0	2979	15,4	848	13,7
Opolskie	429	10,7	370	11,6	59	7,0
Podkarpackie	1285	13,0	351	8,7	934	16,1
Podlaskie	1374	13,7	913	11,3	461	23,8
Pomorskie	1349	15,3	1268	19,5	81	3,5
Śląskie	5937	27,1	5107	33,5	830	12,5
Świętokrzyskie	1138	16,7	947	16,2	191	20,1
Warmińsko-Mazurskie	754	12,6	551	11,7	203	15,8
Wielkopolskie	1535	8,1	1144	7,4	391	10,8
Zachodniopomorskie	969	15,1	x	x	969	15,1

w warunkach, z reguły negatywnie etykietowanego szpitala psychiatrycznego.

Pozostaje do wyjaśnienia, dlaczego w oddziałach psychiatrycznych takich województw jak opolskie, warmińsko-mazurskie, zachodniopomorskie, świętokrzyskie i wielkopolskie, co najmniej dwukrotnie rzadziej rejestruje się przymusowe hospitalizacje z omawianych artykułów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, niż w oddziałach województwa dolnośląskiego, kujawsko-pomorskiego, mazowieckiego, lubelskiego i lubuskiego.

Hipoteza zakładająca, że w województwach o wysokim poziomie przyjęć bez zgody dominują duże szpitale psychiatryczne, sprawdza się tylko częściowo, ponieważ na obszarze województw o stosunkowo niskim poziomie przymusowych hospitalizacji także można wskazać bardzo duże szpitale psychiatryczne (świętokrzyskie, wielkopolskie i podlaskie).

Można także przyjąć hipotezę o pozytywnym wydźwięku, że szpitale i oddziały psychiatryczne w województwach o znacząco niższych wskaźnikach przyjęć bez zgody, są w opinii pacjentów na tyle przyjaznym miejscem leczenia, że nie stanowią dodatkowego czynnika prowokującego do protestu przy przyjęciu w trybie nagłym na leczenie.

Najbardziej niekorzystna hipoteza wiąże się z przypuszczeniem, że na występujące różnice mogą też nadal mieć wpływ niedopuszczalne praktyki wymuszania lub „doczekiwania” zgody na przyjęcie, stwierdzone zarówno w badaniach S. Dąbrowskiego i wsp. [3], jak i w wynikach kontroli przeprowadzonej przez Najwyższą Izbę Kontroli. [4] W pierwszym stwierdzono, że ok. 17% przyjęć za zgodą ma charakter wymuszony, w drugim – że niektóre szpitale nie zawiadamiały sądów o przyjęciach bez zgody, zwłaszcza tych pacjentów, którzy potem wyrazili zgodę.

Objaśnienie rzeczywistych przyczyn obserwowanych różnic wymaga specjalnych badań weryfikujących m.in. omawiane hipotezy.

WNIOSKI

1. Wskaźnik przyjęć bez zgody z czterech artykułów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego tj.: 23, 24, 28 i 29, którego średni poziom wynosi 8,7%, wykazuje znaczne

zróznicowanie terytorialne. Najwyższy odsetek przyjęć (powyżej 10%) odnotowano w placówkach czterech województw: dolnośląskiego, kujawsko-pomorskiego, mazowieckiego i pomorskiego, najniższy (poniżej 5%) – dwóch: wielkopolskim i świętokrzyskim.

2. Między wskaźnikiem przyjęć obliczonym na 10 tys. mieszkańców a częstością przyjęć zachodzi znacząca statystycznie dodatnia korelacja. Oznacza to, że wyższym wskaźnikom przyjęć bez zgody obliczonym na populację województwa na ogół odpowiadają wyższe średnie odsetki przyjęć bez zgody do wszystkich jego placówek.
3. W województwach z wysokim odsetkiem przyjęć przymusowych częściej obserwuje się, większe zróżnicowanie tego wskaźnika zarówno między szpitalami psychiatrycznymi jak i szpitalami ogólnymi.
4. Odsetek przyjętych z art. 23 kształtuje się od 57% w województwie łódzkim do 92% w województwie kujawsko-pomorskim, przy czym wysokiemu odsetkowi odpowiada niski wskaźnik przyjęć z art. 24.
5. Miejscem rozpraw sądu opiekuńczego częściej jest sąd, ale rozkład ten w poszczególnych województwach jest bardzo zróżnicowany. Dotyczy to szczególnie szpitali psychiatrycznych – w województwie lubuskim, opolskim, podlaskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim, rozprawy miały miejsce w 100% w szpitalach, natomiast w województwach: kujawsko-pomorskim, łódzkim, małopolskim, podkarpackim, w 100% w sądzie.

PIŚMIENNICTWO

1. Langiewicz W, Pasiorska M. Przymusowe hospitalizacje oraz przymus bezpośredni w oddziałach psychiatrycznych w 2006 roku na tle lat wcześniejszych. *Post Psychiatr Neurol.* 2008; 17 (2): 127–133.
2. Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *British Journal of Psychiatry.* 2004; 184: 163–168.
3. Dąbrowski S, Brodniak WA, Welbel S. Ważniejsze problemy wdrażania ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. *Post Psychiatr Neurol.* 1997; 6 (4): 483–488.
4. Raport Najwyższej Izby Kontroli – Funkcjonowanie opieki psychiatrycznej ze szczególnym uwzględnieniem opieki stacjonarnej. 05/2008; numer ewidencyjny 5/07/165.

Wpłynęło: 20.06.2008. Zrecenzowano: 28.08.2008. Przyjęto: 19.11.2008.

*Adres: Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii,
ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa, tel. 0-22-4582615.*