



Przymusowe hospitalizacje oraz przymus bezpośredni w oddziałach psychiatrycznych w 2006 roku na tle lat wcześniejszych

Involuntary hospitalisation and direct constraint on psychiatric wards in 2006 compared with previous years

WANDA LANGIEWICZ, MONIKA PASIOROWSKA

Z Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE

Cel. Monitorowanie realizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego skłania do weryfikacji zebranych materiałów dotyczących trybu przyjmowania oraz stosowania przymusu bezpośredniego w oddziałach i szpitalach psychiatrycznych. Głównym celem pracy jest analiza danych dotyczących przymusowych hospitalizacji w 2006 roku, z uwzględnieniem rodzaju i wielkości placówki przyjmującej. Dodatkowym celem jest określenie miejsca rozpraw sądu opiekuńczego w sprawach z art. 23, 24 i 28, a także ustalenie częstości stosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjentów oddziałów psychiatrycznych.

Metoda. W opracowaniu uwzględniono dane z 117 zakładów objętych monitorowaniem w 2006 roku, w tym 46 szpitali psychiatrycznych i 71 szpitali ogólnych.

Wyniki. W 2006 roku na podstawie jednego z czterech (23, 24, 28 i 29) artykułów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, przyjęto bez ich zgody do oddziałów psychiatrycznych 15 628 osób, co daje 8,7% wszystkich przyjętych. W strukturze przyjęć bez zgody, dominują przyjęcia z art. 23, które stanowią 75% tych przyjęć. Dla 55,6% wszystkich zakładów, objętych monitorowaniem, poziom przymusowych hospitalizacji nie przekroczył 5% wszystkich przyjętych. Poziom stosowania przymusu bezpośredniego, zarówno w szpitalach psychiatrycznych jak i szpitalach ogólnych, odnotował najwyższe wartości od 1996 roku. Zróżnicowanie poziomu przyjęć bez zgody w szpitalach psychiatrycznych i szpitalach ogólnych może być wynikiem praktyk stosowanych przez pogotowie ratunkowe, które jako docelowe miejsce hospitalizacji preferuje szpital psychiatryczny. Kolejnym powodem może być społeczna ocena i zróżnicowana postawa pacjenta, który wobec przyjęcia do szpitala psychiatrycznego może demonstrować opór, akceptując w podobnej sytuacji hospitalizację na oddziale szpitala ogólnego.

Wnioski. Oddziały szpitali psychiatrycznych przyjmują prawie dwukrotnie częściej pacjentów bez zgody, niż oddziały psychiatryczne szpitali ogólnych. W tej grupie dominują przyjęcia na podstawie art. 23, ale w praktyce „przyjęciowej” zaobserwować można wzrost przyjęć z art. 24, pozwalającego na przymusową obserwację. W przypadku oddziałów szpitali ogólnych istnieje wyraźny związek między wielkością placówki, a odsetkiem przyjęć bez zgody. Bez względu na rodzaj placówki, w większości przypadków miejscem rozpraw sądu opiekuńczego jest szpital, do którego pacjent został przyjęty.

SUMMARY

Objective. The need to monitor the implementation of the mental health act motivated the present attempt to verify the material concerning the admission procedures and application of direct constraint in psychiatric wards and hospitals. The main purpose of this study was to analyse the data concerning involuntary hospitalisation in 2006 taking into account the type and size of admitting institution. Additionally, the study sought to identify the sites of proceedings of the custodial court in art. 23, 24 and 28 cases and to determine the frequency of application of direct constraint on psychiatric wards.

Method. The study is based on data from 117 institutions that were monitored in 2006, including 46 psychiatric hospitals and 71 general hospitals.

Results. In 2006, 15 628 individuals were admitted involuntarily to psychiatric wards on the basis of one of four (23, 24, 28, and 29) articles of the mental health act, that is 8.7% of all admittances. Art. 23 dominates in the structure of involuntary hospitalisations, i.e., 75% of all these admissions. In 55.6% of the monitored institutions the proportion of involuntary hospitalisations did not exceed 5% of all admissions. The level of direct constraint in both psychiatric and general hospitals was the highest since 1996. The differences in the level of involuntary hospitalisations in psychiatric hospitals and general hospitals may be due to the practices of the emergency service which prefers to transport patients to psychiatric hospitals. Another reason may be social opinion and differences in patient attitudes: patients may demonstrate more resistance during admission to a psychiatric hospital than during admission to a general hospital.

Conclusions. Psychiatric hospitals accept nearly twice as many involuntary patients as psychiatric wards in general hospitals. Dominant in this group are admissions based on art. 23 but an increasing number of admissions based on art. 24, permitting involuntary observation, can also be observed in current „admission” practice. As far as general hospitals are concerned, there is a clear relation between the size of the institution and the proportion of involuntary admissions. Whatever the institution, the custodial court case usually takes place at the hospital to which the patient was admitted.

Słowa kluczowe: przyjęcia bez zgody / przymus bezpośredni

Key words: involuntary admission/ direct constraint

Od początku obowiązywania Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w Instytucie Psychiatrii i Neurologii gromadzono podstawowe dane ilościowe o funkcjonowaniu w praktyce klinicznej przepisów dotyczących trybu przyjmowania osób nie wyrażających zgody na przyjęcie oraz stosowania przymusu bezpośredniego w oddziałach i szpitalach psychiatrycznych.

REGULACJE USTAWOWE

Przyjęcia bez zgody regulowane są głównie przez cztery artykuły ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, tj. art. 23, 24, 28 i 29, których ustawy (skrótowo) zapis jest następujący [1]:

Art. 23.

1. Osoba chora psychicznie może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez zgody wymaganej w art. 22 tylko wtedy, jeżeli jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób.

Art. 24.

1. Osoba, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie, może być przyjęta bez zgody wymaganej w art. 22 do szpitala w celu wyjaśnienia tych wątpliwości.

Art. 28.

Jeżeli zachowanie osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego za zgodą wymaganą w art. 22 wskazuje na to, że zachodzą okoliczności określone w art. 23 ust. 1, a zgoda ta została cofnięta, stosuje się odpowiednio przepisy art. 23 ust. 2–5 oraz art. 25–27.

Art. 29.

1. Do szpitala psychiatrycznego może być również przyjęta, bez zgody wymaganej w art. 22, osoba chora psychicznie:

- 1) której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego, bądź
- 2) która jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia.

W art. 26 ustawodawca przewidział także taką sytuację, w której osoba przyjęta na podstawie art. 23, a więc nie wyrażająca zgody na przyjęcie, zmienia zdanie i następnie wyraża zgodę na pobyt w szpitalu, co skutkuje umorzeniem przez sąd dalszego postępowania. Dokładne brzmienie tego artykułu jest następujące:

Art. 26.

1. W przypadku gdy osoba przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody wyraziła potem zgodę na pobyt w tym szpitalu, sąd opiekuńczy umorzy postępowanie wszczęte na skutek zawiadomienia lub wniosku, o którym mowa w art. 25, jeżeli uzna, że osoba ta wyraziła zgodę.

W ramach monitorowania realizacji ustawy, gromadzone także dane dotyczące specjalnego trybu przyjmowania, regulowanego art. 22.2 i 22.5. Pierwszy artykuł dotyczył osób, w przypadku których lekarz przyjmujący miał *poważne wątpliwości* co do ich zdolności do wyrażenia zgody lub

stosunku do przyjęcia, drugi – osób formalnie niezdolnych do wyrażenia zgody i nie pozostających pod władzą rodzicielską, za które decyzje o przyjęciu podejmuje – za zgodą sądu opiekuńczego – przedstawiciel ustawy [2, 3, 4].

Po nowelizacji, która nastąpiła w 2005 roku art. 22.2 ustawy, ustawodawca zrezygnował z wcześniejszego sformułowania *poważnych wątpliwości co do zdolności wyrażenia zgody przez osobę z zaburzeniami psychicznymi*. W nowym brzmieniu art. 22.2 mowa jest o *osobie chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo niezdolnej do wyrażenia zgody*. Drugą istotną zmianą było zastąpienie czynności odnotowania *wątpliwości co do zdolności wyrażenia zgody* w dokumentacji medycznej, koniecznością uzyskania zgody sądu opiekuńczego na pobyt *osoby niezdolnej do wyrażenia zgody* w szpitalu. Nowe brzmienie tego artykułu jest następujące [1]:

Art. 22.2

Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby chorej psychicznie lub osoby upośledzonej umysłowo niezdolnej do wyrażenia zgody lub stosunku do przyjęcia do szpitala psychiatrycznego i leczenia następuje po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby.

W kolejnych, nowych ustępach tego artykułu tj. 22.2a, 22.2b i 22.2c doprecyzowano postępowanie w nagłych przypadkach, zobowiązując do zasięgnięcia pisemnej opinii innego lekarza bądź psychologa, bądź gdy osoba niezdolna do wyrażenia zgody sprzeciwia się przyjęciu, zastosowanie odpowiednich regulacji określonych w art. 23.

Z kolei, w ramach nowelizacji, z art. 22.5 usunięto zdanie o niezdolności do wyrażenia zgody o charakterze formalnym, pozostawiając jedynie regulacje postępowania przy przyjęciu osoby, która nie pozostaje pod władzą rodzicielską, a której przyjęcie następuje za zgodą przedstawiciela ustawowego i sądu opiekuńczego [1]:

Art. 22.5

Przedstawiciel ustawy osoby, która nie pozostaje pod władzą rodzicielską, wyraża zgodę, o której mowa w ust. 3, za zgodą sądu opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby; w wypadkach nagłych nie jest konieczne uzyskanie zgody sądu opiekuńczego przed przyjęciem do szpitala psychiatrycznego.

Poza danymi dotyczącymi trybu przyjmowania, metodą ankietową zbierano także dane o stosowaniu przymusu bezpośredniego, regulowanego przez art. 18 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Ten artykuł został w roku 2005 także objęty nowelizacją, która polegała przede wszystkim na doprecyzowaniu okoliczności, w których można stosować przymus bezpośredni.

Obowiązujące od 1 stycznia 2006 roku brzmienie art. 18 ust. 1 i 3 jest następujące [1]:

Art. 18.

1. Przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy wykonywaniu czynności przewidzianych w niniejszej ustawie, można stosować tylko wtedy, gdy przepis niniejszej ustawy do tego upoważnia albo osoby te:

- 1) dopuszczają się zamachu przeciwko: a) życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby, lub b) bezpieczeństwu powszechnemu, lub
- 2) w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub

- 3) poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.
3. Zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec osoby, o której mowa w ust. 1 pkt. 1 i 2, polega na przytrzymywaniu, przymusowym podaniu leków, unieruchomieniu lub izolacji, a wobec osoby, o której mowa w ust. 1 pkt. 3 – na przytrzymaniu lub przymusowym podaniu leku.

Po prawie 13 latach obowiązywania ustawy, można uznać, że praktyczna realizacja jej przepisów została przyswojona wystarczająco dobrze przez personel, który na co dzień zobowiązany jest do ich stosowania. Przyczyniły się do tego liczne publikacje zespołu pod kierunkiem Prof. Stanisława Dąbrowskiego, przedstawiające w miarę systematycznie wyniki monitorowania ustawy, w ramach których przeprowadzono także pogłębione badania kilkunastu szpitali (także ogólnych). Ważną rolę w tej sprawie odegrał również krajowy i wojewódzki nadzór specjalistyczny. Liczne publiczne dyskusje wokół praktycznych problemów związanych z prawidłowym stosowaniem przepisów ustawy wpłynęły na dwukrotną jej nowelizację, doprecyzowującą m.in. niektóre przepisy przyjmowania pacjentów w przypadku braku zgody na hospitalizację [5, 6, 7, 8].

CEL

Głównym celem pracy jest analiza danych dotyczących przyjęć bez zgody w 2006 roku, z uwzględnieniem rodzaju i wielkości placówki przyjmującej, tj. szpitala psychiatrycznego, bądź ogólnego.

Opracowaniem objęto także dane dotyczące przyjęć do oddziałów psychiatrycznych osób niezdolnych do wyrażenia zgody na przyjęcie oraz takich, za które decyzję o przyjęciu podejmuje przedstawiciel ustawowy.

Dodatkowym celem jest określenie miejsca rozpraw sądu opiekuńczego w sprawach o przyjęcie w trybie nagłym, tj. z art. 23, 24 i 28, a także ustalenie częstości stosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjentów oddziałów psychiatrycznych.

MATERIAŁ I METODA

W analizie wykorzystano dane z kwartalnych ankiet, przekazanych przez 117 zakładów objętych monitorowaniem w 2006 roku. Są to informacje z oddziałów psychiatrycznych, funkcjonujących w strukturze 46 szpitalach psychiatrycznych oraz 71 szpitalach ogólnych lub innych specjalistycznych (w tym klinicznych). Dla uproszczenia pierwsza z wymienionych kategorii zakładów w przedstawianych zestawieniach oznaczana będzie jako „szpitale psychiatryczne”, druga – „szpitale ogólne”.

Analizę danych przeprowadzono z zastosowaniem współczynnika korelacji, testu wskaźnika struktury, testu χ^2 .

WYNIKI

Na przestrzeni 10 lat – od 1996 do 2005 roku – łączna liczba przyjęć bez zgody na podstawie artykułów: 23, 24, 28, 29 w skali kraju wzrosła z 11,5 do 14,7 tysięcy tj.

o 27%. Wielkości te odniesione do rosnącej ogólnej liczby przyjęć (z 118,2 tys. do 174,0 tys.) wykazują tendencję malejącą wyrażającą się wskaźnikiem 9,8% w roku 1996, a 8,5% – w 2005.

Dominującą pozycję wśród przyjęć bez zgody zajmują przyjęcia na podstawie art. 23, których liczba wzrosła z 9,7 do 11,1 tysięcy, tj. o 14%. Z kolei przyjęcia na podstawie art. 24 wzrosły w stopniu największym, bo prawie 2,5-krotnie, co w liczbach bezwzględnych wyraża się wzrostem z blisko 1 tys. w 1996 roku do 2,4 tys. w 2005. Na najniższym poziomie kształtowały się przyjęcia na podstawie art. 28 i 29, przy czym liczba przyjęć z art. 28 (tzw. zatrzymań) wzrosła blisko dwukrotnie, z ponad 0,4 tys. do ponad 0,8 tys. przypadków, podczas gdy liczba przyjęć z art. 29 (w tzw. trybie wnioskowym), zmalała z 0,5 do 0,4 tys. [9].

Przeciwnastawne tendencje obserwowane w stosowaniu art. 23 (malejąca) i art. 24 (rosnąca), a więc tych artykułów, które wymagają niezwłocznego zgłoszenia przyjęcia bez zgody do sądu opiekuńczego, mogą wskazywać na bardziej ostrożne podejście do decyzji o trybie przyjęcia. W praktyce oznacza to, że coraz częściej stosuje się tryb dający czas na ustalenie w trakcie obserwacji faktycznego stanu zdrowia i związanego z tym ostatecznego rozpoznania.

W 2006 roku do wszystkich oddziałów psychiatrycznych przyjęto 15 628 osób na podstawie jednego z czterech (23, 24, 28 i 29) artykułów Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, przewidzianych dla osób nie wyrażających zgody na takie przyjęcie. Z tej liczby 12,6 tys. tj. 80% stanowiły przyjęcia do szpitali psychiatrycznych, a 3 tys. tj. czterokrotnie mniej – przyjęcia do oddziałów psychiatrycznych szpitali ogólnych i innych.

Struktura przyjęć bez zgody

Tabl. 1 przedstawia podstawowe informacje o liczbie i strukturze przyjęć bez zgody w roku 2006, z uwzględnieniem rodzaju artykułu i miejsca przyjęcia.

Przyjęcia w trybie nagłym osiągnęły poziom ponad 97% ogółu przymusowych hospitalizacji. W tej grupie dominują przyjęcia na podstawie art. 23. Najmniej licznie była grupa przyjęć w tzw. trybie wnioskowym (art. 29). Ogólny układ struktury przyjęć bez zgody w szpitalach psychiatrycznych i ogólnych jest zbliżony, chociaż zwraca uwagę przewaga procentowego udziału przyjęć z art. 23 w szpitalach psychiatrycznych i przeciwna relacja w odniesieniu do art. 24, 28 i 29.

Spośród osób przyjętych z art. 23 pewna część wkrótce po przyjęciu zmienia zdanie i zgadza się na hospitalizację. Na przestrzeni lat 1996–2005 liczba osób odpowiadających kryteriom określonym w art. 26 wzrosła z 3,5 tys. do 4,0 tys., stanowiąc ok. 36% przyjęć z art. 23 [9].

W 2006 roku nadal ponad 1/3 wszystkich osób przyjętych bez zgody z na podstawie art. 23 wyraziła następnie zgodę na hospitalizację (tabl. 2). W szpitalach psychiatrycznych zmiana decyzji na aprobującą zdarza się względnie nieco częściej niż w szpitalach ogólnych. Z analizy rozkładów wynika, że na tę różnicę wpływa przede wszystkim wyższy odsetek szpitali ogólnych (25,8%), w których nie odnotowano zmiany decyzji osób przyjętych wcześniej z art. 23, w porównaniu z analogicznym odsetkiem szpitali psychiatrycznych (6,5%).

Tabela 1. Przyjęcia bez zgody według podstawy prawnej i rodzaju zakładu.
Table 1. Involuntary admissions by legal basis and type of institution.

Podstawa prawna przyjęcia Legal basis for admission	Zakłady ogółem All institutions		Szpitale psychiatryczne Psychiatric hospitals		Oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych Psychiatric wards in general hospitals		
	%	N	%	N	%	N	
Ogółem bez zgody, w tym: All involuntary admissions, including:	15628	100,0	12597	100,0	3031	100,0	
Tryb nagły Emergencies	art. 23	11726	75,0	9524	75,6	2202	72,7
	art. 24	2667	17,1	2124	16,9	543	17,9
	art. 28	801	5,1	631	5,0	170	5,6
Tryb wnioskowy Referrals	art. 29	434	2,8	318	2,5	116	3,8

Tablica 2. Przyjęcia bez zgody z art. 23 i art. 26 w zw. z art. 23 według rodzaju zakładu.
Table 2. Involuntary admissions based on art. 23 and art. 26 in connection to art. 23 by type of institution.

Podstawa prawna przyjęcia Legal basis for admission	Zakłady ogółem All institutions		Szpitale psychiatryczne Psychiatric hospitals		Oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych Psychiatric wards in general hospitals	
	%	N	%	N	%	N
Art. 23	11726	100,0	9524	100,0	2202	100,0
– w tym art. 26 w zw. z art. 23 including art. 26 in connection with art. 23	4379	37,3	3595	37,7	784	35,6

Tablica 3. Odsetek przyjęć bez zgody w stosunku do ogólnej liczby przyjętych z uwzględnieniem podstawy prawnej i rodzaju zakładu.
Table 3. Ratio of involuntary admissions to all admissions collapsed by legal basis and type of institution.

Podstawa prawna przyjęcia Legal basis for admission	Zakłady ogółem All institutions	Szpitale psychiatryczne Psychiatric hospitals	Oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych Psychiatric wards in general hospitals
Przyjęcia ogółem All admissions (N)	180182	125862	54320
Przyjęcia ogółem All admissions (%)	8,7	10,0	5,6
Art. 23 (%)	6,5	7,6	4,1
Art. 24 (%)	1,5	1,7	1,0
Art. 28 (%)	0,4	0,5	0,3
Art. 29 (%)	0,2	0,3	0,2

Częstość przyjęć bez zgody według podstawy prawnej i rodzaju zakładu

W Tablicy 3 zestawiono odsetki przyjęć bez zgody zarejestrowane w 2006 roku, według poszczególnych artykułów, stanowiących podstawę prawną przyjęcia, z rozróżnieniem miejsca przyjęcia, określonego rodzajem szpitala (psychiatryczny bądź ogólny), w strukturze którego funkcjonowały oddziały.

Oddziały szpitali psychiatrycznych przyjmują średnio blisko dwukrotnie częściej pacjentów bez zgody, niż oddziały psychiatryczne szpitali ogólnych. Wyjątek stanowią przyjęcia z art. 29, których niewielkie odsetki są, na poziomie wartości średnich, zbliżone.

Rozkład zakładów według pogrupowanego odsetka przyjęć bez zgody wskazuje na zasadnicze różnice między szpitalami psychiatrycznymi i szpitalami ogólnymi (tabl. 4). Ponad połowa objętych analizą zakładów – 55,6% znajduje się w grupie o najniższym – do 5% odsetku przyjęć bez zgody i w ogromnej większości są to oddziały szpitali ogólnych. Ta przewaga w grupie o najniższym odsetku przyjęć przesądza o statystycznie istotnej różnicy ($\chi^2 = 21,21$; $df = 2$; $p < 0,00002$) omawianych rozkładów.

Częstość przyjęć bez zgody według wielkości zakładu

Zasadniczą cechą różniącą oba omawiane rodzaje zakładów jest łączna wielkość tzw. przyjęciowych oddziałów psychiatrycznych funkcjonujących w ich strukturze. Szpitale psychiatryczne z założenia (poza nielicznymi wyjątkami) są jednostkami organizacyjnymi dysponującymi znacznie większą bazą łóżek psychiatrycznych niż szpitale ogólne. Stąd też, aby zweryfikować tezę o wpływie wielkości placówki na częstość przyjęć przeanalizowano te zależności odrębnie dla danych ze szpitali psychiatrycznych i szpitali ogólnych. Rozkład placówek w obu grupach przedstawiają tabl. 5 i 6, w których zastosowano zróżnicowane kryteria wielkości oddziału i odsetka przyjęć bez zgody – dla oddziałów szpitali ogólnych niższe, niż dla oddziałów szpitali psychiatrycznych.

Związek między zmiennymi w przypadku każdego z przedstawionych rozkładów jest inny. W odniesieniu do oddziałów szpitali ogólnych ma miejsce statystycznie znamienne powiązanie ($\chi^2 = 8,1$; $df = 2$; $p < 0,017$) między wyodrębnionymi kategoriami wielkości placówki a odsetkiem przyjęć bez zgody, podczas gdy w przypadku szpitali psy-

Tablica 4. Rozkład zakładów według odsetka przyjęć bez zgody i rodzaju zakładu.
 Table 4. Distribution of institutions by proportion of involuntary admissions and type of institution.

Grupy Group	Przedział Range (%)	Zakłady ogółem All institutions		Szpitale psychiatryczne Psychiatric hospitals		Oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych Psychiatric wards in general hospitals	
		N	%	N	%	N	%
I	0–5	65	55,6	14	30,4	51	71,8
II	6–10	25	21,4	13	28,3	12	16,9
III	11–15	15	12,8	12	26,1	3	4,2
IV	ponad 16 over 16	12	10,3	7	15,2	5	7,0
Ogółem Total		117	100,0	46	100,0	71	100,0

Tablica 5. Rozkład szpitali psychiatrycznych według odsetka przyjęć bez zgody i łącznej wielkości oddziałów psychiatrycznych.

Table 5. Distribution of psychiatric hospitals by proportion of involuntary admissions and combined size of psychiatric wards.

Liczba łóżek psychiatrycznych w szpitalu Number of psychiatric beds in the hospital	Odsetek przyjęć bez zgody z art. 23, 24, 28, 29 Proportion of involuntary admissions on the basis of art. 23, 24, 28, 29		
	do 10% up to 10%	11% i więcej 11% and more	Ogółem Total
<159	11 (23,9%)	3 (6,5%)	14 (30,4%)
160–304	8 (17,4%)	9 (19,6%)	17 (37,0%)
>336	8 (17,4%)	7 (15,2%)	15 (32,6%)
Ogółem Total	27 (58,7%)	19 (41,3%)	46 (100%)

Tablica 6. Rozkład szpitali ogólnych według odsetka przyjęć bez zgody i łącznej wielkości oddziałów psychiatrycznych.

Table 6. Distribution of general hospitals by involuntary admissions and the joint size of psychiatric wards.

Liczba łóżek psychiatrycznych w szpitalu Number of psychiatric beds in the hospital	Odsetek przyjęć bez zgody z art. 23, 24, 28, 29 Proportion of involuntary admissions on the basis of art. 23, 24, 28, 29		
	do 5% up to 5%	6% i więcej 6% and more	Ogółem Total
< 49	26 (36,6%)	7 (9,9%)	33 (46,5%)
50–99	21 (29,6%)	6 (8,5%)	27 (38,0%)
100–159	4 (5,6%)	7 (9,9%)	11 (15,5%)
Ogółem Total	51 (71,8%)	20 (28,2%)	71 (100,0%)

chiatrycznych taka zależność jest statystycznie nieistotna ($\chi^2 = 3,41$; $df = 2$; $p < 0,18$).

Przyjęcia osób niezdolnych do wyrażenia zgody

W latach 1996–2005, a więc w okresie przed nowelizacją, przyjęcia na podstawie art. 22.2 kształtowały się na malejącym poziomie od 2,0% do 1,5% wszystkich przyjęć, chociaż w liczbach bezwzględnych odnotowano wzrost z 2,2 tys. w 1996 do 2,6 tys. w 2005 roku, przy czym największy wzrost, sięgający 2,9 tys. odnotowano w 2000 roku.

Przyjęcia z art. 22.5, dotyczące osób przyjętych za zgodą przedstawiciela ustawowego wzrosły w analogicznym okresie z ok. 0,5 tys. osób do 1,4 tys. stanowiąc od 0,4% do 0,8% wszystkich przyjęć [9].

W roku 2006 przyjęcia, w przypadku których stwierdzono niezdolność do wyrażenia zgody dotyczyły ponad 2,2 tys. osób, co oznacza, że zmalały one do najniższego poziomu zarówno w liczbach bezwzględnych, jak i w odsetku do ogólnej liczby przyjęć. Przyjęcia z art. 22.5 kształ-

tują się w zasadzie na poziomie zbliżonym do lat poprzedzających (tabl. 7).

Miejsce rozpraw sądu opiekuńczego według rodzaju placówki przyjmującej

Rozprawy sądu opiekuńczego w związku z przyjęciami na podstawie art. 23, 24 i 28 mogą się odbywać w szpitalu, do którego przyjęty został pacjent lub w sądzie. W większości przypadków miejscem rozpraw sądu opiekuńczego jest szpital. W początkowym okresie obowiązywania ustawy rozprawy sądowe odbywały się jedynie w ok. 40% placówek szpitalnych [5].

Według danych kwartalnych z 2006 roku, rozprawy sądowe dotyczące pacjentów przyjętych bez zgody z 51,8% placówek odbywają się w pomieszczeniach szpitala, natomiast miejscem rozpraw pacjentów z 35,7% zakładów jest sąd. W pozostałych przypadkach, tj. pacjentów 12,5% placówek, miejsce rozpraw jest zmienne. Rozprawy sądowe częściej (56,5%), odbywają się w pomieszczeniach szpitali

Tablica 7. Liczba i częstość przyjęć (% ogólnej liczby przyjęć) na podstawie art. 22.2 i 22.5 według rodzaju zakładu.
 Table 7. Number and frequency of admissions (% of all admissions) on the basis of art. 22.2 i 22.5 by type of institution.

Podstawa prawna przyjęcia <i>Legal basis for admission</i>	Zakłady ogółem <i>All institutions</i>		Szpitale psychiatryczne <i>Psychiatric hospitals</i>		Oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych <i>Psychiatric wards in general hospitals</i>	
	N	%	N	%	N	%
Art. 22.2	2220	1,2	1913	1,5	307	0,6
Art. 22.5	1244	0,7	1025	0,8	219	0,4

Tablica 8. Liczba i częstość stosowania przymusu bezpośredniego (% ogólnej liczby przyjęć) według rodzaju zakładu.
 Table 8. Number and frequency of involuntary constraints (% of all admissions) by type of institution.

Przymus bezpośredni <i>Direct constraint</i>	Zakłady ogółem <i>All institutions</i>	Szpitale psychiatryczne <i>Psychiatric hospitals</i>	Oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych <i>Psychiatric wards in general hospitals</i>
Liczba / <i>Number</i> (N)	30815	22762	8053
Częstość / <i>Frequency</i> (%)	17,1	18,1	14,8

psychiatrycznych, niż w pomieszczeniach szpitali ogólnych (48,5%). Z kolei rozprawy sądu w sprawach pacjentów z oddziałów szpitali ogólnych istotnie częściej charakteryzuje zmienność miejsca. W przypadku dwóch szpitali psychiatrycznych oraz dwunastu oddziałów szpitali ogólnych, rozprawy sądu opiekuńczego odbywają się bądź w szpitalu, bądź w sądzie (4,4% wobec 18,2%).

W analizie nie uwzględniono pięciu oddziałów szpitali ogólnych, w których nie zanotowano przyjęć bez zgody na podstawie art. 23, 24, 28.

Przymus bezpośredni w oddziałach psychiatrycznych

Dane z oddziałów psychiatrycznych o liczbie pacjentów, wobec których zastosowano przymus bezpośredni dotyczą form przymusu polegających na unieruchomieniu bądź izolacji.

W latach 1996–2005, poziom przymusu bezpośredniego w wymienionej formie ulegał licznym wahaniom. W liczbach bezwzględnych nastąpił wzrost z 19,9 tys. w 1996 do 24,6 tys. w 2005 roku. W odniesieniu do ogólnej liczby przyjęć odsetek przymusu bezpośredniego spadł z 16,9% w 1996 do 14,2% w 2005 roku. Najniższy poziom stosowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi odnotowano w 2003 roku (13,0%).

Porównując dane z 2006 roku (tabl. 8) z danymi z lat wcześniejszych można stwierdzić iż poziom stosowania przymusu bezpośredniego znacznie wzrósł zarówno w liczbach bezwzględnych, jak również w odsetkach odniesionych do ogólnej liczby przyjęć.

Wzrost przypadków stosowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi widoczny jest w obu rodzajach placówek. W przypadku szpitali ogólnych poziom 14,8% jest najwyższy od 1996 (10,7%), natomiast poziom zastosowań przymusu bezpośredniego w szpitalach psychiatrycznych jest tylko nieznacznie niższy niż w roku 1996 (18,3%), w którym odnotowano najwyższą wartość odsetka [9].

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Analiza danych potwierdza prawidłowość, odnotowywaną od początku monitorowania ustawy przez Prof. S. Dąbrowskiego i współpracowników, że pacjenci nie wy-

rażający zgody na przyjęcie trafiają do szpitali psychiatrycznych dwukrotnie częściej niż do oddziałów szpitali ogólnych [5, 6, 7]. Jedną z hipotez objaśniających, może być praktyka stosowana przez Pogotowie Ratunkowe, jako najczęściej angażowany środek transportu w przypadku przyjęć w trybie nagłym. W sytuacji wyboru i przy braku obowiązującej formalnie rejonizacji, pogotowie ratunkowe jest zapewne skłonne do preferowania szpitala psychiatrycznego, jako docelowego miejsca hospitalizacji pacjenta, prawie nie narażając się przy tym na odmowę przyjęcia np. z braku miejsc. Kolejnym powodem, nie mniej ważnym, może być zróżnicowana postawa pacjenta z bezwzględnymi wskazaniem do hospitalizacji, który wobec przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, naznaczonego na ogół negatywnie jako lokalny azyl, może demonstrować sprzeciw, akceptując w podobnej sytuacji hospitalizację na oddziale szpitala ogólnego. Ewentualna pozytywna weryfikacja ostatniego czynnika stanowiłaby dodatkowy, ważny argument na rzecz rozwoju gęstej sieci oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych.

Z analizy wpływu wielkości placówek na częstość przyjęć bez zgody wynika, że na częstość tę silniej wpływa kategoria – rodzaj szpitala, niż wielkość placówki. Stwierdzona zależność częstości przyjęć bez zgody od wielkości oddziału (liczby łóżek) w szpitalu ogólnym, potwierdza powyższe stwierdzenie, zważywszy, że szpitale ogólne z dużą liczbą łóżek psychiatrycznych, to bądź dawne szpitale psychiatryczne przekształcone w szpitale o profilu wielospecjalistycznym (np. Gorzów Wlkp., Szczecin), bądź też odrębne – czasami także terytorialnie – duże moduły psychiatryczne (Chełm, Łuków, Dębica, Lipno, Bełchatów) funkcjonujące w obrębie szpitala ogólnego.

Przedstawione wyniki analizy potwierdzają, także wcześniej odnotowywaną, rosnącą rolę przymusowej obserwacji (art. 24) w procedurze przyjęcia do szpitala, co wskazuje na większą ostrożność w definiowaniu przesłanek medycznych w momencie przyjęcia, zwłaszcza do oddziałów psychiatrycznych szpitali ogólnych.

Dane z roku 2006, w odniesieniu do art. 22.2 i 22.5 mają szczególny charakter z uwagi na wprowadzone w nich zmiany, w ramach nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Ogólnie można stwierdzić, że nowelizacja w znaczący sposób poprawiła sytuację prawną osób niezdolnych do wyrażenia świadomej zgody na przyjęcie do szpitala.

Wyraźnie mniejsza liczba przyjęć osób przyjętych z art. 22.2 oznacza, że słuszne były zastrzeżenia sygnalizowane w pracach S. Dąbrowskiego, do wcześniejszego brzmienia tego artykułu, pozwalającego na zbyt rozszerzające traktowanie formuły „*poważnych wątpliwości co do zdolności do wyrażenia zgody*” [3, 4].

W okresie obowiązywania ustawy obserwowano korzystne przesunięcie miejsca rozpraw sądowych w sprawach o przyjęcie w trybie nagłym, z sądów do szpitali, zwłaszcza psychiatrycznych. Z punktu widzenia interesów pacjenta jest to tendencja korzystna, chociaż nadal odsetek zakładów, które nie organizują u siebie warunków do odbywania rozpraw jest znaczny. W sprawozdaniach z realizacji ustawy (1999 i 2002 r.) znalazła się nawet opinia, że wysoki odsetek rozpraw, odbywających się poza szpitalem *stanowi zagrożenie dla praw pacjenta*, w tym m.in. *do prawa do uczestniczenia w rozprawie* [5, 10, 11]. Należy zauważyć, że stroną, od której bardziej zależy prawidłowe rozwiązanie tej kwestii jest sąd.

Wzrastający odsetek zastosowań przymusu oceniany był wcześniej raczej pozytywnie, jako przejaw upowszechniania właściwej praktyki jego stosowania i dokumentowania.

Dane o liczbie osób, wobec których zastosowano przymus bezpośredni (art. 18 ustawy) w postaci unieruchomienia bądź izolacji, pochodzą z dokumentacji prowadzonej zgodnie z wymaganiami określonymi w Rozporządzeniu w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego, zobowiązującymi do m.in. do założenia i wypełniania *Karty zastosowania unieruchomienia lub izolacji*. Z kilku powodów, których wspólnym źródłem jest zbyt ogólny zapis w ankiecie, dane o przymusie bezpośrednim mogą być zawyżone.

Istnieje możliwość, że przypadki stosowania przymusu obejmują dane ze wszystkich oddziałów szpitala psychiatrycznego, w tym np. oddziału psychiatrii sądowej, zamiast wyłącznie z oddziałów psychiatrycznych ogólnych, do których przyjmowani są pacjenci z Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego i których dotyczy ogólna liczba przyjęć. Potwierdzeniem tego przypuszczenia jest obliczenie odsetka zastosowań przymusu, z pominięciem placówek dysponujących oddziałami sądowymi, który maleje z 17,1% do 14,4%.

Innym powodem zwiększonej częstości stosowania przymusu może być mylne wpisywanie przez adresatów ankiety liczby zastosowań przymusu, zamiast liczby osób wobec których zastosowano przymus (bez względu na liczbę epizodów). Niestety jest to błąd praktycznie nieweryfikowalny. Dopiero wprowadzenie nowej, bardziej precyzyjnej redakcji ankiety pozwoli uniknąć wspomnianego błędu.

WNIOSKI

1. Do szpitali psychiatrycznych przyjmuje się prawie dwukrotnie częściej pacjentów bez ich zgody (10,0%), w porównaniu z przyjęciami do oddziałów psychiatrycznych szpitali ogólnych (5,6%). Przewaga ta wynika przede wszystkim z przyjęć z art. 23, stanowiących blisko $\frac{3}{4}$ wszystkich przyjęć bez zgody.

2. W praktyce „przyjęciowej” wzrasta stosowanie artykułu 24, pozwalającego na przymusową obserwację, co oznacza większą ostrożność w definiowaniu przesłanek medycznych.
3. Przyjęcia z art. 29, czyli w tzw. trybie wnioskowym, zdarzają się bardzo rzadko, bo z częstością 2–3 przyjęć na 1000.
4. Ponad połowa objętych analizą zakładów – 55,6%, charakteryzuje się niskim poziomem przyjęć bez zgody, nieprzekraczającym 5%.
5. W przypadku oddziałów szpitali ogólnych istnieje wyraźny związek między wielkością placówki, a odsetkiem przyjęć bez zgody. Dla 71,8% oddziałów szpitali ogólnych, poziom przyjęć bez zgody nie przekracza 5%. W przypadku szpitali psychiatrycznych, wielkość zakładu nie wpływa istotnie na poziom przyjęć bez zgody.
6. Bez względu na rodzaj zakładu, miejscem rozpraw sądu opiekuńczego, na podstawie spraw z art. 23, 24 i 28 znacznie częściej jest szpital, do którego pacjent został przyjęty, niż sąd.
7. W 2006 roku znacznie wzrosła liczba przypadków stosowania przymusu bezpośredniego.

PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111 z 1994 r., poz. 535 z późn. zm.)
2. Dąbrowski S. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Podstawowe problemy i wdrożenie. *Psychiatr Pol.* 1995; (6): 721–730.
3. Dąbrowski S, Pietrzykowski J. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz. Warszawa: IPiN; 1997.
4. Dąbrowski S. Niektóre aspekty faktycznej zdolności do wyrażenia zgody przez zaburzonych psychicznie. *Post Psychiatr Neurol* 2000; 9, supl. 1 (9): 11–18.
5. Dąbrowski S, Brodniak WA, Welbel S. Ważniejsze problemy wdrażania ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. *Post Psychiatr Neurol* 1997; 6 (4): 483–488.
6. Dąbrowski S, Brodniak W, Welbel S. Przestrzeganie praw pacjentów na podstawie monitorowania za pomocą ankiet, rozmów, wizytacji oraz danych z sądów i prokuratury. Materiały z V Konferencji Szkoleniowo-Naukowej „Prawa pacjentów” w Pruszkowie; 1997.
7. Dąbrowski S, Welbel S, Brodniak WA. Realizacja ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w 1998 r. *Post Psychiatr Neurol.* 1999; 8 (2): 235–244.
8. Dąbrowski S, Brodniak WA, Welbel S. Ocena przestrzegania przepisów o zgodzie na leczenie w szpitalu psychiatrycznym. *Psychiatr Pol.* 2005; 39 (1): 139–150.
9. Langiewicz W. Monitorowanie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w latach 1996–2005. Materiały z Narady Konsultantów Wojewódzkich w dziedzinie psychiatrii i dyrektorów szpitali psychiatrycznych. 30.10.2006, Warszawa, IPiN.
10. Sprawozdanie z realizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz aktualne problemy psychiatrycznej opieki zdrowotnej (1998); 1–19, materiały własne IPiN.
11. Sprawozdanie z realizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (lata 1999–2001). Ministerstwo Zdrowia, 2002; 24–32.

Wpłynęło: 31.01.2008. Zrecenzowano: 12.03.2008. Przyjęto: 17.03.2008.

Adres: Mgr Wanda Langiewicz, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa