

## **Czynniki zewnętrzne wpływające na długość pobytu w ośrodkach psychiatrii sądowej – badanie europejskie**

### **External factors influencing length of stay in forensic services – a European evaluation**

Catriona Connell<sup>1,2</sup>, Allan Seppänen<sup>3</sup>, Franco Scarpa<sup>4</sup>, Paweł Gosek<sup>5</sup>,  
Janusz Heitzman<sup>5</sup>, Vivek Furtado<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Warwick Medical School, University of Warwick, Coventry, UK

<sup>2</sup>Birmingham and Solihull Mental Health NHS Foundation Trust, Birmingham, UK

<sup>3</sup>Helsinki University Hospital, Psychiatry, Division of Psychoses and Forensic Psychiatry,  
Helsinki, Finland

<sup>4</sup>USL 11 Forensic Unit, Toscana, Italy

<sup>5</sup>Klinika Psychiatrii Sądowej, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, Polska

#### **Summary**

**Objectives.** A growing number of patients whose length-of-stay in forensic services is above average length are identifiable in several European countries. Forensic services are situated within a particular sociocultural setting. Accordingly, this trend to increased admission length cannot be solely attributed to patient characteristics. This is the first known study exploring the influence of external factors on length-of-stay in forensic services.

**Methods.** Representatives from 16 European countries, members of the international COST project, focused on forensic psychiatric service, analyzed their respective forensic services using a structured tool. Responses were combined and analyzed using thematic analysis.

**Results.** Four themes described the factors influencing length-of-stay: care and treatment pathways; resources; legal and systemic impact; and sharing expertise.

**Conclusions.** Findings suggest multidisciplinary consideration of the whole care pathway is required to address increased length-of-stay. Further research is required to support development of evidence-based standards applicable across Europe, and improve outcomes for patients at risk of increased length-of-stay in forensic services.

**Słowa kluczowe:** psychiatria sądowa, pacjent długoterminowy, długość pobytu

**Key words:** forensic psychiatry, long-stay patients, length-of-stay

## Wstęp

Psychiatria sądowa jako dyscyplina naukowa funkcjonuje na styku systemów opieki psychiatrycznej i systemów prawnych. W przeciwieństwie do psychiatrii ogólnej, oprócz czynności związanych ze sprawowaniem opieki medycznej nad osobami chorującymi psychicznie do zadań psychiatrii sądowej zalicza się także ocenę i zarządzanie ryzykiem zachowań przemocowych. Tym samym psychiatria sądowa spełnia ważną funkcję zapobiegawczą w społeczeństwie. Realizacja zadań związanych z izolacją i leczeniem, często wbrew woli pacjenta, może prowadzić do długoterminowych hospitalizacji oraz wykluczenia społecznego. Pacjenci ośrodków psychiatrii sądowej są poddani podwójnej stygmatyzacji: po pierwsze, w związku z poważną chorobą psychiczną, po wtóre, z racji popełnionego czynu zabronionego [1]. Niektóre dane sugerują, że w wypadku podobnych czynów pacjenci ośrodków psychiatrii sądowej spędzają więcej czasu w warunkach pozbawienia wolności niż osoby, u których nie stwierdzano poważnych chorób psychicznych [2].

Wyniki badań międzynarodowych wskazują, że liczba pacjentów przyjmowanych do ośrodków psychiatrii sądowej na świecie rośnie [3]. W latach 1990–2006 liczba łóżek w ośrodkach psychiatrii sądowej w 9 krajach Europy Zachodniej wzrosła średnio o 110% [4]. Dodatkowo wydłużył się także czas pobytu chorych na oddziałach [5]. W grupie pacjentów sprawców czynów zabronionych leczonych w warunkach ośrodków psychiatrii sądowej (dalej: pacjentów) wyodrębnić można podgrupę pacjentów, u których obecnie stosowane w psychiatrii sądowej metody postępowania nie przynoszą oczekiwanych rezultatów i nie pozwalają na realizowanie środków zabezpieczających w warunkach mniej restrykcyjnych (ambulatoryjnych). Do tej pory nie wypracowano jednak konsensusu, jak w sposób optymalny realizować potrzeby pacjentów przebywających długoterminowo w ośrodkach psychiatrii sądowej (*long-stay patients*). Szeroko prowadzona dyskusja dotyczy zarówno kwestii poprawy jakości życia pacjentów, jak i konieczności strukturalnych zmian systemów psychiatrii sądowej [6, 7].

Rosnąca liczba pacjentów oraz wydłużanie się czasu ich pobytu w ośrodkach psychiatrii sądowej mogą być przypisywane szczególnym cechom tej grupy pacjentów. Priebe i wsp. [8] postulowali, że może być to związane ze zwiększeniem rozpowszechnienia chorób psychicznych, jak również zwiększeniem rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych w grupie osób chorujących psychicznie, co z kolei może prowadzić do popełniania czynów kryminalnych. Wyniki badań dotyczących tej hipotezy nie przyniosły wszakże jednoznacznych wyników [3, 9]. Poznanie charakterystyki klinicznej pacjentów przewlekłe przebywających w ośrodkach psychiatrii sądowej wzbudza coraz większe zainteresowanie badaczy [10, 11]. W Niemczech Ross i wsp. [12] porównali charakterystykę pacjentów leczonych długoterminowo (powyżej 10 lat) oraz pacjentów pozostających w ośrodkach krócej niż cztery lata. Pacjenci leczeni długoterminowo częściej popełniali w przyszłości czyny o charakterze poważnych przestępstw, częściej rozpoznawano u nich zaburzenia osobowości lub upośledzenie umysłowe, cechował ich niższy status społeczno-ekonomiczny (korzystali z pomocy społecznej, zdobyli gorsze wykształcenie, mieli mniej satysfakcjonującą pracę, rzadziej uczestniczyli w aktywnościach społecznych, rzadziej wchodzili w udane związki

intymne). W Szwecji Andreasson i wsp. [13] stwierdzili wyraźną zależność między występowaniem zaburzeń psychotycznych a używaniem substancji psychoaktywnych w tej grupie. Wyciągnięcie spójnych wniosków dotyczących cech charakterystycznych pacjentów przewlekłe leczonych na podstawie dostępnej literatury przedmiotu jest utrudnione ze względu na mało precyzyjną definicję „długoterminowego” leczenia (*long-stay*) oraz zróżnicowanie czynników, które uznawane są za istotne w opisywaniu tej populacji.

Decyzje dotyczące zastosowania środka zabezpieczającego (detencji psychiatrycznej) determinowane są przez wiele czynników i nie mogą być przypisywane jedynie indywidualnej charakterystyce danego pacjenta. Opieka sąдово-psychiatryczna nie jest realizowana w oderwaniu od systemów psychiatrii ogólnej, funkcjonuje w szerszym kontekście środowiskowym, dlatego też sugeruje się, że czynniki zewnętrzne mogą mieć istotny wpływ na wzrastający odsetek przyjęć do ośrodków psychiatrii sądowej oraz na wydłużenie czasu pobytu pacjentów. Wskazywane czynniki mają związek ze zmianami zachodzącymi w opiece ogólnopsychiatrycznej, uwarunkowaniami legislacyjnymi, tokiem postępowań sądowych, niedofinansowaniem i niepełnym wykorzystaniem zasobów medycyny ogólnej, brakiem adekwatnego wsparcia socjalnego, obawami personelu przed agresją ze strony pacjentów oraz rozszerzeniem kryteriów przyjęcia do ośrodków sądowych. Międzynarodowe ruchy deinstytucjonalizacyjne w opiece ogólnopsychiatrycznej łączono ze zjawiskiem kryminalizacji chorób psychicznych [14]. Prawdopodobnym dodatkowym czynnikiem zwiększającym ryzyko występowania zachowań kryminalnych w grupie chorych psychicznie jest nieadekwatne wsparcie w warunkach psychiatrii środowiskowej [3, 15]. W Irlandii O'Neill i wsp. [16] stwierdzili odwrotną zależność pomiędzy zmniejszeniem zakresu opieki ogólnopsychiatrycznej a zwiększaniem się potrzeb opieki sąдово-psychiatrycznej. Trend ten znajduje odzwierciedlenie w innych krajach europejskich. Wyniki analizy obejmującej 11 krajów europejskich (w tym Austrię, Belgię, Danię, Francję, Hiszpanię, Holandię, Irlandię, Niemcy, Szwajcarię, Wielką Brytanię i Włochy) wskazują, że w czasie, gdy zmniejszała się liczba miejsc w szpitalach psychiatrycznych, następowało zwiększenie liczby miejsc w innych instytucjach, w tym w instytucjach więziennych [17]. W badaniu dotyczącym sześciu krajów europejskich w czterech odnotowano wzrost liczby miejsc w ośrodkach sąдово-psychiatrycznych równoległe z malejącymi nakładami w opiece ogólnopsychiatrycznej [4, 8]. Określane mianem „utopii bezpieczeństwa” [18] oczekiwanie opinii publicznej, że społeczeństwo powinno być wolne od ryzyka przemocy, przekłada się na presję wywieraną na klinicystów biorących odpowiedzialność za ewentualne niepożądane skutki zwolnienia pacjenta z detencji psychiatrycznej [19]. Negatywny odbiór społeczny byłych pacjentów utrudnia im integrację w społeczeństwie, znalezienie odpowiedniego lokum czy satysfakcjonującej pracy [20]. Działania ochronne mające na celu zmniejszanie tych barier mogą decydować o bezpiecznym zakończeniu detencji oraz przyczynić się do minimalizowania ryzyka powtórnego popełnienia czynów zabronionych w tej grupie pacjentów [21].

Jak dotychczas w literaturze przedmiotu zamieszczono niewiele empirycznych danych dotyczących wpływu czynników zewnętrznych na czas pobytu w ośrodkach psychiatrii sądowej [3, 8, 9]. Skutkuje to brakiem kompleksowych danych niezbędnych

dla opracowania zasad dobrej praktyki w zakresie realizacji środków zabezpieczających oraz zaspokajania potrzeb pacjentów. Może to uniemożliwiać optymalne wykorzystanie środków oraz wydłużać czas pobytu pacjentów na oddziałach. Ponadto w związku z czynnikami historycznymi, społecznymi, politycznymi, finansowymi i kulturowymi między krajami europejskimi istnieją znaczne różnice w zakresie systemów prawnych oraz systemów opieki psychiatrycznej, co z kolei przekłada się na różnorodność czynników zewnętrznych, które mogą wpływać na czas tego pobytu.

Celem badania była ocena czynników zewnętrznych, które mogą mieć wpływ na czas pobytu pacjentów w ośrodkach psychiatrii sądowej w Europie.

## Metody

### Uczestnicy

Uczestnicy badania zostali wybrani z listy mailingowej projektu COST Action IS1302 (Long-Term Forensic Psychiatric Care – European Collaboration in Science and Technology, 2015 Long-Term Forensic Psychiatric Care (LFPC))<sup>1</sup>, poświęconego zagadnieniom opieki długoterminowej nad pacjentami przebywającymi w ośrodkach psychiatrii sądowej. Projekt COST Action IS1302 został stworzony, jako platforma służąca do analizy i porównywania badań nad skutecznością metod leczniczych oraz opracowania standardów opieki sądowo-psychiatrycznej w Europie. Wśród celów COST Action wymienia się: opracowanie efektywnych pod względem kosztów metod postępowania w psychiatrii sądowej, promowanie opartych na dowodach naukowych strategii terapeutycznych oraz poprawę jakości życia pacjentów. W projekcie uczestniczyli doświadczeni klinicyści i naukowcy, zainteresowani tematyką psychiatrii sądowej i potrzebami pacjentów leczonych długoterminowo.

### Narzędzia

Uczestnicy przeprowadzili w formacie tabelarycznym analizę SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) systemów psychiatrii sądowej w macierzystych krajach. Słabe (*weaknesses*) i mocne (*strengths*) strony systemów odnoszono do czasu pobytu pacjentów na oddziałach, a zagrożenia (*threats*) i szanse (*opportunities*) do realizacji potrzeb pacjentów długotrwale hospitalizowanych.

### Procedura

Nawiązano kontakt z uczestnikami COST Action z 19 krajów europejskich, wyjaśniając cel badania i procedurę pozyskiwania danych. Uczestnicy uzupełnili dane w formie załączonej tabeli SWOT i odesłali ją do autorów (CC i VF). Dane gromadzono w okresie od lipca 2014 do maja 2015 roku. Do uczestników badania

<sup>1</sup> <http://lfpc-cost.eu/>

wysyłano przypomnienia, także w formie spersonalizowanej. Uzyskano dane z 16 krajów i poddano je analizie.

### Analiza danych

Zebrane dane zostały przesłane w formie anonimowej do pierwszego autora (CC). Analizę przeprowadzono zgodnie z sześćoetapowym schematem analizy tematycznej [22]. W pierwszych etapach (etapy 1–3) poszczególne tematy analizy SWOT rozpatrywano pod kątem wyodrębnienia wątków i kategorii. W kolejnych etapach (etapy 4 i 5) porównywano różnice w poszczególnych wątkach i kategoriach. W niniejszej pracy przedstawiamy wybrane wyniki analizy SWOT (etap 6). W trakcie badania korzystano z oprogramowania NVivo (QSR International, 2012, NVivo qualitative data analysis software; Version 10, Melbourne, QSR International Pty Ltd.).

W celu zwiększenia wiarygodności ustaleń zastosowaną procedurę i wyniki badania poddano dodatkowo omówieniu i weryfikacji w międzynarodowej grupie ekspertów (*peer review*). Weryfikację przeprowadzoną przez badaczy z doświadczeniem i umiejętnością interpretacji w zakresie obserwowanych zjawisk uznaje się za rzetelną kontrolę wiarygodności [23, 24].

### Wyniki

Dane dotyczące opieki sądowo-psychiatrycznej pochodziły od przedstawicieli 16 krajów europejskich. Reprezentowany był każdy z regionów europejskich (zgodnie z klasyfikacją statystyczną Organizacji Narodów Zjednoczonych), w tym: Europa Północna ( $n = 5$ ; 31%), Europa Wschodnia ( $n = 2$ ; 13%), Europa Południowa ( $n = 5$ ; 31%), Europa Zachodnia ( $n = 4$ ; 25%). Kategorie i podkategorie analizy przedstawiono w tabeli 1. W dalszej części omówiono je szczegółowo i zilustrowano dosłownymi cytatami.

Tabela 1. Kategorie i podkategorie analizy

Kategorie i podkategorie	
Opieka i leczenie	Kryteria przyjęcia
	Przebieg detencji
	Integracja ze społeczeństwem
Zasoby	Ośrodki lecznicze
	Zasoby ludzkie
	Zasoby finansowe
Ramy prawne i systemowe	Ramy prawne
	Czynniki systemowe
Dzielenie się wiedzą	Współpraca
	Wytyczne i standardy
	Badania naukowe

## Opieka i leczenie

Opisano, w jaki sposób czynniki związane z opieką i leczeniem wpływają na czas pobytu pacjentów w ośrodkach psychiatrii sądowej. Wyodrębniono trzy podkategorie, takie jak: kryteria przyjęcia, przebieg detencji, integracja społeczna.

### *Kryteria przyjęcia*

Uczestnicy badania często podawali kryteria przyjęcia do oddziałów detencyjnych jako czynnik wpływający na długość pobytu pacjentów na oddziale. Kontrowersje dotyczyły tego, czy w oddziałach detencyjnych powinni się znajdować pacjenci z różnorodnymi potrzebami, czy też grupa wysoko wyselekcjonowana. Przykładowo w odniesieniu do detencji psychiatrycznej przyjęto, że ma być ona stosowana: „Jedynie do sprawców z rozpoznaniem z osi I (według DSM-IV), nie zaś do sprawców z rozpoznaniem z osi II”; „Do sprawców cierpiących na różnorodne zaburzenia: zaburzenia psychotyczne, zaburzenia osobowości, trudność w nauce”; „Jedynie do więźniów niebezpiecznych i jedynie w formie leczenia krótkotrwałego (w 50% przypadków zaburzenia osobowości o typie psychopatii, w 40% zaburzenia psychotyczne)”. Większość uczestników uznała za mocną stronę systemów psychiatrii sądowej w ich krajach to, że na detencję psychiatryczną nie mogą być kierowane osoby z rozpoznaniem zaburzeń osobowości, uzależnienia, trudności w nauce, zaburzeń otępiennych. Uczestnicy z krajów, w których dopuszcza się stosowanie środków zabezpieczających w wyżej wymienionych grupach, a także gdy dotyczy to osób z podwójnym rozpoznaniem, zwracali uwagę na słabości wynikające z braku dostępności do odpowiednich metod terapeutycznych, wydłużające czas pobytu pacjentów na oddziałach.

### *Przebieg detencji*

Uczestnicy z krajów, w których wyodrębnia się poziomy zabezpieczeń ośrodków sądowych, uznali to za mocną stronę systemów jedynie wówczas, gdy proces przenoszenia pacjentów pomiędzy ośrodkami następował sprawnie. W sytuacji gdy występowały niedobory miejsc, system wielostopniowy stwarzał ryzyko wydłużenia czasu pobytu pacjentów na oddziale, niewłaściwego lokowania pacjentów oraz opóźnienia procesu leczenia, przykładowo: „Wielopoziomowy system powoduje tworzenie się «wąskich gardeł» i długie okresy oczekiwania na przejście z jednego ośrodka do drugiego”. Jeden z uczestników opisał systemowe oddziaływania skoncentrowane na poprawie jakości życia pacjentów, u których nie obserwuje się poprawy stanu psychicznego. Jednakże większość uczestników wyrażała opinię, że brak postępów leczenia związany jest z tym, że realizowane w ich krajach modele opieki sądowo-psychiatrycznej nie zaspokajają w pełni potrzeb pacjentów. Opóźnienia zmiany sposobu realizacji środków zabezpieczających ze środków izolacyjnych na mniej restrykcyjne mogą powodować pogarszanie jakości życia pacjentów. Przykładowo: „Brak specjalistycznych programów terapeutycznych ukierunkowanych na szczególne grupy pacjentów (np. zaburzenia osobowości, uzależnienie od substancji psychoaktywnych)”. Wśród

uczestników badania nie było zgodności, w jaki sposób maksymalny czas pobytu w ośrodkach determinowany na drodze sądowej (określany w wyroku sądowym) wpływa na realizację zadań psychiatrii sądowej. Zapobiega to wprowadzeniu się czasu pobytu na oddziałach pacjentów, którzy nie czynili postępów, ale także zwiększa ryzyko w sytuacjach, gdy ich potrzeby terapeutyczne nie są w pełni zaspokajane, np.: „W związku ze zdefiniowanym czasem trwania detencji może się zdarzyć, że pacjent po wykonaniu wyroku, a tym samym po powrocie do społeczeństwa, nadal będzie stwarzał wysokie ryzyko” (w Polsce po zakończeniu realizacji środka zabezpieczającego). Niektórzy uczestnicy badania podawali, że brak konieczności uzyskiwania zgody sądu na zwolnienie pacjenta pomagał skracać czas jego pobytu na oddziale. Inni z kolei podkreślali, że w takim wypadku odpowiedzialność za zwolnienie pacjenta ponoszą klinicyści, co może prowadzić do wydłużania się czasu tego pobytu, wynikającego z obaw związanych z ryzykiem ponownego popełnienia czynów zabronionych przez zwalnianych pacjentów, przykładowo: „Duża odpowiedzialność lekarza klinicysty za decyzję o wypisie pacjenta i związany z tym lęk przed popełnieniem błędu”.

### *Integracja ze społeczeństwem*

Uczestnicy zidentyfikowali brak oddziaływań rehabilitacyjnych w trakcie realizacji środków zabezpieczających jako słabość modeli opieki, co istotnie zmniejszało prawdopodobieństwo skutecznej reintegracji społecznej pacjentów oraz wydłużało czas ich pobytu w ośrodkach sądowych, np.: „Brak systemowego podejścia do rehabilitacji psychiatrycznej i społecznej. Ograniczone zasoby na realizację zadań z tym związanych w warunkach psychiatrii sądowej”. Model opieki ukierunkowany na leczenie w warunkach ośrodków zamkniętych i brak możliwości prowadzenia leczenia w warunkach psychiatrii środowiskowej był szeroko dyskutowany jako jeden ze słabych punktów systemów opieki sądowo-psychiatrycznej. Może to prowadzić do wydłużania się czasu pobytu pacjentów na oddziale, jako że część pacjentów pozostających w ośrodkach psychiatrii sądowej mogłaby być leczona w warunkach środowiskowych, np.: „Brak pozaszpitalnych ośrodków sądowo-psychiatrycznych, ani w postaci klinik ambulatoryjnych, ani w formie zespołów środowiskowych. Pacjenci leczeni są w warunkach psychiatrii ogólnej przez niewyspecjalizowany personel”. Za brak postępów w terapii i ryzyko ponownego popełnienia czynów zabronionych zdaniem uczestników badania częściowo odpowiedzialny jest niedostatek programów rehabilitacyjnych tak w ośrodkach sądowo-psychiatrycznych, jak i w warunkach psychiatrii środowiskowej. W szczególności ma to znaczenie w wypadku pacjentów długoterminowo przebywających w ośrodkach psychiatrii sądowej, wycofanych społecznie i źle przygotowanych do zaspokajania codziennych potrzeb we współczesnym świecie. Przykładowo: „Brak indywidualnych programów rehabilitacyjnych dla pacjentów sądowych poza warunkami szpitala. Problem pacjentów, którzy nie mają gdzie mieszkać, nie mają zatrudnienia po zwolnieniu z detencji”; „Pacjenci z tej grupy szybko po zwolnieniu z detencji trafiają ponownie do zakładów zamkniętych”.

## Zasoby

Kolejna kategoria obejmowała dostępność zasobów w poszczególnych krajach oraz ich dostosowanie do spełniania potrzeb pacjentów długoterminowo przebywających w ośrodkach psychiatrii sądowej. Wyodrębniono trzy podkategorie: ośrodki, zasoby ludzkie, finansowanie.

### *Ośrodki*

Istnienie specjalistycznej opieki sądowo-psychiatrycznej odbierane było przez uczestników badania jako mocna strona systemu. Jednakże nawet w warunkach opieki specjalistycznej możliwości spełniania oczekiwań i zapewniania wielowymiarowej opieki w ramach systemu oceniano jako słabość. Przykładowo: „Istnieją ośrodki specjalistyczne, ale jest ich zbyt mało [...]”. Oceniono, że tam gdzie występują nowoczesne, odpowiednio zaprojektowane ośrodki, osadzone w lokalnej infrastrukturze społecznej, są one mocną stroną systemu, np.: „Dobre warunki integracji społecznej i rehabilitacji zapewnione przez łatwy dostęp do infrastruktury miejskiej oraz zasobów środowiska naturalnego, ułatwiające pacjentom aktywność fizyczną i rekreacyjną”. Brak odpowiednio zaprojektowanych ośrodków i podejścia multidyscyplinarnego był postrzegany jako czynnik ograniczający skuteczność interwencji terapeutycznych i opóźniający proces powrotu do zdrowia, przykładowo: „Trudne warunki w większości ośrodków, niewielka dostępność do infrastruktury sportowej i terapeutycznej [...], wszystkie ośrodki zostały zaadaptowane na potrzeby psychiatrii sądowej z ośrodków psychiatrii ogólnej”; „Brak możliwości realizowania długoterminowych pobytów poza szpitalem, gdzie dramatycznie ograniczono liczbę miejsc [...]”; „Jednie kilka ośrodków wyspecjalizowanych w opiece sądowo-psychiatrycznej”; „Niewielkie możliwości wsparcia w zakresie obowiązków dnia codziennego i aktywności zawodowej w związku z brakiem odpowiednich pomieszczeń w ośrodkach psychiatrii sądowej”.

### *Zasoby ludzkie*

Konieczność dysponowania odpowiednimi umiejętnościami przez personel ośrodków była podkreślana przez większość uczestników badania. W niektórych krajach psychiatria sądowa funkcjonuje jako osobna specjalizacja medyczna. Jednakże wielu uczestników badania obserwowało problem niewystarczającej liczby odpowiednio wykwalifikowanego personelu oraz niewiele możliwości podnoszenia kwalifikacji zawodowych personelu, co związane było z nieadekwatnymi zasobami finansowymi. W niektórych krajach zwracano uwagę na kwestię starzenia się personelu. Podkreślano zyski, jakie łączą się z pracą w ramach stabilnego, wielospecjalistycznego systemu doświadczonych pracowników, np.: „Szersze spojrzenie ułatwiające postępowanie z trudnymi pacjentami”. Znaczne różnice w zakresie kwalifikacji i doświadczenia personelu pomiędzy poszczególnymi ośrodkami w tym samym kraju postrzegane były przez niektórych uczestników jako słabość systemu opieki sądowo-psychiatrycznej.



### *Finansowanie*

Nieliczni uczestnicy badania wyrażali przekonanie, że zasoby, jakimi dysponują w ramach systemu opieki sądowo-psychiatrycznej, są odpowiednie. Podkreślali oni względną autonomię ośrodków psychiatrii sądowej, dobrą jakość życia pacjentów oraz adekwatny poziom finansowania. Jednakże większość uczestników badania oceniała negatywnie poziom finansowania, co wpływało na długość pobytu pacjentów na oddziale, np.: „Niewystarczająca liczba personelu w każdej z grup zawodowych [...] jako wynik niewystarczających środków finansowych”; „Ograniczenia finansowania badań sądowo-psychiatrycznych (system kwotowy), co prowadzi do wydłużania się czasu postępowania”. Podobnie oceniano społeczny i polityczny wpływ na decyzje dotyczące finansowania opieki, np.: „Społeczeństwo w czasach kryzysu nie jest przychylnie wydatkom w tej grupie pacjentów [...] ograniczenia finansowe powodują ograniczenie oferty terapeutycznej, co skutkuje gorszymi wynikami”. Poziom finansowania wpływa na rotację personelu, co w konsekwencji znajduje odbicie w jakości opieki. Niektórzy uczestnicy badania zwracali uwagę, że złożoność opieki sądowo-psychiatrycznej powinna znajdować potwierdzenie w poziomie zarobków personelu, np.: „Niskie zarobki w połączeniu z wysokim ryzykiem przemocy, brak różnic pomiędzy personelem psychiatrii ogólnej i psychiatrii sądowej”.

### *Ramy prawne i systemowe*

Uczestnicy wskazywali na regulacje prawne na poziomie krajowym jako na ważny czynnik decydujący o długości pobytu pacjentów na oddziale. Podkreślano konieczność zachowania równowagi między czynnikami wpływającymi na proces podejmowania decyzji prawnych i klinicznych, zwłaszcza w zakresie: ograniczeń i zakazów dotyczących pacjentów, autonomii pacjentów, wpływów politycznych oraz społecznego odbioru sprawców. Wyodrębniono dwie podkategorie: ramy prawne i czynniki systemowe.

### *Ramy prawne*

Występowanie istotnych różnic między poszczególnymi krajami pod względem organizacji opieki sądowo-psychiatrycznej oraz przepisów prawa karnego było bezsporne. Dla niektórych uczestników badania jasne i szczegółowe ramy prawne dotyczące tego, wobec kogo może być realizowany środek zabezpieczający oraz w jaki sposób mogą być chronione prawa pacjentów, były mocną stroną systemu. Przykładowo: „Przepisy wykluczają z detencji psychiatrycznej osoby przejawiające jedynie (a) zaburzenia osobowości, (b) zachowania aspołeczne, (c) uzależnionych od substancji psychoaktywnych lub osoby pod wpływem tych substancji. Pozytywnym efektem tych regulacji jest fakt, że takie osoby nie mogą znajdować się w ośrodkach psychiatrii sądowej [...]. Relatywnie nowoczesne przepisy są zgodne z Europejską Konwencją Praw Człowieka”. Natomiast brak lub niespójność przepisów prawa były postrzegane przez uczestników badania jako słabość systemu, np.: „Całkowicie nieu-

regulowane kwestie dotyczące leczenia szpitalnego chorych psychicznie (różnorodne i niezharmonizowane przepisy prawa, przykładowo prawa karnego i Ustawy o zdrowiu psychicznym)”.

Za istotny czynnik uznano niezależność decyzji sądowych od zdania polityków i opinii publicznej, jednakże uczestnicy badania uznali, że pracownicy wymiaru sprawiedliwości nie zawsze posiadają odpowiednią wiedzę kliniczną. W krajach, gdzie psychiatria sądowa funkcjonuje jako osobna specjalizacja medyczna, uznano to za mocną stronę ich systemów, np.: „Psychiatria sądowa jest odrębną specjalizacją medyczną”; „Biegły psychiatra doradza sędziemu odnośnie umieszczenia osoby w ośrodkach o wyższym/niższym stopniu restrykcyjności. Innymi słowy, pacjent może być skierowany do leczenia w ramach innego poziomu zabezpieczenia, np. oddziału psychiatrycznego w więzieniu, oddziału psychiatrycznego w szpitalu ogólnym, zespołu leczenia środowiskowego (ambulatoryjnie)”. Natomiast w krajach, gdzie psychiatria sądowa nie jest odrębną specjalizacją medyczną, uczestnicy badania zwracali uwagę na możliwe wydłużenie czasu pobytu pacjenta w nieodpowiednich warunkach, np.: „Wzrastająca liczba pacjentów psychiatrycznych przebywających w więzieniach (choć wielu ekspertów jest zdania, że byli oni w stanie ograniczonej poczytalności w trakcie czynów)”.

Możliwość prowadzenia bezterminowego leczenia była oceniana przez część uczestników jako słabość systemu, prowadząca do nieproporcjonalnie długiego czasu pobytu pacjentów w ośrodkach w wypadku drobnych przestępstw. Z kolei określano sędziom, w ramach wyroku (w Polsce w czasie realizacji środka zabezpieczającego), maksymalny czas pobytu pacjentów w placówkach psychiatrii sądowej, z jednej strony zapobiega bezpodstawnemu przedłużaniu takiego pobytu, z drugiej wszakże oznacza ryzyko wypisania pacjenta w niestabilnym stanie psychicznym. Ryzyko to dotyczy zarówno samego pacjenta, jak i niesie za sobą konsekwencje społeczne.

### *Czynniki systemowe*

Silny nadzór zewnętrzny, o ile takowy sprawowano, był postrzegany przez uczestników badania jako mocna strona systemu, przykładowo: „Standardy i środki wspierające ich przestrzeganie. Obejmują one [...] zapewnienie, że detencja psychiatryczna jest realizowana jedynie w ośrodkach certyfikowanych, a jakość świadczonych usług jest kontrolowana”. Odpowiednio brak nadzoru traktowano jako słabość systemu, np.: „Niewystarczające zaangażowanie Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Sprawiedliwości w organizację i optymalizację systemu opieki sądowo-psychiatrycznej”. Wysoki poziom biurokracji został uznany przez jednego z respondentów za słabą stronę systemu. W odniesieniu do czynników systemowych jedną z częściej wskazywanych słabości była dezorganizacja i izolacja ośrodków, negatywnie wpływająca na postępy terapii, np.: „Szpital nie funkcjonuje w sieci współpracy z innymi jednostkami opieki medycznej, sądami czy jednostkami opieki społecznej”; „Ośrodki o wysokim stopniu zabezpieczenia funkcjonują w oderwaniu od innych instytucji sądowo-psychiatrycznych”.

Wprowadzenie zachęt finansowych do systemu opieki może być dla pacjentów zarówno korzystne, jak i niekorzystne. Przykładowo: „Lokalne społeczności płacą za

leczenie sądowo-psychiatryczne. Stanowi to zachętę do kontynuowania rehabilitacji w warunkach społeczności lokalnej po zakończeniu (drogiego) leczenia sądowo-psychiatrycznego”; z drugiej jednak strony podawano, że „Niepożądane skutki zachęt finansowych prowadzą do starań o utrzymanie miejsc w szpitalach etc.”.

Uczestnicy zwracali także uwagę na odbiór społeczny sprawców, jak również ich postrzeganie przez pracowników wymiaru sprawiedliwości jako czynniki potencjalnie wpływające na czas pobytu na oddziale, np.: „Postawa i niezrozumienie społeczeństwa (a także sądów) wobec osób chorujących psychicznie”; „zagrożenie dla społeczeństwa”; „Niechętna postawa społeczności związana z ryzykiem wpływa na podejmowanie decyzji klinicznych”.

### Dzielenie się wiedzą

Ostatnia kategoria opisywała, w jaki sposób uczestnicy badania postrzegali dzielenie się wiedzą i rozwijanie wiedzy specjalistycznej. Wyodrębniono takie podkategorie, jak: współpraca, wytyczne i standardy, badania naukowe.

#### *Współpraca*

Współpraca na poziomie indywidualnym, organizacyjnym, rządowym i międzynarodowym została uznana za mocną stronę tam, gdzie jest obecna. Uczestnicy badania odnosili się do jednostek wymiaru sprawiedliwości, jednostek opieki zdrowotnej, organizacji pozarządowych i administracji, np.: „Leczenie więźniów w szpitalu poza systemem więziennictwa, przy jednoczesnym zapewnieniu odpowiedniego wsparcia funkcjonariuszy z zakładu karnego”. Brak takiej współpracy traktowano jako słabość w zaspokajaniu potrzeb rehabilitacyjnych pacjentów o długim czasie pobytu. Uczestnicy badania uznali, że niezależne czynniki zewnętrzne odgrywają istotną rolę w kształtowaniu opieki sądowo-psychiatrycznej i możliwości współpracy, np.: „Brak zainteresowania i współpracy ze strony psychiatrii ogólnej w planowaniu opieki”; „Zanikanie opieki długoterminowej w warunkach środowiskowych. Opieka sądowo-psychiatryczna zmuszona do przejęcia tych obowiązków wobec osób, których zachowanie nie jest akceptowalne społecznie”.

#### *Standardy i wytyczne*

Jedynie kilku uczestników badania donosiło o obecności standardów opieki, co postrzegano jako mocną stronę systemów w ich krajach, np.: „Stosowanie wytycznych dotyczących leczenia w szpitalach sądowo-psychiatrycznych jest aktywnie wspierane i monitorowane”. Jednakże większość uczestników podawała, że w ich krajach brak jest wytycznych i standardów, a jeżeli nawet je wprowadzono, są one niespójne, co utrudnia podejmowanie decyzji klinicznych, przykładowo: „W krótkim czasie dokonano wielu zmian w zasadach postępowania, bez dostatecznego uzasadnienia”; „Brak konsensusu pomiędzy różnymi środowiskami dotyczącego wytycznych”.

### *Badania naukowe*

Nieliczni uczestnicy badania ocenili działalność naukowo-badawczą jako mocną stronę systemu opieki w ich krajach, chociaż nadal na niewystarczającym poziomie np.: „Działalność badawcza w ośrodkach psychiatrii sądowej jest możliwa pod pewnymi warunkami”. Zdecydowana większość respondentów uznała niewielkie zaangażowanie w badania naukowe za słabość, częściowo związaną z brakiem zainteresowania, a częściowo z trudnościami wynikającymi z prowadzenia badań w tej grupie pacjentów, przykładowo: „Niewielka liczba projektów badawczych”; „Brak ogólnonarodowej sieci badawczej”; „Brak projektów badawczych na poziomie krajowym”. Niektórzy uczestnicy podkreślali trudności z wprowadzaniem wyników badań do praktyki klinicznej.

### **Dyskusja**

Badanie miało na celu analizę wpływu czynników zewnętrznych na długość pobytu pacjentów w ośrodkach psychiatrii sądowej w Europie. Analiza tematyczna dotyczyła danych z systemów opieki sądowo-psychiatrycznej w 16 krajach europejskich. Wśród uczestników badania panowała zgodność co do tego, jakie czynniki zewnętrzne wpływają na przebieg procesu terapeutycznego i możliwość kontynuowania leczenia w warunkach wolnościowych. Wnioski wyciągnięto na podstawie analizy opisywanych przez respondentów mocnych i słabych stron systemów psychiatrii sądowej w ich krajach. Analizę przeprowadzono w czterech wymiarach, takich jak: opieka i leczenie, zasoby, ramy prawne i systemowe, dzielenie się wiedzą. Uczestnicy badania ujawniali różne wyobrażenia dotyczące idealnej ścieżki terapeutycznej skracającej czas pobytu pacjentów w ośrodkach psychiatrii sądowej. Wyraźne różnice obserwowano w stosunku do kryteriów przyjęcia do ośrodków, zwłaszcza w odniesieniu do tego, czy pacjenci z pierwotnym rozpoznaniem zaburzeń osobowości powinni być leczeni w warunkach psychiatrii sądowej. Jest to swego rodzaju odzwierciedleniem toczącej się szeroko debaty, dotyczącej poczytalności osób cierpiących na zaburzenia osobowości [25]. Opieka sądowo-psychiatryczna w wielu krajach nie była od początku dedykowana dla pacjentów z zaburzeniami osobowości. Zdaniem uczestników badania brak specjalistycznego leczenia może skutkować wydłużaniem się czasu pobytu pacjentów przyjętych do ośrodków sądowych, może prowadzić do wykluczenia społecznego lub do potencjalnie szkodliwego pobytu w więzieniach. Ross i wsp. [12] obserwowali wydłużenie czasu pobytu pacjentów z pierwotnym rozpoznaniem zaburzeń osobowości, podczas gdy kolejne badania dotyczące współwystępowania zaburzeń osobowości [7, 13] nie potwierdziły takiego związku.

Oddziaływania rehabilitacyjne w czasie leczenia, o ile były dostępne, postrzegano jako mocne strony systemów, w razie ich braku – jako słabość systemów. Uczestniczenie w programach terapii zajęciowej oraz oddziaływaniach psychologicznych może być związane ze skracaniem czasu pobytu pacjentów na oddziałach, jednakże badania prowadzone były na stosunkowo niewielkiej liczbie osób [26]. Gorsze funkcjonowanie w okresie przedchorobowym u pacjentów długotrwale przebywających w ośrodkach sądowych [12, 13] wskazuje na dużą potrzebę prowadzenia takich oddziaływań

rehabilitacyjnych w tej grupie. Jednakże brak jest danych odnośnie długofalowej skuteczności tych oddziaływań w warunkach środowiskowych. Ponadto poziom oddziaływań wielospecjalistycznych w warunkach psychiatrii sądowej różni się istotnie w zależności od danego kraju. Przykładowo programy terapii zajęciowej są dobrze rozwinięte w Wielkiej Brytanii i Szwecji, w fazie rozwoju są w Finlandii, niedostępne są w Grecji i Hiszpanii, a wprowadza się je w ostatnim czasie w Belgii i Słowenii [27]. Ograniczenia wynikające z tradycyjnego modelu terapeutycznego w stosunku do pacjentów długoterminowo przebywających w ośrodkach sądowo-psychiatrycznych oraz niewielka liczba badań nad wpływem poszczególnych oddziaływań na funkcjonowanie pacjentów w okresie powypisowym stanowią wyzwanie dla wszystkich profesjonalistów pracujących z tą grupą pacjentów.

Zachodzące w psychiatrii procesy deinstytucjonalizacji były wyraźnie wymieniane jako czynnik wpływający na zwiększanie się liczby przyjęć i wydłużanie czasu pobytu pacjentów na oddziałach. W szerszym ujęciu krytyka programu deinstytucjonalizacji dotyczy niewystarczających zasobów psychiatrii środowiskowej, co ma wpływ na kryminalizację chorób psychicznych [14]. Znalazło to odzwierciedlenie w zgłaszanych przez uczestników badania trudnościach we współpracy z instytucjami psychiatrii ogólnej oraz środowiskowej. Brak lub ograniczone możliwości leczenia w warunkach środowiskowych były bezspornie uważane za słabość systemu i czynnik wydłużający czas detencji psychiatrycznej.

Niechęć do podejmowania ryzyka związanego z wypisem ze szpitala i zwolnieniem z detencji, spowodowana obawą przed ponownym popełnieniem czynów zabronionych przez pacjenta lub obawą przed negatywną reakcją społeczną, także była opisywana przez niektórych uczestników badania. Równie powszechne były jednak zarówno dążenie do ochrony pacjentów przed ryzykiem pogorszenia jakości życia, które mogłoby wpłynąć na ich zdrowie psychiczne, jak i troska o ich podatność na trudności i piętno społeczne. W porównaniu z pacjentami chorującymi psychicznie leczonymi w warunkach środowiskowych pacjenci sądowo-psychiatryczni przejawiają wyższy poziom ryzyka i cechuje ich mniej czynników ochronnych w takich aspektach życia jak aktywności dnia codziennego, aktywność społeczna, relacje intymne i zdrowie somatyczne [28]. Dodatkowo pacjentów z dłuższym niż średni czasem pobytu w ośrodkach sądowych cechuje gorsze funkcjonowanie w okresie przedchorobowym [12, 13]. W niektórych krajach, przykładowo w Anglii i Walii, standardy postępowania w środowiskowej opiece sądowo-psychiatrycznej gwarantują pacjentom dostęp do opieki wielospecjalistycznej [29]. Wyniki prowadzonego przez nas badania wskazują, że w krajach europejskich podejście wielospecjalistyczne w opiece środowiskowej jest raczej celem niż rzeczywistością w warunkach klinicznych. Liczne czynniki ryzyka i niewielka liczba czynników ochronnych obserwowane w grupie pacjentów sądowo-psychiatrycznych oraz brak multidyscyplinarnego podejścia w warunkach środowiskowych mogą skutkować kontynuowaniem detencji szpitalnej. Dodatkowo może być to związane z obawą przed pogorszeniem stanu psychicznego pacjenta i ryzykiem ponownego popełnienia czynu zabronionego.

Webster i wsp. [30] sugerowali, że połączenie opieki psychiatrycznej ogólnej i opieki sądowo-psychiatrycznej nie byłoby szkodliwe. Uczestnicy naszego badania

nie zgadzali się z tym poglądem, zwracając uwagę, że pacjenci z długim czasem pobytu na oddziale wymagają szczególnych warunków oraz specjalistycznego leczenia i personelu. Stanowią grupę pacjentów, których leczenie w ramach systemu ogólnej psychiatrii stanowi zbyt duże wyzwanie. Odpowiedni poziom szkolenia i wynagrodzenia związany ze złożonością pracy w warunkach psychiatrii sądowej uznano za niezbędne dla jej sprawnego funkcjonowania. Niespełnienie tych wymagań związane było z utratą personelu oraz niewystarczającym poziomem wiedzy specjalistycznej, co skutkowało wydłużaniem się czasu pobytu pacjentów na oddziałach. Aby przeciwdziałać utracie personelu, uczestnicy zgłaszali potrzebę dzielenia się doświadczeniem, prowadzenia badań naukowych i zapewnienia możliwości dalszego rozwoju profesjonalnego pracowników tego sektora.

Respondenci zwracali uwagę na wpływ czynników systemowych i legislacyjnych na czas pobytu pacjentów na oddziale. Podkreślano jednak, że należy zachować równowagę, unikając nadmiernej biurokracji lub dezorganizacji. Jako kluczowe czynniki wpływające na czas pobytu pacjentów w ośrodkach psychiatrii sądowej wymieniano ramy prawne (legislacyjne). Wskazywano na potrzebę: harmonizacji prawa karnego i praw regulujących postępowanie wobec osób chorujących psychicznie, szerokiego monitorowania zewnętrznego, uznania psychiatrii sądowej za osobną specjalizację, spójnego podejścia systemowego pozwalającego na unikanie szkodliwych zachęt finansowych dla ośrodków. W sytuacji, gdy leczenie i opieka prowadzone były przez ośrodki lokalne, wiązało się to z redukcją zarówno kosztów opieki, jak i długości pobytów pacjentów na oddziałach. Wymaga to jednak stabilnych warunków lokalnych, których w opinii większości badanych nie udało się jeszcze wprowadzić w ich krajach. Ponadto istnieje ryzyko przenoszenia pacjentów sądowo-psychiatrycznych do nadmiernie rozbudowanego systemu psychiatrii ogólnej, który nie jest w stanie w sposób adekwatny zaspokoić ich potrzeb. Może to powodować wydłużenie czasu pobytu pacjentów w warunkach opieki ogólnopsychiatrycznej.

Niedostatek krajowych i międzynarodowych standardów postępowania, wytycznych i projektów badawczych uznano za główną słabość systemu. Uczestnicy wskazali, że nadszedł czas na zwrócenie większej uwagi na opiekę sądowo-psychiatryczną oraz potrzeby pacjentów długotrwale przebywających w ośrodkach. Niespójność terminologii i definicji odnoszących się do tej grupy pacjentów w literaturze przedmiotu jest wyraźna, co ogranicza możliwości prowadzenia badań porównawczych. Wymaga to dalszych badań i poszukiwania danych opartych na dowodach naukowych.

### Ograniczenia badania

Analizę oparto na danych zebranych od przedstawicieli każdego z krajów uczestniczących w badaniu. Nie można wykluczyć, że inne osoby miałyby odmienne zdanie w niektórych kwestiach. Analizę danych przeprowadzono w formie ustrukturyzowanej, aby zminimalizować ryzyko błędów. Pomimo że wyniki były konsultowane i zostały zaakceptowane przez międzynarodową grupę ekspertów z różnych dziedzin, nie jest wykluczone, że przeprowadzenie dodatkowych badań zwiększyłoby wiarygodność uzyskanych wyników.

## Wnioski

1. Czynniki zewnętrzne mogą mieć istotny wpływ na czas pobytu pacjentów w ośrodkach psychiatrii sądowej. Może to w sposób szczególnie niekorzystny dotyczyć pacjentów, w stosunku do których stosowane są obecnie i będą w przyszłości środki zabezpieczające.
2. W praktyce klinicznej istotne znaczenie ma zapewnienie dostępu do wielospecjalistycznego, odpowiednio przeszkolonego personelu realizującego zadania opieki nad pacjentami sądowymi oraz możliwość kontynuowania tych oddziaływań w warunkach psychiatrii środowiskowej.
3. Koniecznymi warunkami skrócenia czasu pobytu pacjentów w ośrodkach psychiatrii sądowej są także: zapewnienie spójności regulacji prawa karnego i prawa wykonawczego oraz wdrożenie skoordynowanego systemu obejmującego wszystkie instytucje zaangażowane w opiekę nad pacjentem. Aby to osiągnąć, niezbędna jest współpraca wszystkich zainteresowanych podmiotów.
4. Dla lepszego planowania i realizowania opieki w tej grupie konieczne są dalsze badania nad wpływem czynników zewnętrznych na czas pobytu pacjentów w ośrodkach psychiatrii sądowej, jak również nad skutecznością poszczególnych procedur terapeutycznych. Potrzebne do tego wydaje się zaś ujednoczenie definicji długotrwałego pobytu (*long-stay*) oraz ustalenie, jakie są oczekiwania pacjentów, klinicystów i społeczeństwa w zakresie skuteczności terapii.
5. Wyniki prezentowanego badania stanowią podstawę do dalszych rozważań dotyczących sposobu prowadzenia wielospecjalistycznej opieki sądowo-psychiatrycznej w grupie pacjentów długotrwanie przebywających w ośrodkach psychiatrii sądowej, co ma zasadnicze znaczenie dla zapewnienia wszystkim obywatelom krajów europejskich dostępu do skutecznej opieki i leczenia, niezależnie od miejsca realizowania tych świadczeń.

### Podziękowania

*Autorzy serdecznie dziękują uczestnikom badania zaangażowanym w pozyskiwanie danych. Badanie zostało sfinansowane ze środków COST Action IS1302. Reference code: COST-STSM-ECOST-STSM-IS1302-300715-060686.*

## Piśmiennictwo

1. Brett A. *Psychiatry, stigma and courts*. Psychiatr. Psychol. Law 2003; 10(2): 283–288.
2. Harris GT, Rice ME, Cormier CA. *Length of detention in matched groups of insanity acquittees and convicted offenders*. Int. J. Law Psychiatry 1991; 14(3): 223–236.
3. Jansman-Hart EM, Seto MC, Crocker AG, Nicholls TL, Côté G. *International trends in demand for forensic mental health services*. Int. J. Forensic Ment. Health 2011; 10(4): 326–336.
4. Priebe S, Frottier P, Gardini A, Kilian R, Lauber C, Martínez-Leal R i wsp. *Mental health care institutions in nine European countries, 2002 to 2006*. Psychiatr. Serv. 2008; 59(5): 570–573.
5. Rutherford M, Duggan S. *Forensic mental health services: Facts and figures on current provision*. London: Sainsbury Centre for Mental Health; 2007.

6. Vorstenbosch ECW, Bouman YHA, Braun PC, Bulten EBH. *Psychometric properties of the forensic inpatient quality of life questionnaire: Quality of life assessment for long-term forensic psychiatric care*. Health Psychol. Behav. Med. 2014; 2(1): 335–348.
7. Shah A, Waldron G, Boast N, Coid JW, Ullrich S. *Factors associated with length of admission at a medium secure forensic psychiatric unit*. J. Forens. Psychiatry Psychol. 2011; 22(4): 496–512.
8. Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A, Hansson L, Kilian R, Torres-Gonzales F i wsp. *Reinstitutionalisation in mental health care: Comparison of data on service provision from six European countries*. BMI. 2005; 330: 123–126.
9. Hodgins S, Müller-Isberner R, Allaire JF. *Attempting to understand the increase in the numbers of forensic beds in Europe: A multi-site study of patients in forensic and general psychiatric services*. Int. J. Forensic Ment. Health 2006; 5(2): 173–184.
10. Furtado V, Völlm B. *P-657 – Long-term forensic psychiatric care in the united kingdom: An epidemiological study*. Eur. Psychiatry 2012; 27(Suppl 1): 1.
11. Edworthy R, Furtado V, Vollm B. *EPA-0119 – Characteristics and needs of long stay patients in high and medium secure forensic psychiatric care – implications for service organisation*. Eur. Psychiatry 2014; 29(Suppl 1): 1.
12. Ross T, Querengässer J, Fontao MI, Hoffmann K. *Predicting discharge in forensic psychiatry: The legal and psychosocial factors associated with long and short stays in forensic psychiatric hospitals*. Int. J. Law Psychiatry 2012; 35(3): 213–221.
13. Andreasson H, Nyman M, Krona H, Meyer L, Anckarsäter H, Nilsson T i wsp. *Predictors of length of stay in forensic psychiatry: The influence of perceived risk of violence*. Int. J. Law Psychiatry 2014; 37(6): 635–642.
14. Kim D-Y. *Psychiatric deinstitutionalization and prison population growth: A critical literature review and its implications*. Crim. Justice Policy Rev. 2016; 27(1): 3–21.
15. Hodgins S. *The major mental disorders and crime: Stop debating and start treating and preventing*. Int. J. Law Psychiatry 2001; 24(4–5): 427–446.
16. O’Neill C, Sinclair H, Kelly A, Kennedy H. *Interaction of forensic and general psychiatric services in Ireland: Learning the lessons or repeating the mistakes?* Ir. J. Psychol. Med. 2002; 19(2): 48–54.
17. Chow WS, Priebe S. *How has the extent of institutional mental healthcare changed in Western Europe? Analysis of data since 1990*. BMJ Open 2016; 6(4): e010188.
18. Boutellier H. *The safety utopia. Contemporary discontent and desire as to crime and punishment*. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic; 2004.
19. Morgan JF. *‘Giving up the Culture of Blame’. Risk assessment and risk management in psychiatric practice: Briefing Document for the Royal College of Psychiatrists*. London: Royal College of Psychiatrists; 2007.
20. McQueen J. *Towards work in forensic mental health: National guidance for allied health professionals*. Carstairs: Forensic Network; 2011.
21. De Vogel V, De Ruiter C, Bouman Y, De Vries Robbé M. *SAPROF. Guidelines for the assessment of protective factors for violence risk*, English version. Utrecht: Forum Educatief; 2009.
22. Braun V, Clarke V. *Using thematic analysis in psychology*. Qual. Res. Psychol. 2006; 3(2): 77–101.
23. Patton MQ. *Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis*. Health Serv. Res. 1999; 34(5 Pt 2): 1189–1208.
24. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage; 1985.



25. Peay J. *Personality disorder and the law: Some awkward questions*. *Philos. Psychiatr. Psychol.* 2011; 18(3): 231–244.
26. Castro M, Cockerton T, Birke S. *From discharge to follow-up: A small-scale study of medium secure provision in the independent sector*. *British Journal of Forensic Practice* 2002; 4(3): 31–39.
27. Connell C. *Forensic occupational therapy in Europe: A comparative evaluation*. COTEC-ENO-THE Congress, 2016 June 15–19. Galway, Ireland; 2016.
28. Humber N, Hayes A, Wright S, Fahy T, Shaw J. *A comparative study of forensic and general community psychiatric patients with integrated and parallel models of care in the UK*. *J. Forens. Psychiatry Psychol.* 2011; 22(2): 183–202.
29. Kenney-Herbert J, Taylor M, Puri R, Phull J. red. *Standards for community forensic mental health services*. London: Royal College of Psychiatrists Centre for Quality Improvement; 2013.
30. Webster SL, Sheitman BB, Barboriak PN, Harmon SH, Paesler BT, Gordon PA i wsp. *Integrating forensically and civilly committed adult inpatients in a treatment mall program at a state hospital*. *Psychiatr. Serv.* 2009; 60(2): 262–265.

Adres: Paweł Gosek  
Instytut Psychiatrii i Neurologii  
Oddział Psychiatrii Sądowej  
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9  
e-mail: pgosek@ipin.edu.pl

Otrzymano: 7.05.2018  
Zrecenzowano: 17.10.2018  
Otrzymano po poprawie: 30.10.2018  
Przyjęto do druku: 30.10.2018