

Przymusowa hospitalizacja psychiatryczna – struktura przyjęć bez zgody w trybie nagłym na przykładzie IPiN w Warszawie

Involuntary psychiatric holds – the structure of admissions on the example of Institute of Psychiatry and Neurology in Warsaw

Inga Markiewicz¹, Janusz Heitzman¹, Ewa Gardyńska-Ziamba²

¹ Klinika Psychiatrii Sądowej IPiN w Warszawie

² Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Summary

Aim. The aim of the study was to analyse the structure of involuntary psychiatric holds in Institute of Psychiatry and Neurology in Warsaw, throughout the year. Our research interests included socio-demographic profiles of the patients, time of admissions (time of a day/night/season), type of diagnoses at admission and suicide attempts preceding the admission. We also analysed the normative aspect of involuntary admissions, i.e. which Articles of the Polish Mental Health Act constituted the basis for these patients admission, and if the choice of articles was justifiable by a diagnosis of the mental disorder.

Methods. The primary research tool consisted of an original questionnaire allowing for the collection of relevant data. The material was submitted to statistical analysis, using primarily simple percentage methods.

Results. Involuntary psychiatric holds constituted 15.8% of the total number of admissions to the Institute of Psychiatry and Neurology (3,498 persons) in 2012. 522 persons with mental disorders were subject to involuntary admission on emergency basis (292 women and 260 men). Majority of patients was over 40 years old. The number of patients admitted to the Institute of Psychiatry and Neurology on emergency basis without the consent ranged from 38 to 62 people per month. Season did not differentiate significantly the number of admitted persons, majority of patients was admitted during the day (82%). Among the diagnosed patients, paranoid schizophrenia was the most frequent illness (43%), delirium tremens (7%), bipolar disorders (6%), dementia (5%), other psychotic disorders (5%), paranoid syndrome (5%), schizoaffective disorder (5%), other diagnoses (less than 1%). 4% of admissions to the Institute of Psychiatry and Neurology were due to attempted suicide. 37% of patients were admitted to

the Institute of Psychiatry and Neurology under Article 23.1 of the Mental Health Act, 34% under Article 22.2, in accordance with Article 24.1 – only 7% of patients. Invoking Article 28 of the Mental Health Act by doctors referred to 14% of patients admitted without consent.

Conclusions. Involuntary psychiatric admissions are common practice not only in Poland but in the world. The structure of involuntary admissions in the Institute of Psychiatry and Neurology in 2012 did not differ from data from other European countries. However, while quantitative measures describing the phenomenon of involuntary admissions are comparable, knowledge of each country's legal rules in relation to medical conditions is crucial for truly adequate comparisons. From the point of view of the Polish legal system it is essential for doctors, who decide on the admission of the patient against his will, to adequately evaluate the patient's condition in relation to statutory requirements that point to the need of such an admission. Involuntary hospitalisation and treatment first and foremost serve the welfare and protection of chief values of life and human health.

Słowa kluczowe: przymusowe przyjęcie do szpitala, zgoda, ustawa psychiatryczna

Key words: involuntary psychiatric admission, consent, Mental Health Act

Wstęp

Przymusowa hospitalizacja psychiatryczna od zawsze była przedmiotem dyskusji środowisk zarówno medycznych, kładących nacisk na konieczność leczenia chorych, jak i prawniczych, dbających o stronę legislacyjną powyższych działań i zabezpieczenie ewentualnych przyszłych roszczeń, oraz etycznych, stojących na straży autonomii, wolności woli i prawa do samostanowienia jednostki. Uchwalenie w 1994 r. Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (u.o.z.p.) spowodowało usankcjonowanie zasad postępowania z pacjentem psychiatrycznym w duchu poszanowania jego godności, podmiotowości i praw podstawowych przysługujących każdemu człowiekowi. Akt ten, po raz pierwszy w polskim ustawodawstwie, wprowadził szczegółowe uregulowania wzmocniające instytucjonalną ochronę praw pacjenta psychiatrycznego. Spośród szeregu istotnych przepisów prawnych (m.in. zapisu konstytuującego zasadę najmniejszej uciążliwości (art. 12 u.o.z.p.), zezwolenia na czasowe przebywanie pacjenta poza szpitalem psychiatrycznym (art. 14 u.o.z.p.) czy zasady szczególnej ochrony tajemnicy zawodowej (art. 50, 51, 52 u.o.z.p.) na szczególną uwagę zasługuje przepis o świadomej zgodzie osoby z zaburzeniami psychicznymi na leczenie i przyjęcie do szpitala psychiatrycznego (art. 3 pkt 4 u.o.z.p.) [1]. Przepis art. 22.1 u.o.z.p. *expressis verbis* stanowi, że „przyjęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego następuje za jej pisemną zgodą (...)” [2].

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, jako *lex specialis* w stosunku do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry [3], ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [4] oraz kodeksu cywilnego [5], w sposób odmienny reguluje pojęcie zgody wyrażanej przez osoby z zaburzeniami psychicznymi. Wedle jej przepisów oznacza ona swobodnie wyrażoną zgodę osoby z zaburzeniami psychicznymi, która – niezależnie od stanu jej zdrowia psychicznego – jest rzeczywiście zdolna do zrozumienia przekazywanej informacji o celu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, jej stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania (art. 3 pkt 4 u.o.z.p.) [2].

Z psychiatrycznego punktu widzenia pierwszym nasuwającym się problemem jest udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy osoba z zaburzeniami psychicznymi jest w ogóle zdolna do wyrażenia zgody, a dopiero potem, czy ją wyraża i czy zgoda, którą wyraziła, jest ważnie złożonym oświadczeniem woli. Rozstrzygnięcie tych zagadnień determinuje ewentualny tryb przyjęcia do szpitala i powoływanie się na odmienne podstawy prawne, tj. przy braku zgody – art. 23.1 i 24.1 u.o.z.p. oraz przy braku zdolności do wyrażenia zgody – art. 22.2 u.o.z.p. Wart podkreślenia jest fakt, że w sytuacji braku tej szczególnej definicji zgody ujętej w art. 4 ust. 3 u.o.z.p. każde oświadczenie woli, w tym zgoda na badanie czy przyjęcie do szpitala osoby z zaburzeniami psychicznymi, na mocy art. 82 kodeksu cywilnego mogłoby zostać podważone, odbierając tym samym osobie z zaburzeniami psychicznymi prawo do samostanowienia [6].

W ustawodawstwie przyjęto jako naczelną zasadę prawo pacjenta z zaburzeniami psychicznymi do wyrażenia zgody (odmowy) na udzielenie świadczeń zdrowotnych oraz na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego (art. 22.1 u.o.z.p.) [7]. Wyjątki od powyższej reguły, a mianowicie przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi bez jej zgody, są wymienione w ustawie i nie można ich interpretować rozszerzająco. Odstępstwo od zasady pozyskania zgody może usprawiedliwiać stan nagły, uzasadniający stosowanie środków przymusu bezpośredniego oraz przyjęcie do szpitala psychiatrycznego i leczenie pacjenta bez jego zgody, co przez niektórych autorów bywa traktowane jako przymus *sensu largo* [8]. Ustawa dopuszcza pominięcie zgody pacjenta na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego tylko przy spełnieniu określonych w ustawie przesłanek i przy zachowaniu szczególnego trybu.

Z punktu widzenia lekarza psychiatry istotne jest nie tylko, czy osoba z zaburzeniami psychicznymi kwalifikuje się do przyjęcia bez zgody, ale także na podstawie jakiego artykułu Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego powinno owe przyjęcie nastąpić. Jest to ważne zarówno z punktu widzenia dalszej procedury prawnej, terminów, wymogów i obowiązków względem sądu opiekuńczego, które lekarz/ordynator/dyrektor szpitala musi spełnić, aby przyjęcie było zgodne z prawem, jak i ze względu na konieczność wyboru dopuszczalnego postępowania medycznego i właściwej formy leczenia (np. co do zasady farmakoterapii nie można stosować w sytuacji przyjęcia w trybie nagłym na podstawie art. 24 u.o.z.p. przez cały 10-dniowy okres obserwacji psychiatrycznej).

Sama procedura przyjęcia pacjenta do szpitala psychiatrycznego bez jego zgody, jak i legitymacja do leczenia go w sytuacji, gdy on jawnie protestuje, stanowi wyjątek od nadrzędnej zasady autonomii woli pacjenta i jest „legalnym” naruszeniem jego wolności. Ponieważ przyjęcia do szpitala psychiatrycznego z pominięciem zgody pacjenta są obwarowane prawnymi, medycznymi i administracyjnymi ograniczeniami, w celu przeciwdziałania ich nadużywaniu oraz w celu ochrony prawa pacjenta do godnego traktowania i ochrony jego zdrowia, warto przyjrzeć się bliżej zarówno procedurze – pod względem jej legalności, jak i samemu zjawisku – podejmując próbę jego opisu z uwzględnieniem różnych kryteriów, tym bardziej że zjawisko przymusowej hospitalizacji występuje w Polsce i na świecie na szeroką skalę.

Cel

Celem badania było poznanie ogólnej struktury przyjęć pacjentów z zaburzeniami psychicznymi w trybie nagłym bez ich zgody w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie w okresie całego roku. W obrębie zainteresowań badawczych znalazł się zarówno aspekt socjodemograficzny przyjmowanych osób, okoliczności przyjęć, liczba przyjęć pierwszorazowych, a także częstotliwość przyjęć ze względu na porę dnia/nocy/roku. Podjęto również analizę takich przyjęć z punktu widzenia medycznego, tj. przeanalizowano najczęściej stawiane diagnozy u pacjentów przyjmowanych do szpitala psychiatrycznego bez zgody, a także zbadano, czy – i ewentualnie jak często – przyjęcia w trybie nagłym bez zgody poprzedzała próba samobójcza lub inne samouszkodzenia. Mając na względzie różnorodność zaburzeń psychicznych stwierdzonych u pacjentów przyjmowanych bez zgody oraz odmienność okoliczności ich przyjmowania, a tym samym różne przesłanki, wedle których ustalano celowość i konieczność przyjęcia osób z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego bez ich zgody, przeanalizowano także przymusowe hospitalizacje pod względem normatywnym, tj. na mocy których artykułów z Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego pacjenci byli przyjmowani i czy można te zależności uzasadnić z punktu widzenia stawianej diagnozy przy przyjęciu. Dokonano także oceny uzasadnień lekarskich pod względem spełnienia przesłanek wynikających z przepisów u.o.z.p. dotyczących przyjęć bez zgody. Ta część badań stanowi jednak obszerny materiał wymagający szczegółowego omówienia w odrębnej publikacji.

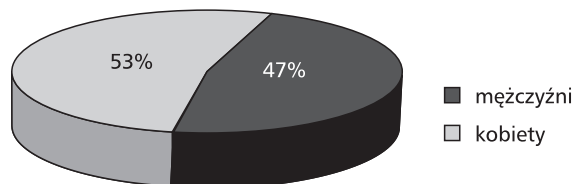
Material i metoda

Niniejsze badania oparte zostały na analizie 552 wniosków skierowanych do Sądu Rejonowego w Warszawie, Wydziału Rodzinnego i Nieletnich, w sprawach przyjęć bez zgody do Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie w roku 2012. Do badań skonstruowano autorski kwestionariusz pozwalający na zebranie potrzebnych danych zawartych we wnioskach skierowanych do sądu, a następnie całość materiału opracowano statystycznie przede wszystkim z zastosowaniem prostych miar odsetkowych, w celu odpowiedzi na postawione przez badaczy pytania.

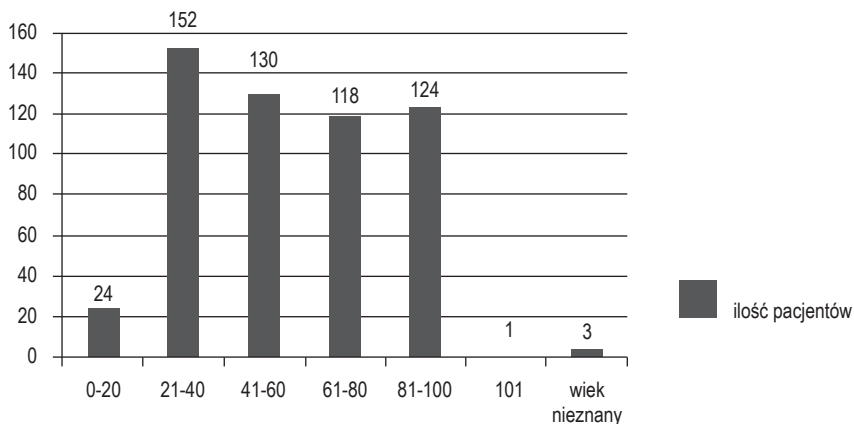
Wyniki

W roku 2012 do Instytutu Psychiatrii i Neurologii w trybie nagłym bez zgody przyjęto 552 osoby z zaburzeniami psychicznymi. Wśród ogólnej liczby osób zostało przyjętych: 292 kobiety (53%) oraz 260 mężczyzn (47%). Rozkład płci pacjentów przyjętych bez zgody przedstawia wykres 1.

Ogólna struktura wiekowa przedstawiała się następująco: przyjęto 24 osoby w wieku do 20 lat (4%), od 21 do 40 lat – 152 osoby (28%), od 41 do 60 lat – 130 osób (24%), od 61 do 80 lat – 118 osób (21%), od 81 do 100 lat – 124 osoby (22%), jedną osobę w wieku powyżej 100 lat, a wiek trzech osób nie był znany. Strukturę wieku pacjentów przyjętych bez zgody przedstawia wykres 2.



Wykres 1. Rozkład płci pacjentów przyjętych bez zgody

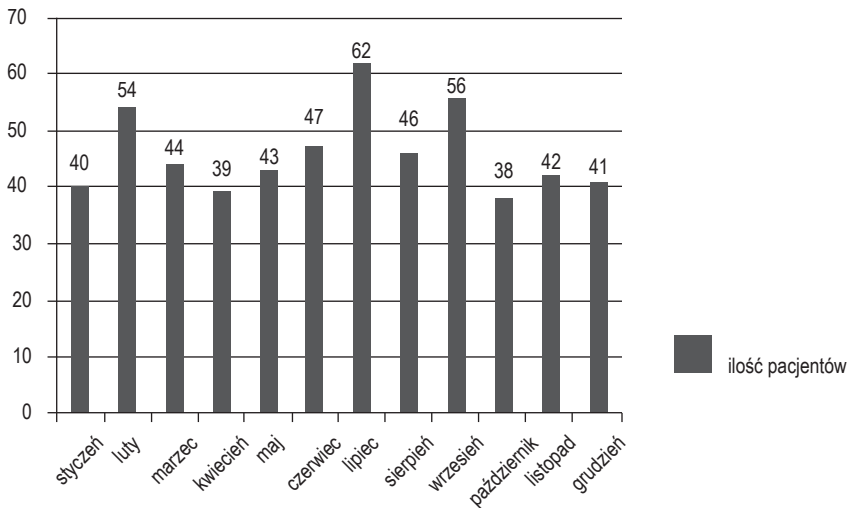


Wykres 2. Struktura wieku pacjentów przyjętych bez zgody

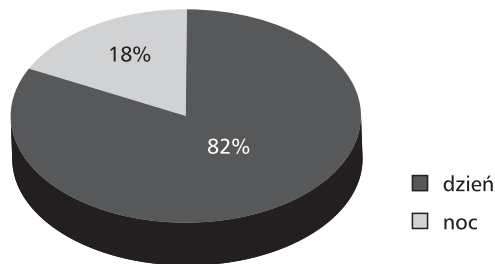
Liczba pacjentów przyjętych bez zgody w trybie nagłym w poszczególnych miesiącach była zbliżona i wahała się od 38 osób do 62 miesięcznie. Najwięcej przyjęć odnotowano w lipcu – 62, co stanowiło 11% ogółu wszystkich przyjęć, a najmniej w październiku – 38 osób (7%). Przyjęcia chorych w poszczególnych miesiącach roku przedstawia wykres 3.

W przeważającej większości przyjęcia w trybie nagłym bez zgody odbywały się w ciągu dnia (tj. między godz. 6.00 a 22.00) – 454 osoby spośród ogólnej liczby 552, co stanowiło 82% wszystkich przyjęć w 2012 r. W porze nocnej przyjęto 98 osób (18%). Liczbę pacjentów przyjętych bez zgody w ciągu dnia i w porze nocnej obrazuje wykres 4.

W 153 przypadkach (na 552) przy przyjęciu została postawiona diagnoza z podaniem jednostki nozologicznej. W pozostałych przypadkach uzasadnienie przyjęcia do szpitala stanowił opis objawów, wskazujących na określoną chorobę/zespół, jednakże nie został on dookreślony. W grupie osób z jednoznacznie postawioną diagnozą przy przyjęciu najczęściej występowało rozpoznanie schizofrenii paranoidalnej – 66 osób, co stanowiło 43% wszystkich określonych rozpoznań. W 11 przypadkach zdiagnozowano majaczenie alkoholowe (7%), w dziewięciu ChAD (6%), zespół otępienny rozpoznano u ośmiu osób (5%), podobnie jak inne zaburzenia psychotyczne – u siedmiu osób (5%). U 5% zdiagnozowano zespół paranoidalny, identycznie jak w przy-



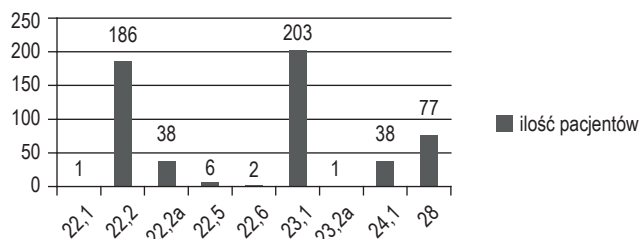
Wykres 3. Liczba pacjentów przyjętych bez zgody w poszczególnych miesiącach roku



Wykres 4. Liczba pacjentów przyjętych bez zgody według pory przyjęcia

padku zaburzeń schizofraktywnych (5%) i organicznych zaburzeń urojeniowych (5%). Spośród innych diagnoz, których częstotliwość rozpoznania oscylowała wokół 1%, wymienić można m.in. abstynencyjny zespół alkoholowy, chorobę Parkinsona, depresję, mutyzm psychogeny, przemijający atak niedokrwienny mózgu (transient ischemic attack – TIA), otępienie w chorobie Alzheimera, uzależnienie alkoholowe oraz uzależnienie od innych substancji psychoaktywnych, zespół amnestyczny, zespół katatoniczny, zespół urojeniowy – w przebiegu choroby Alzheimera albo w przebiegu alkoholowego zespołu abstynencyjnego.

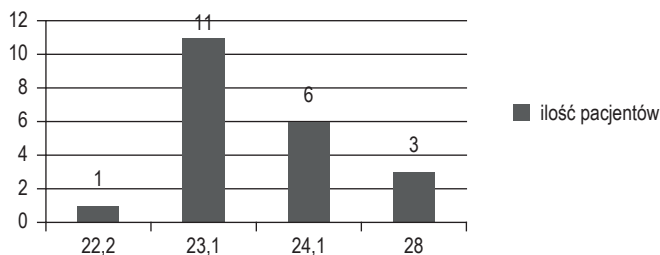
Ten szeroki wachlarz rozpoznań, jak również inne, nie wyróżnione tu zaburzenia funkcji psychicznych stały się podstawą przymusowej hospitalizacji 552 pacjentów. Po spełnieniu dodatkowych przesłanek, przy zaistnieniu szczególnych okoliczności, lekarze kwalifikujący daną osobę do przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez zgody powoływali się we wnioskach na różne podstawy prawne, co obrazuje wykres 5.



Wykres 5. Podstawy prawne (art. u.o.z.p.) przyjęć bez zgody

Najwięcej osób, bo aż 203 (37%), zostało przyjętych na podstawie artykułu 23.1 u.o.z.p., równie duży odsetek osób, bo 34%, tj. 186 osób, przyjęto, powołując się na art. 22.2 rzezoney ustawy. Odmowa udzielenia wypisu (na podst. art. 28), co w niniejszym badaniu potraktowane zostało jako zatrzymanie pacjenta bez jego zgody, odnotowana została w 77 przypadkach, co stanowi 14% ogółu. Przyjęcie w trybie art. 24.1 stanowiło jedynie 7%, co w przeliczeniu na osoby dawało liczbę 38.

21 osób, tj. 14 kobiet i 7 mężczyzn (4% wszystkich przyjęć bez zgody), zostało przyjętych do szpitala psychiatrycznego bezpośrednio po próbie samobójczej lub innych samouszkodzeniach. Większość z nich została przyjęta na podstawie art. 23.1 u.o.z.p. (11 osób), sześciu pacjentów natomiast przy zastosowaniu art. 24.1. Tylko u jednej osoby, która nie była zdolna do wyrażenia zgody przy przyjęciu, opisano stan po próbie samobójczej (nadużycie leków). Wykres 6 przedstawia liczbę pacjentów po próbach samobójczych przyjętych na podstawie poszczególnych artykułów u.o.z.p.



Wykres 6. Liczba pacjentów po próbach samobójczych przyjętych według art. u.o.z.p.

Biorąc pod uwagę ogół wszystkich przyjęć na oddziały całodobowe do szpitala psychiatrycznego, których w IPIŃ w 2012 r. było 3 498, przyjęcia bez zgody stanowiły 15,8%.

Omówienie wyników

Jak obrazują powyższe dane, odsetek przyjęć bez zgody w trybie nagłym w roku 2012 w Instytucie Psychiatrii i Neurologii stanowi wynik mieszczący się w średniej wyników europejskich. Z piśmiennictwa wynika, że w zależności od kraju oraz obowiązujących w nim procedur procent przyjęć bez zgody do szpitali psychiatrycznych oscyluje od 2–3 do nawet 40 w stosunku do wszystkich przyjęć [9]. Trudno tu jednak o miarodajne i dokładne porównanie oraz szersze odniesienie do przeprowadzonych badań, gdyż każde państwo w odrębny sposób reguluje zasady przyjęć bez zgody. Można jednakże wynik osiągnięty w IPIŃ (15,8%) z 2012 r. porównać z wynikami badań wielośrodkowych przeprowadzanych w Polsce w latach 1995–2006. W Polsce odsetek pacjentów hospitalizowanych bez zgody w roku 1995 wynosił 7,8%, w 1996 – 9,8%, a w 1997 r. wzrósł do 10%, po czym obniżył się do 9,7% w 2008 r. [10].

Reasumując, stwierdzić można, że w pierwszym dziesięcioleciu obowiązywania Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego odsetek przyjęć bez zgody do szpitali psychiatrycznych wahał się od 7,5% do 9,5% [11]. Zestawiając te wyniki z wynikami badań z IPIŃ, stwierdzić należy, że w 2012 r. odsetek przyjęć bez zgody w IPIŃ był niemalże dwa razy wyższy od wartości procentowej uzyskanej w ogólnopolskich badaniach przeprowadzonych w latach 1995–2006. Wynik ten trudno wytłumaczyć, nawet biorąc pod uwagę wzrost liczby osób cierpiących na zaburzenia psychiczne oraz coraz powszechniejsze zgłaszanie się do specjalisty. Pomimo wzrostu świadomości społecznej i coraz szerszej wiedzy o chorobach psychicznych – jak widać – chorzy bardzo często nie wyrażają zgody na hospitalizację, skutkiem czego konieczne jest leczenie przymusowe.

Badania własne przeprowadzone w IPIŃ ukazują, że kobiety częściej niż mężczyźni były przyjmowane w trybie nagłym bez zgody (53% do 47%), co pozostaje w sprzeczności z wynikami badań ogólnopolskich, które były dokładnie odwrotne (52% – mężczyźni, a 48% – kobiety) [9]. W obu przypadkach różnice w liczbie kobiet i mężczyzn nie są jednak znaczące, co pozwala twierdzić, że płeć nie stanowi w tym przypadku determinanty braku chęci do wyrażenia zgody na leczenie psychiatryczne.

Analiza przyjęć do szpitala psychiatrycznego w trybie nagłym bez zgody pod względem wieku osób przyjmowanych, wykazała, że w IPIŃ największą grupę stanowili pacjenci w przedziale wiekowym 20–40 lat (28%). Wyniki dla pozostałych grup rozkładały się podobnie i w miarę równomiernie (od 21 do 24%). Jednakże biorąc pod uwagę dychotomiczny podział na osoby przed 40 r.ż. i po 40 r.ż., odsetek pacjentów z grupy drugiej przyjmowanych do IPIŃ był znacznie wyższy, bo sięgał w sumie 68%. Podobnych obserwacji dokonano również we wspomnianych już wcześniej badaniach ogólnopolskich [4], gdzie ów odsetek wyniósł aż 82%.

W wyniku przeprowadzonych w IPIŃ badań stwierdzono, że pora roku (miesiące letnie/jesienno-zimowe) nie różnicują istotnie liczby przyjęć pacjentów bez zgody. Najprawdopodobniej wynik byłby inny, biorąc pod uwagę ogólną liczbę przyjęć do IPIŃ w 2012 r., w tym w szczególności z powodu depresji i innych zaburzeń afektywnych, których pierwsze epizody, jak również nawroty, bardzo często łączą się z określoną sezonowością.

Istotnym z punktu widzenia chociażby organizacyjnego (dyżury nocne, Izba Przyjęć) jest fakt, że przyjęcia bez zgody w nocy stanowią jedynie 18% wszystkich przymusowych hospitalizacji w trybie nagłym. Procent tych przyjęć w stosunku do wszystkich przyjęć w ciągu roku to zaledwie 2,8%. Chociaż nie zbadano tzw. nocnych przyjęć po uprzednim wyrażeniu zgody przez pacjentów, to jednak doświadczenie życiowe pozwala wnioskować, że przyjęcia za zgodą i w trybie planowym w większości odbywają się w ciągu dnia. Przyjęcia w godzinach nocnych odbywają się zazwyczaj w stanach nagłych, często problemowych, wymagających natychmiastowej i zdecydowanej interwencji lekarskiej.

Osobom, które zostały przyjęte do IPiN bez zgody w trybie nagłym, najczęściej stawiano rozpoznanie schizofrenii (43% wszystkich diagnoz przy przyjęciu). Podobne rezultaty, jeśli chodzi o dominujące rozpoznanie, uzyskali Pudło i wsp. [12]. Wedle przeprowadzonych przez nich badań, na 1 836 osób przyjętych od stycznia 1995 do stycznia 1996 roku do szpitala psychiatrycznego w Toszku bez wymaganej zgody przyjęto 165 osób, w tym u 72 ustalono rozpoznanie psychoz schizofrenicznych. Do II Kliniki Psychiatrycznej w Tarnowskich Górach, wedle badań przeprowadzonych w tym samym roku przez tych samych autorów, przyjęto ogółem 499 osób, w tym wśród rozpoznań pacjentów przyjętych bez zgody także dominowała diagnoza psychoz schizofrenicznych. Badania Paulsena [13], przeprowadzone w Danii, poświęcone problemowi rozpoznania psychiatrycznych u pacjentów przyjętych przymusowo do szpitali psychiatrycznych, ukazały, że i tam najczęściej przyjmowane bez zgody są osoby z rozpoznaniem różnych postaci schizofrenii. Obraz najczęściej stawianych diagnoz pacjentom przyjmowanym bez zgody do IPiN w 2012 r. jest zatem potwierdzeniem powyżej przedstawionego trendu, istniejącego zarówno w badaniach polskich, jak i zagranicznych. U zaskakująco małej liczby osób, bo jedynie u 5% przyjmowanych do IPiN bez zgody, rozpoznano zespół otępienny. Wynik ten zastanawia, biorąc pod uwagę choćby liczbę osób przyjętych bez zgody, których wiek przekracza 80 lat (osoby te stanowiły 22% wszystkich przyjęć bez zgody). Mały odsetek rozpoznania zespołu otępiennego w ogólnej liczbie przyjętych do IPiN bez zgody pozostaje również w dysproporcji do procenta osób (aż 34%), dla których podstawę prawną przyjęcia stanowił art. 22.2 u.o.z.p., właściwy dla przyjęć do szpitala osób niezdolnych do wyrażenia zgody. Spośród innych rozpoznań u pacjentów przyjętych na podstawie art. 22.2 u.o.z.p. w IPiN wymienić należy: majaczenie alkoholowe, uzależnienie od alkoholu, abstynencyjny zespół alkoholowy, chorobę Alzheimera, padaczkę, zespół amnestyczny, zaburzenia świadomości, wczesnodziecięce porażenie mózgowe, przy założeniu, że pacjent w wyniku tych zaburzeń nie był w stanie wyrazić zgody na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego.

Jak już zostało wspomniane, najwięcej pacjentów przyjęto bez zgody do IPiN na podstawie art. 23.1 u.o.z.p., przy oczekiwanej dominującej diagnozie schizofrenii. Zastanawia jednak fakt, że zaledwie w 7% powołano się przy przyjęciu na art. 24.1 u.o.z.p. Proporcje liczby osób, co do których jako podstawę przyjęcia bez zgody do IPiN stanowił art. 24.1 u.o.z.p., w stosunku do liczby osób przyjętych na podstawie art. 23.1 u.o.z.p. są dalece odmienne od wyników badań ogólnopolskich przeprowadzonych w latach 2004–2005 przez Dąbrowskiego i wsp. [9]. Z analizowanych akt sądowych

(z 18 okręgów sądowych) wynika, że w trybie nagłym przyjęto 436 pacjentów, z czego na podstawie art. 23.1 przyjęto 72,2%, natomiast na podstawie art. 24.1 – 22,2%. Liczba osób przyjętych bez zgody w trybie art. 24.1 u.o.z.p. i tu jest mniejsza, nie stanowi ona jednak krańcowo niskiej wartości, tak jak w przypadku wyników badań przeprowadzonych w IPiN.

Z treści art. 24.1 wynika, że znajduje on zastosowanie przy przyjęciu do szpitala osób, u których dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych (NIE choroby psychicznej!) zagrażają bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, zachodzą wątpliwości, czy są one chore psychicznie, a przyjęcie tych osób do szpitala następuje w celu wyjaśnienia wątpliwości. Pobyt w szpitalu takich osób nie może trwać dłużej niż 10 dni, a po tym terminie albo osoba jest wypisywana z powodu braku wskazań do dalszego leczenia, albo następuje zmiana kwalifikacji prawnej i rozpoczęcie trybu przyjęcia zgodnie z rygorem art. 23.1 u.o.z.p. oraz uruchomienie po raz kolejny całej procedury sądowej. Rzadkie powoływanie się na art. 24.1 u.o.z.p. przez lekarzy psychiatrów IPiN może wynikać z kilku przyczyn: 1) pojawiania się w 2012 r. w Izbie Przyjęć – oprócz osób niezdolnych do wyrażenia zgody – niemalże wyłącznie osób chorych psychicznie, które należy przyjmować w trybie art. 23.1; 2) braku jakichkolwiek wątpliwości przyjmujących lekarzy co do tego, czy pacjentami są osoby chore psychicznie, czy wykazujące inne zaburzenia psychiczne – z rozstrzygnięciem na „korzyść” tych pierwszych; 3) wygody, gdyż tryb przyjęcia z art. 24.1 u.o.z.p. wymaga dodatkowego zawiadomienia sądu po upływie 10 dni od przyjęcia, a w przypadku konieczności dalszego leczenia na oddziale z powodu zdiagnozowanej w trakcie obserwacji choroby psychicznej – zachowania kolejnych terminów i spełnienia dodatkowych wymogów proceduralnych. Wspomnieć należy również, że w stosunku do pacjenta przebywającego na oddziale jedynie na obserwacji (24.1 u.o.z.p.) obowiązują odmienne zasady postępowania leczniczego, np. brak jest możliwości leczenia farmakologicznego, co w przypadku pacjentów „uciążliwych” stanowi kolejną trudność w postępowaniu z pacjentem psychiatrycznym. Przyczynę bardzo rzadkiego, w stosunku do innych kwalifikacji prawnych, powoływania się przy przyjęciu na art. 24.1 trudno ustalić, niemniej jednak warta podkreślenia jest ta duża dysproporcja. Dominującą tendencję kwalifikacji pacjentów do przyjęcia na podstawie art. 23.1 u.o.z.p. należałoby zanalizować również z innej przyczyny, a mianowicie zbyt pochopne i szybkie przypisywanie oraz diagnozowanie u osób przyjmowanych do szpitala psychiatrycznego (szczególnie pierwszorazowo) choroby psychicznej może doprowadzić do stygmatyzacji tych osób, zarówno w odbiorze ich samych, jak i środowisk, w których żyją. Ostrożniejsza zatem wydaje się opcja przyjmowania do szpitala psychiatrycznego bez zgody, w razie choćby najmniejszych wątpliwości diagnostycznych, z art. 24.1 u.o.z.p., a następnie ewentualna zmiana kwalifikacji prawnej na art. 23.1 u.o.z.p.

Ostatnim aspektem analizy ilościowej w niniejszej pracy jest liczba osób przyjmowanych do szpitala bez zgody, a podejmujących próby samobójcze i inne samouszkodzenia bezpośrednio przed przyjęciem. Wyniki badań własnych wskazują, że jedynie nieznacznym procentem (4%) wszystkich przyjęć bez zgody stanowiły osoby, które podjęły próbę samobójczą bezpośrednio przed przyjęciem do szpitala. W grupie

21 osób, które dokonały samouszkodzeń, zdecydowanie przeważała płeć żeńska (14 kobiet i 7 mężczyzn).

Wnioski

Analizując przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez zgody na przykładzie danych uzyskanych z badań przeprowadzonych w IPiN w przedziale czasowym od stycznia do grudnia 2012 r., można sformułować następujące wnioski:

1. Ogólna liczba przyjęć bez zgody w IPiN nie odbiega od praktyki stosowanej w innych krajach europejskich, jednakże wskaźnik procentowy przymusowych hospitalizacji w IPiN w 2012 r. był niemalże dwa razy większy niż odsetek przyjęć bez zgody uzyskany w badaniach ogólnopolskich w pierwszych latach obowiązywania Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.
2. W liczbie przyjmowanych bez zgody do IPiN kobiety mają przewagę w stosunku do mężczyzn.
3. Zdecydowana większość przyjętych do IPiN pacjentów miała ukończony 40 r.ż.
4. Pora roku nie różnicuje istotnie liczby przyjęć pacjentów bez zgody. Przeważająca większość przyjęć bez zgody w trybie nagłym jest realizowana w ciągu dnia, a w porze nocnej – jedynie nieznaczna ich część.
5. Wśród ogółu osób przyjmowanych do IPiN bez zgody w trybie nagłym najczęściej stawianym rozpoznaniem jest schizofrenia paranoidalna. Jedynie wśród niewielkiego odsetka wszystkich przyjmowanych odnotowano próbę samobójczą bądź inny rodzaj samouszkodzeń bezpośrednio przed przyjęciem, ze znaczącą przewagą kobiet.
6. Podstawą prawną, na którą najczęściej powoływano się przy przyjęciach bez zgody do IPiN, jest art. 23.1. Lekarze Izby Przyjęć bardzo rzadko kwalifikują pacjentów do przyjęcia na obserwację psychiatryczną w trybie art. 24.1.

Piśmiennictwo

1. Heitzman J, Markiewicz I. *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego – podstawowe zagadnienia*. W: Wciórka J, Pużyński S, Rybakowski J. red. *Psychiatria, t. 3. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*. wyd. 2. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2012. s. 473–483.
2. Dz.U. z 1994, Nr 111, Poz. 535 z późn. zm., Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego.
3. Dz.U. z 2011 r., Nr 277, poz. 1634, Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry.
4. Dz.U. z 2012 r. poz. 159, Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
5. Dz.U. z 2014 r., Poz. 121, tekst jedn., Kodeks cywilny z dnia 23 kwietnia 1964 r.
6. Janiszewska B. *Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnątrzsystemowe*. Warszawa: C.H. Beck; 2013.

7. Drozdowska U, Wojtal W. *Zgoda i informowanie pacjenta*. Warszawa: Eskulap; 2010.
8. Pawłowski T, Kiejna A, Rymaszewska J. *Hospitalizacja bez zgody pacjenta jako źródło odczuwania przymusu*. *Psychiatr. Pol.* 2005; 39(1): 151–159.
9. Dąbrowski S, Brodniak WA, Langiewicz W, Welbel S. *Ocena orzecznictwa psychiatrycznego w sprawach przyjęcia bez zgody do szpitala*. *Post. Psychiatr. Neurol.* 2009; 18(3): 235–242.
10. Dąbrowski S, Welbel S, Brodniak WA. *Realizacja Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w 1998 r.* *Post. Psychiatr. Neurol.* 1999; 8: 235–243.
11. Brodniak WA, Langiewicz W, Welbel S. *Monitoring of the Polish Mental Health Act implementation in the years 1996-2005*. *BMC Psychiatry* 2007; 7(supl. 1): 1001.
12. Pudło R, Matysiakiewicz J, Rusek A, Sadownik M, Ziaja I. *Ustawa Psychiatryczna po roku. Przyjęcia bez wymaganej zgody w warunkach kliniki psychiatrycznej i szpitala psychiatrycznego*. Lublin: Materiały V Lubelskich Spotkań Naukowych (streszcz.); 1996.
13. Paulsen HD. *Diagnosis among committed and detained psychiatric patients in Denmark*. *Int. J. Law Psychiatry* 1997; 20(4): 459–468.

Adres: Inga Markiewicz
Instytut Psychiatrii i Neurologii
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9

Otrzymano: 17.08.2014
Zrecenzowano: 31.10.2014
Przyjęto do druku: 31.10.2014