

Ocena przestrzegania przepisów o zgodzie na leczenie w szpitalu psychiatrycznym

Evaluation of keeping in accordance with the rules and regulations on the consent for treatment in a psychiatric hospital

Stanisław Dąbrowski, Włodzimierz A. Brodniak, Stefan Welbel

Z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
Dyrektor: doc. dr hab. n. med. D. Ryglewicz

Summary

Aim: The aim of the paper was to evaluate the frequency of abiding the rules on the consent for treatment in a psychiatric hospital.

Method: 200 patients who were admitted to 4 psychiatric hospitals were studied with a structured questionnaire. In a random-purpose selection, patients with dementia, lower intellectual capability and those who were incapacitated were not taken into account.

Results and conclusions: Amongst the 200 patients admitted for a psychiatric hospital treatment 73 (36.5%) confirmed a conscious informed consent, 25 (12.5%) agreed but according to the researchers they were not capable to express conscious consent, but 102 (51%) did not agree to being treated. The first group was dominated by women (57.5%). 17.8% of the patients from this group were directed to hospital with no prior examination. 97.3% expressed conscious agreement to treatment, whilst 2.7% were hesitant. In the second group the ratio of women to men was similar. Only one patient was directed to the hospital with no prior examination. 68.0% patients expressed conscious agreement to treatment and 32.0% were hesitant. In the third group, there were more men – 55.9%. 27.5% of the patients were sent to hospital with no examination prior to that. 76.5% of the patients had expressed a conscious agreement to being treated and 23.5% were hesitant.

In the 1st group non-psychotic disorders dominated over the schizophrenic psychoses, amongst these there were affective disorders – 37% and others.

In the 2nd group the schizophrenic psychoses definitely were the most common – 60% amongst the other disorders. The treatment of these individuals required formal consent – notification of the court – which was not done in any single case.

In the 3rd, the schizophrenic psychoses also were those most frequently present – 40.2% over other diagnoses amongst which there were affective disorders – 23.5%, and others. The persons studied were not asked for consent, amongst these – 63.7% were solely informed and treated, whilst 36.3% were not even informed and treated. The differences between the three groups in the distribution of the diagnoses are statistically significant.

Słowa klucze: zgoda na leczenie, pacjent szpitala psychiatrycznego

Key words: consent, psychiatric hospital patient

Celem pracy jest ocena przestrzegania przepisów o zgodzie na leczenie w szpitalu psychiatrycznym na podstawie badań retrospektywnych.

Ogólne przepisy o zgodzie na leczenie zawarte są w Ustawie o zawodzie lekarza (z.l.) z 5 grudnia 1996 r., a nie w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego (o.z.p.), która reguluje tylko postępowanie lecznicze w stosunku do osoby przyjętej bez zgody. Do podstawowych norm należy art. 32 ustawy o z.l.

Ust. 1 stanowi, że „Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta”.

Ust. 2 stanowi, że „Jeżeli pacjent jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe – zgoda sądu opiekuńczego”.

Ust. 7 przewiduje, że „Jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, zgoda osób wymienionych w ust. 1, 2 i 4 może być wyrażona ustnie albo nawet poprzez takie ich zachowanie, które w sposób nie budzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanemu przez lekarza czynnościom medycznym”.

Zgoda konkludentna lub dorozumiana jest rzeczywistą zgodą udzieloną nie za pośrednictwem słów (wypowiedzianych lub zapisanych), lecz innego sposobu zachowania wskazującego jednoznacznie na treść podjętej decyzji, np. potakiwanie lub zaprzeczanie głową, milczące poddanie się określonej czynności medycznej, zajęcie miejsca w fotelu dentystycznym, otwarcie ust itp.

Nie budząca wątpliwości zgoda na czynności medyczne musi być poprzedzona propozycją jasno określonej czynności medycznej, a sposób wyrażenia zgody musi być bezwzględnie jednoznaczny. Zgody dorozumianej nie można utożsamiać ze zgodą domniemaną, której faktycznie nie ma [1].

Podstawowe kryteria świadomej zgody są następujące:

- 1) kompetencja (formalna i faktyczna zdolność do wyrażenia zgody),
- 2) poinformowanie pacjenta w sposób przystępny o proponowanych czynnościach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania,
- 3) rozumienie informacji przez pacjenta,
- 4) swoboda (dobrowolność) wyrażenia zgody,
- 5) jednoznaczny sposób wyrażenia zgody.

Jest to tzw. pięcioterminowa definicja zgody wg Beauchampa i Childressa [2]. Wielu autorów wyodrębnia pierwsze 3 kryteria.

Pierwszym i najważniejszym kryterium zgody jest kompetencja – zdolność do podjęcia konkretnej decyzji, do wykonania określonej czynności. Wyróżnia się kompetencję formalną i faktyczną. Formalną, opartą na kryteriach prawnych, ma każda osoba dorosła po ukończeniu 18 r.ż., jeśli nie została ubezwłasnowolniona. Organiczne i inne choroby psychiczne mogą powodować trwałą lub przejściową utratę faktycznej zdolności do podejmowania decyzji i działania, np. sporządzenia testamentu, zawarcia umowy czy wyrażenia zgody na przyjęcie do szpitala lub na leczenie. Faktyczną kompetencję często musi oceniać każdy lekarz, a zwłaszcza psychiatra.

Według Beauchampa i Childressa [2] pacjent jest kompetentny w podejmowaniu

decyzji o zgodzie, jeśli: 1 – ma zdolność do zrozumienia treści przekazywanych mu informacji, 2 – umie ocenić te informacje w świetle uznawanych wartości, 3 – chce osiągnąć pewien skutek, 4 – może swobodnie komunikować swe życzenia pracownikom służby zdrowia lub badaczom. Nie ma dotychczas ogólnie przyjętej definicji ani narzędzi do mierzenia kompetencji do wyrażenia zgody na postępowanie medyczne.

Roth i wsp. [3] wyodrębnili pięć najczęściej stosowanych w praktyce testów oceny kompetencji uszeregowanych według stopnia trudności. Pacjent może być uznany za zdolnego do wyrażenia zgody na przyjęcie lub leczenie, jeśli: 1 – wykazuje zdolność do wyboru tej lub innej decyzji (zgadza się lub odmawia), 2 – wybór ten jest trafny, tj. zgodny z decyzją, którą podjęłaby rozsądna osoba w podobnej sytuacji, 3 – umie racjonalnie uzasadnić wybór (chodzi tu głównie o proces myślowy, a nie ostateczny wynik, jak w pkt 2), 4 – ma ogólną zdolność do rozumienia informacji istotnych w procesie podejmowania decyzji, 5 – rozumie aktualnie przekazaną mu informację (proponowaną metodę diagnostyczną lub leczniczą, dające się przewidzieć skutki jej zastosowania lub zaniechania i inne).

Kwestionariusz Kitamura i wsp. [4] zawiera 12 zmiennych. Pacjent jest zdolny do wyrażenia zgody, jeśli: 1 – zdaje sobie sprawę, że był informowany, 2 – rozumie, że ma prawo do podejmowania decyzji, 3 – wykazuje zdolność do wyboru, 4 – nie rezygnuje z prawa do decydowania, 5 – rozumie oczekiwane korzyści, 6 – rozumie możliwe ryzyko, 7 – rozumie alternatywne metody leczenia, 8 – chce się czuć lepiej, 9 – nie wykazuje patologicznych determinantów decyzji, 10 – rozumie korzyści wynikające z zaniechania leczenia, 11 – rozumie ryzyko wynikające z nieleczenia, 12 – ma wgląd.

W pracy Kitamura i wsp. [4] można znaleźć obszerny przegląd badań nad mierzaniem kompetencji.

Z porównania wyników badań nad kompetencją pacjentów z zaburzeniami psychicznymi i chorych somatycznie wynika, że istotna statystycznie część tych ostatnich była również niezdolna do zrozumienia informacji [5].

Badania na temat zgody na leczenie w szpitalu psychiatrycznym w Polsce ograniczają się do naszych własnych niepublikowanych prac, wykonanych w trzecim etapie ekspertyzy o przestrzeganiu praw pacjenta. Przy okazji badania zgody na przyjęcie do szpitala starano się ocenić również zgodę pacjentów na leczenie. Z badań tych wynikało, że większość pacjentów (co najmniej 70%) leczono bez zgody na konkretne leczenie, ponadto część z tych, którzy zgodzili się, nie była informowana o proponowanym leczeniu, a niektórzy z poinformowanych nie rozumieli propozycji [6].

Wydaje się, że fundamentalna regulacja zawarta w art. 32 Ustawy o zawodzie lekarza nie jest znana wielu psychiatrom udzielającym świadczeń zdrowotnych w szpitalu psychiatrycznym. Wielu z nich utożsamia zgodę na przyjęcie do szpitala ze zgodą na każde leczenie.

Przesłanką poniższych badań nad zgodą na leczenie były głównie rejestrowane przez rzeczników praw pacjentów szpitali psychiatrycznych skargi na brak informacji o chorobie i sposobie leczenia [7]. Stanowią one drugą co do częstości kategorię skarg (15,4%) po uciążliwościach pobytu w szpitalu (22,3%).

Cel, metoda, grupa badanych

Celem ogólnym pracy była ocena przestrzegania przepisów o zgodzie na leczenie w szpitalu psychiatrycznym. Celem szczegółowym – ocena częstości uwzględniania tych przepisów w leczeniu.

Badania przeprowadzono za pomocą kwestionariusza „Zgoda na leczenie w szpitalu psychiatrycznym”, który jest skróconą i zmodyfikowaną wersją kwestionariusza „Ocena przestrzegania praw pacjentów”. Zmiana polega na dodaniu uzupełniających skal dotyczących zgody na leczenie, które uwzględniają wspomniane kryteria świadomej zgody na leczenie (Czy na oddziale wyraził zgodę na leczenie? Czy został poinformowany o proponowanym leczeniu? Czy zrozumiał informacje? Czy wyraził zgodę na leczenie dobrowolnie, pod przymusem, nie pamięta?). W związku z brakiem pisemnej formy zgody i częstym nierespektowaniem przez lekarzy przyjmujących faktycznej zdolności do wyrażenia zgody na przyjęcie, skalę uzupełniono pytaniem do badającego – „Czy według opinii badającego (na podstawie danych z historii choroby, odpowiedzi pacjenta na pytania dotyczące wspomnianych kryteriów), zgoda pacjenta była wyrażona świadomie?”. Pytania zadawały i wypełniały kwestionariusze osoby badające.

Zbadano 200 pacjentów przyjętych za zgodą do 4 szpitali psychiatrycznych (3 dużych i 1 średniego), po 50 osób w każdym. W losowo-celowym doborze pacjentów nie uwzględniano osób głęboko otypiałych, z upośledzonym kontaktem intelektualnym, ubezwłasnowolnionych i małoletnich.

Wyniki

Wśród badanych było 100 mężczyzn i 100 kobiet, którzy mieli prawo do wyrażenia zgody lub odmowy na leczenie. Wiek: do 35 lat było 51 (25,5%), powyżej 35 lat – 149 (74,5%) osób. Bez skierowania przyjęto 33 (16,5%) pacjentów, a na podstawie podpisu bez daty – 49 (24,5%). Bez poprzedzającego badania skierowano do szpitala 42 (21,0%) osoby. Wśród rozpoznań przeważały psychozy schizofreniczne – 77 (38,5%), afektywne – 52 (26,0%), nad zaburzeniami urojeniowymi – 24 (12,0%), alkoholowymi – 20 (10,0%) i innymi – 27 (13,5%). Świadomą zgodę na przyjęcie wg opinii badających wyraziło 166 (83,0%) pacjentów, a wątpliwą – 34 (17,0%).

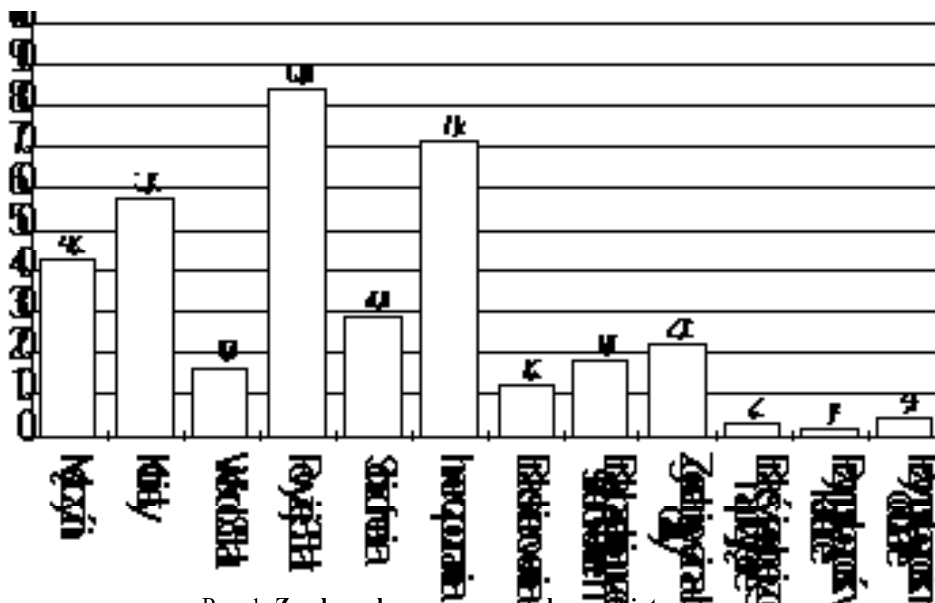
Badanych podzielono na 3 grupy:

Pierwsza grupa – 73 (36,5%) pacjentów, którzy potwierdzili na oddziale „świadomą” zgodę na leczenie.

Druga grupa – 25 (12,5%) pacjentów, którzy zgodzili się na leczenie na oddziale, lecz według badających nie byli zdolni do wyrażenia świadomej zgody.

Trzecia grupa – 102 (51,0%) pacjentów, którzy nie wyrazili zgody na leczenie.

Wśród 73 pacjentów pierwszej grupy przeważały kobiety – 42 (57,5%) nad mężczyznami – 31 (42,5%). Wiek: do 35 lat było 12 (16,4%), powyżej – 61 (83,6%) osób. Bez poprzedzającego badania skierowano do szpitala 13 (17,8%) pacjentów. Bez skierowania przyjęto 9 (12,3%) pacjentów, a na podstawie podpisu o zgodzie bez daty – 16 (21,9%). Świadomą zgodę na przyjęcie do szpitala wyraziło 71 (97,3%) pacjentów, a wątpliwą – 2 (2,7%) pacjentów.



Rys. 1. Zgoda na leczenie w szpitalu psychiatrycznym grupa I (n = 73)

Wśród rozpoznań przeważały zaburzenia afektywne – 27 (37,0%), alkoholowe – 10 (13,7%), urojeniowe – 9 (12,3%) i inne – 6 (8,2%) nad psychozami schizofrenicznymi – 21 (28,8%). Przymus bezpośredni w karetce pogotowia zastosowano wobec 1 (1,4%) pacjenta, a na oddziale wobec 3 (4,1%).

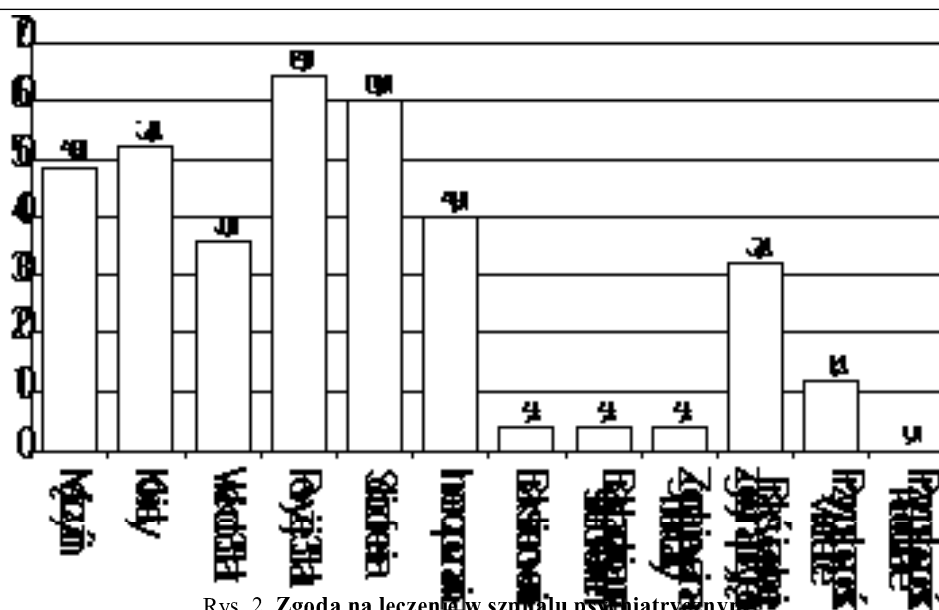
Wśród 25 pacjentów drugiej grupy było prawie tyle kobiet – 13 (52,0%) ilu mężczyzn – 12 (48,8%). Wiek: do 35 lat – 9 (36,0%), powyżej – 16 (64,0%). Bez poprzedzającego badania skierowano do szpitala tylko 1 (4,0%) pacjenta. Bez skierowania przyjęto 1 pacjenta, na podstawie podpisu bez daty – też 1 pacjenta. Świadomą zgodę na przyjęcie wyraziło 17 (68,0%), a wątpliwą – 8 (32,0%) pacjentów.

W tej grupie przeważali zdecydowanie pacjenci z psychozami schizofrenicznymi – 15 (60,0%) nad innymi rozpoznaniem – 6 (40,0%), w tym afektywnymi tylko 1 pacjent. Przymus bezpośredni zastosowano w karetce pogotowia wobec 3 (12,0%) pacjentów.

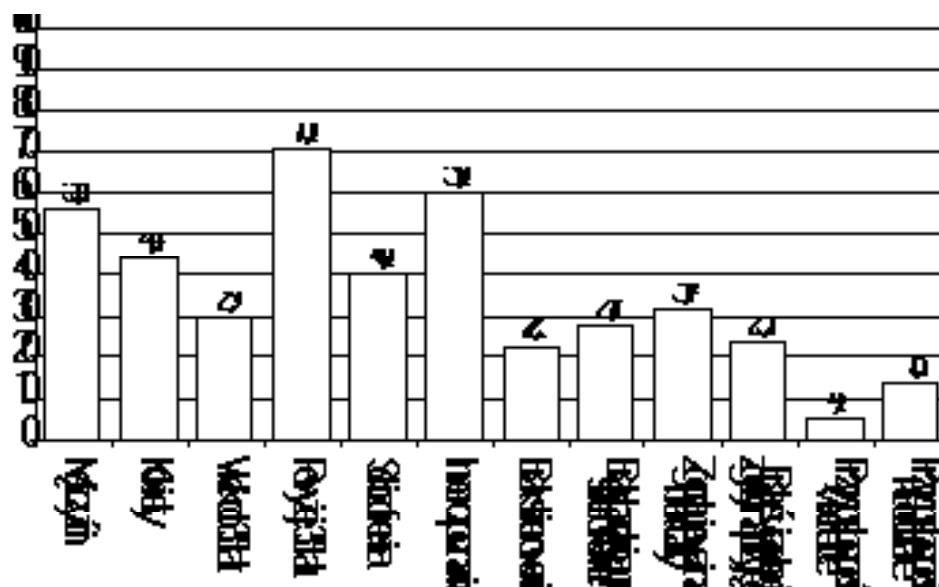
Większość – 19 (76,0%) pacjentów doznawało przy leczeniu poczucia presji. (Rysunek 2).

Wśród 102 pacjentów trzeciej grupy było więcej mężczyzn – 57 (55,9%) niż kobiet – 45 (44,1%). Wiek: do 35 lat – 30 (29,4%), powyżej – 72 (70,6%). Bez poprzedzającego badania skierowano do szpitala 28 (27,6%) pacjentów. Bez skierowania przyjęto 23 (22,5%), a na podstawie podpisu bez daty – 32 (31,4%) pacjentów. Świadomą zgodę na przyjęcie do szpitala wyraziło 78 (76,5%) pacjentów, a wątpliwą – 24 (23,5%).

Wśród rozpoznań przeważały psychozy schizofreniczne – 41 (40,2%) nad innymi poszczególnymi rodzajami: afektywnymi – 24 (23,5%), urojeniowymi – 11 (10,8%), alkoholowymi – 9 (8,8%) i pozostałymi – 17 (16,7%). Przymus bezpośredni w karetce pogotowia zastosowano wobec 5 (4,9%), a na oddziale – 14 (13,7%) pacjentów.



Rys. 2. Zgoda na leczenie w szpitalu psychiatrycznym grupa II (n = 25)



Rys. 3. Zgoda na leczenie w szpitalu psychiatrycznym grupa III (n = 102)

Z analizy trzeciej grupy wynika, że spośród 102 badanych, którzy nie wyrazili zgody na leczenie:

- 65 (63,7%) – nie pytano o zgodę, ale informowano i leczono,
- 37 (36,3%) – nie pytano o zgodę, nie informowano i też leczono. Spośród tych

pacjentów: 30 (29,4%) – nie doznawało przy leczeniu poczucia presji (przymusu pośredniego), 7 (6,9%) – doznawało poczucia presji.

Podsumowanie

Wśród 200 badanych, którzy potwierdzili wyrażenie zgody na przyjęcie i mieli prawo do wyrażenia zgody lub odmowy na leczenie, było – w wyniku celowego doboru – tylu mężczyzn ile kobiet. W 1 grupie badanych, którzy wyrazili zgodę na leczenie, przeważały kobiety (57,5%), w 2 grupie przewaga kobiet była nieznaczna, natomiast w 3 grupie było więcej mężczyzn (55,9%), jednakże różnice te nie są statystycznie istotne.

We wszystkich grupach przeważali badani powyżej 35 r.ż. (odpowiednio 83,6%, 64,0%, 70,6%), jednakże w 1 grupie było 16,4% pacjentów poniżej 35 r.ż., a w 3 grupie – 29,4% (różnica statystycznie istotna). Z powyższych danych wynika, że między zgodą na leczenie a wiekiem zachodzi dodatnia korelacja – im starszy pacjent tym częściej wyraża zgodę na leczenie, im młodszy, tym częściej nie wyraża zgody.

Z badania wynika, że znacząca część pacjentów trafiła do szpitala bez skierowania (16,5%) i bez ważnego podpisu (brak daty) pod zgodą (24,5%). Braki te dotyczyły w większym stopniu pacjentów 3. grupy (22,5% i 31,4%) niż 1. grupy (12,3% i 21,9%). Różnice te nie są statystycznie istotne. Ponadto wbrew wymogom art. 11 ustawy o o.z.p. znacznej części pacjentów (21,0%) nie badano osobiście przed skierowaniem, w 1. grupie – 17,8%, a w 3. grupie – 27,6%. Z wcześniejszej pracy [8] wynikało, że odsetek niebadanych osobiście był istotnie wyższy w przypadkach przyjęcia bez zgody (41,0%) niż za zgodą (25,0%).

Spośród 200 pacjentów przyjętych do szpitala za zgodą (wg lekarzy dyżurnych) świadomą zgodą (wg badających) wyraziło 166 (83,0%) osób, a budzącą wątpliwość – 34 (17,0%) osoby. Istotnie częściej wątpliwą zgodę wyrazili niezdolni do zgody na leczenie z 2. grupy – 8 (32,0%), i nie pytani o zgodę na leczenie z 3. grupy – 24 (23,5%), niż badani z 1. grupy, którzy zgodzili się na leczenie – 2 (2,7%).

Z badania wynika, że przymus bezpośredni w karetce pogotowia zastosowano wobec 9 (4,5%) wszystkich badanych (głównie z 3. grupy). Przymus na oddziale zastosowano wobec 17 (8,5%) badanych, w tym 3 (4,1%) badanych 1. grupy w formie przytrzymania, prawdopodobnie w celu podania leków, i wobec 14 (37,8%) badanych z 37-osobowej podgrupy 3. grupy, w formie unieruchomienia.

Zestawienie trzech grup z rozpoznaniem wykazało, że wśród 73 badanych, którzy potwierdzili zgodę na leczenie, przeważały inne zaburzenia psychiczne, głównie afektywne (71,2%), nad psychozami schizofrenicznymi (28,8%). Wśród 25 pacjentów niezdolnych do wyrażenia zgody przeważały psychozy schizofreniczne (60,0%) nad innymi zaburzeniami. Leczenie ich wymagało zawiadomienia i zgody sądu, czego w żadnym przypadku nie dopełniono. Wśród 102 badanych, którzy nie potwierdzili zgody na leczenie, przeważali badani z psychozami schizofrenicznymi (40,2%) nad innymi rozpoznaniem, w tym afektywnymi (23,5%) i innymi. W tej grupie badanych 65 (32,5%) nie pytano o zgodę, poinformowano i leczono, 37 (18,5%) nie pytano o zgodę, nie poinformowano i leczono. Różnice między trzema grupami w rozkładzie rozpoznań są istotne statystycznie.

Pierwsza grupa składała się z 73 (36,5%) badanych, którzy potwierdzili zgodę na

leczenie, otrzymanie informacji i zrozumienie jej. Zdajemy sobie sprawę, że interpretacja tego potwierdzenia może nastęrczać trudności:

- po pierwsze – nie jest jasne, czy i jak informacja została pacjentowi przekazana przez lekarza,
- po drugie – ocena zrozumienia informacji po upływie co najmniej dwóch lub więcej tygodni może również nasuwać zastrzeżenia. Z naszych wcześniejszych niepublikowanych badań sondażowych wynikało, że pacjenci lepiej pamiętali, że zostali poinformowani o projektowanym leczeniu, że swobodnie wyrazili zgodę, niż o czym konkretnie ich informowano i czy zrozumieli informację.

Niemniej jednak rozważana w 1. grupie niepełna zgoda wydaje się bardziej zbliżona do wymaganych standardów zgody niż w pozostałych grupach. Pośrednim potwierdzeniem tego jest najwyższa częstość nieschizofrenicznych zaburzeń i inne wspomniane wyżej, bardziej korzystne wskaźniki (brak skierowania i badania przed skierowaniem, nieważna zgoda na przyjęcie, przymus bezpośredni na oddziale).

Dostępne nam piśmiennictwo dotyczące badań empirycznych nad zgodą jest nie tylko nieliczne, lecz także oparte na małej liczbie pacjentów. Z badań Grossmana i Summersa [9] przeprowadzonych wśród 20 pacjentów schizofrenicznych wynika, że tylko 3 było w pełni poinformowanych i tylko oni wyrazili zgodę. Autorzy wnioskują, że przeciętny pacjent rozumie tylko połowę prezentowanych mu informacji. Podobny brak zdolności rozumienia informacji wykazał Appelbaum i wsp. [10], Palmer i Wohl [11], Olin i Olin [12]. Brown [13] sądzi, że im lepiej pacjent jest poinformowany, tym bardziej prawdopodobne, że wyrazi zgodę.

Nieco lepsze wyniki uzyskali Roth i wsp. [14]. Badania ich wykazały, że większość z 57 hospitalizowanych depresyjnych pacjentów psychiatry i sędziowie uznali jako zdolnych do wyrażenia zgody na leczenie EW, chociaż zgoda ich nie zawsze była oparta na pełnym zrozumieniu informacji, natomiast mniejszość badanych (25,0%) oceniono jako niekompetentnych. Według Rotha i wsp. [14] pacjenci z pełną kompetencją ogólną mają prawdopodobnie także specyficzną kompetencję do wyrażenia zgody na leczenie po odpowiednim poinformowaniu. Ponadto zwrócili uwagę na znaczenie zdroworozsądkowego podejścia do oceny kompetencji przynajmniej w ekstremalnych przypadkach – zdolności czy niezdolności do zrozumienia informacji.

Roth i wsp. podkreślali, że kompetencja jest nie tylko zmienną niezależną, lecz zależy m.in. od relacji ryzyko/korzyści proponowanego leczenia i od afektywnych czynników, zwłaszcza wtedy, gdy niewątpliwie psychiatryczny pacjent odmawia leczenia będąc przekonany, że jest psychicznie zdrowy.

Jednym z pięciu kryteriów świadomej zgody jest jednoznaczny sposób wyrażania zgody. To pozornie proste kryterium okazało się bardzo kłopotliwe ze względu na brak pisemnej zgody. Ustawa o zawodzie lekarza ograniczyła pisemną zgodę do interwencji medycznych o podwyższonym ryzyku (art. 34), natomiast zgoda na większość świadczeń w szpitalu psychiatrycznym może być wyrażona ustnie lub w inny dowolny, ale nie budzący wątpliwości sposób.

Druga grupa składała się z 25 (12,5%) osób. Jak wspomniano, w doborze pacjentów nie uwzględniono, z jednej strony – ubezwłasnowolnionych i nieletnich, czyli formalnie niekompetentnych, z drugiej – głęboko otępiących oraz osoby z upośledzonym kontaktem intelektualnym, a więc faktycznie niezdolnych do wyrażenia zgody. Mimo

tych wyłączeń okazało się, że 22 pacjentów tej grupy potwierdziło również wyrażenie zgody na leczenie, jednak zdaniem badających byli oni niezdolni do świadomego wyrażenia zgody (3 nie pamiętało). Niezdolność do wyrażenia zgody kojarzy się w tej grupie ze zdecydowaną przewagą psychoz schizofrenicznych (60,0%) nad innymi rozpoznaniem (urojeniowymi, organicznymi, alkoholowymi). Większość z nich – 19 (76,0%) akceptowała leczenie pod przymusem.

Stosownie do art. 32 ust. 2 każdy z tych pacjentów powinien być zgłoszony do sądu opiekuńczego, który wyraża zgodę na ich leczenie. Biorąc pod uwagę, że 19 z nich zgodziło się na leczenie pod przymusem, zawiadomienie jest tym bardziej niezbędne.

Trzecią grupę tworzyło 102 (51,0%) badanych; składała się z dwóch podgrup – 65 i 37 badanych.

Badani pierwszej podgrupy nie wyrazili zgody, bo ich o to nie pytano, ale potwierdzili otrzymanie informacji i zrozumienie jej. Interpretacja tego potwierdzenia również nastroża trudności. Zakładając, że lekarze rzeczywiście przekazali jakieś informacje, a pacjenci zrozumieli, należy stwierdzić, że:

- po pierwsze – ujawnienie informacji przez lekarzy jest koniecznym, ale nie jedynym warunkiem prawomocnej zgody,
- po drugie – wydaje się prawdopodobne, że:
 - w ramach paternalistycznych stosunków pacjenci mogą przywyknąć do tego, że lekarz lepiej wie, co zrobić i że on będzie decydować za nich;
 - w rachubę mogła wchodzić zgoda dorozumiana, wyrażona np. milczącym poddaniem się określonym zaleceniom lekarskim; zgoda dorozumiana musi być poprzedzona informacjami i może mieć miejsce w najprostszyc sytuacjach;
 - pacjenci mogli wyrazić przy przyjęciu blankietową zgodę „na wszelkie leczenie”, która nie ma żadnego prawnego znaczenia.

Podsumowując należy uznać, że wobec niepotwierdzenia zgody oraz wątpliwości dotyczących ujawniania i rozumienia informacji przez pacjentów pierwszej podgrupy nie zostały spełnione elementarne wymogi art. 19 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy o z.o.z. i art. 32 ust. 1 ustawy o z.l.

Badanych drugiej podgrupy (37 osób) nie tylko nie pytano o zgodę, lecz także nie informowano, co świadczy o nieliczeniu się z autonomią pacjentów przyjętych za zgodą, oraz o przedmiotowym traktowaniu ich. O tym może świadczyć stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia wobec 14 (37,8%) i poczuciu presji przy leczeniu u 7 (18,9%) pacjentów. Wydaje się, że u pacjentów tej podgrupy brak jest jakichkolwiek śladów uwzględnienia obowiązujących przepisów o zgodzie na leczenie.

Wnioski

1. Wśród 200 badanych przyjętych za zgodą do szpitali psychiatrycznych 73 (36,5%) potwierdziło świadomą zgodę na leczenie, 25 (12,5%) zgodziło się, lecz według badających nie byli oni zdolni do wyrażenia świadomej zgody, natomiast 102 (51,0%) – nie wyraziło na to zgody.
2. Wśród badanych pierwszej grupy, którzy wyrazili zgodę na leczenie, przeważały

Ziel: Das Ziel der Arbeit ist die Beurteilung der Anwendung der Vorschriften über die Einwilligung in eine Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus.

Methode: Mit Hilfe eines strukturalisierten Fragebogens wurden 200 Patienten untersucht, die in 4 psychiatrische Krankenhäuser aufgenommen wurden. Bei der Wahl der Patienten wurden die Personen mit Demenz, mit dem behinderten intellektuellen Kontakt, Entmündigte, Minderjährige nicht berücksichtigt.

Ergebnisse, Schlussfolgerungen: Unter 200 Patienten, die ins psychiatrische Krankenhaus mit Einwilligung aufgenommen wurden, bestätigten 73 (36,5%) eine bewußte Einwilligung in eine Behandlung, 25 (12,5%) willigten ein, aber nach den Forschern waren sie nicht imstande, eine bewußte Einwilligung zu erteilen, dagegen willigten 102 (51,0%) in eine Behandlung nicht ein. In der ersten Gruppe überwogen Frauen (57,5%). Ohne frühere Untersuchung wurden ins Krankenhaus 17,8% der Patienten aus dieser Gruppe eingewiesen. Eine bewußte Einwilligung in die Aufnahme ins Krankenhaus erteilten 97,3% und eine mutmaßliche – 2,7% der Patienten. In der zweiten Gruppe war der Prozentsatz der Frauen und Männer ähnlich. Ohne frühere Untersuchung wurde ins Krankenhaus nur ein Patient eingewiesen. Eine bewußte Einwilligung äußerten 68,0% und eine mutmaßliche 32,0% der Patienten. In der dritten Gruppe waren mehr Männer – 55,9%. Ohne frühere Untersuchung wurden ins Krankenhaus 27,5% der Patienten eingewiesen. Eine bewußte Einwilligung in die Aufnahme ins Krankenhaus äußerten 76,5% und eine mutmaßliche 23,5% der Patienten. In der ersten Gruppe überwogen nichtpsychotische Störungen, darunter affektive – 37% und andere, die schizophrenen Psychosen. In der zweiten Gruppe überwogen schizophrene Psychosen – 60% – die anderen Störungen. Für die Behandlung dieser Kranken war die Benachrichtigung und Genehmigung des Gerichts erforderlich, was in keinem Fall erfüllt wurde.

In der dritten Gruppe überwogen auch die Kranken mit schizophrenen Psychosen – 40,2%, die anderen Diagnosen, darunter affektive – 23,5% und andere. Die Untersuchten wurden nach der Einwilligung in die Behandlung nicht gefragt, 63,7% wurden benachrichtigt und behandelt und 36,3% nicht benachrichtigt und behandelt. Die Unterschiede zwischen diesen Gruppen sind in der Diagnoseeinteilung statistisch bedeutend.

L'estimation de l'observation des régulations concernant le consentement à l'hospitalisation psychiatrique

Résumé

Objectif: Estimer l'observation des régulations concernant le consentement à l'hospitalisation psychiatrique.

Méthode: On examine 200 patients, hospitalisés avec leur consentement, en utilisant le questionnaire structuré. Le choix des patients exclue les patients avec la démence, souffrants de déficits d'intelligence, juvéniles, privés de la volonté.

Résultats et conclusions: De ces 200 patients hospitalisés:

73 (36,5%) sont hospitalisés avec leur consentement, 25 (12,5%) – confirment leur consentement mais selon les examinateurs ils ne sont pas capables de le faire, 102(51%) n'ont pas exprimé leur consentement à l'hospitalisation. Les femmes dominant dans le groupe premier (57,5%). Elles sont hospitalisées sans l'examen médical précédent (17,8%). On note le consentement conscient chez 97,3%, le consentement douteux – chez 2,7%. Dans le deuxième groupe les proportions des hommes et des femmes restent les mêmes. On hospitalise seulement un homme sans l'examen précédent. Le consentement conscient est exprimé par 68%, le consentement douteux – par 32%. Le troisième groupe se compose dans sa majorité d'hommes – 55,9%. On y trouve 27,5% de patients sans l'examen précédent. Le consentement conscient est exprimé par 76,5%, le consentement douteux – par 23,5%.

Dans le premier groupe les troubles non psychotiques dominant (y compris les troubles affectifs – 37%) les psychoses schizophréniques.

Dans le deuxième groupe – on note surtout les psychoses schizophréniques – 60%. Ici la thérapie exige le consentement judiciaire et dans aucun cas il n'est pas demandé.

Dans le troisième groupe on voit la prédominance des psychoses schizophréniques – 40,2%

et des psychoses affectifs – 23,5%. Les patients n'expriment pas leur consentement à l'hospitalisation, 63,7% d'eux sont informés et hospitalisés, 36,3% – ils ne sont pas informés pourtant ils sont hospitalisés. Les différences de ces trois groupes quant au diagnostic sont importantes statistiquement.

Piśmiennictwo

1. Boratyńska M, Konieczniak P. *Prawa pacjenta*. Warszawa 2001.
2. Beauchamp TL, Childress JF. *Zasady etyki medycznej*. Warszawa 1996.
3. Roth LH, Meisel A, Lidz CW. *Tests of competency to consent to treatment*. Am. J. Psychiatry 1977; 134: 179–284.
4. Kitamura F, Tomoda A, Tsukada K, Tanaka M, Kawakami I, Mishima S, Kitamura T. *Method for assessment of competency to consent in the mentally ill: Rationale, development, and comparison with the medically ill*. Int. J. Law Psychiatry 1998; 21 (3): 223–244.
5. Tancredi L. *Competency for informed consent: conceptual limits of empirical data*. Int. J. Law Psychiatry 1982; 5 (1): 51–63.
6. Dąbrowski S, Brodniak W, Welbel S. *Zgoda na leczenie w szpitalu psychiatrycznym*. Streszczenia prac XL Naukowego Zjazdu Psychiatrów Polskich. Psychiatr. Pol. 2001; XXXV, 3, suplement: 52–53.
7. Dąbrowski S, Cieśnik-Miązek E, Jakubczyk B, Jankowiak M, Wiśniewska E. *Najczęstsze skargi pacjentów według sprawozdań rzeczników praw pacjentów szpitali psychiatrycznych*. Materiały Konferencji Szkoleniowo-Naukowej „Psychiatria Środowiskowa”, Tworki, 14–15.09.2001 r., s. 71–80.
8. Dąbrowski S, Brodniak W, Welbel S. *Ważniejsze nieprawidłowości w realizacji Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*. Post. Psychiatr. Neurol. 2002; 11 (3): 315–319.
9. Grossman TG, Summers F. *A study of the capacity of schizophrenic patients to give informed consent*. Hosp. Comm. Psychiatry 1980; 31: 205–206.
10. Appelbaum PS, Mirkin SA, Bateman AL. *Empirical assessment of competency to consent to psychiatric hospitalization*. Am. J. Psychiatry 1981; 138: 1170–1176.
11. Palmer AB, Wohl J. *Voluntary-admission: Does the patient know what he's signing?* Hosp. Comm. Psychiatry 1972; 23: 250–252.
12. Olin GB, Olin HS. *Informed consent in voluntary mental hospital admission*. Am. J. Psychiatry 1975; 132: 938–941.
13. Brown P. *Psychiatric treatment refusal, competence, informed consent*. Int. J. Law Psychiatry 1986; 8: 83–94.
14. Roth L, Lidz CW, Meisel A, Soloff PH, Kaufman K, Spiker DG, Foster FG. *Competency to decide about treatment or research: An overview of some empirical data*. Int. J. Law Psychiatry 1982; 5 (1): 29–50.

Otrzymano: 5.04.2004

Zrecenzowano: 17.05.2004

Przyjęto do druku: 6.07.2004

Adres: Stanisław Dąbrowski
Instytut Psychiatrii i Neurologii
Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia