



ADMISSION WITHOUT CONSENT AND USE OF MEANS OF PHYSICAL COERCION ON THE EXAMPLE OF PSYCHIATRIC HOSPITAL IN WROCŁAW

PRZYJĘCIA BEZ ZGODY ORAZ STOSOWANIE PRZYMUSU BEZPOŚREDNIEGO NA PRZYKŁADZIE SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO WE WROCŁAWIU

Andrzej Kiejna^{1,2}, Marta Hanna Jakubczyk^{1,3},
Sylvia Chładzińska-Kiejna⁴, Piotr Baranowski¹,
Tomasz Maciej Gondek^{1,3}

Correspondence to/
Adres do korespondencji:

Marta Hanna Jakubczyk
Katedra i Klinika Psychiatrii
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. Pasteura 10
50-376 Wrocław, Polska
e-mail: jakubczykmarta@o2.pl

Submitted/Otrzymano: 01.06.2017
Accepted/Przyjęto do druku: 09.08.2017

¹Lower Silesian Mental Health Centre, Wrocław, Poland

²Psychology Institute, University of Lower Silesia, Wrocław, Poland

³The Faculty and Clinic of Psychiatry, Medical University, Wrocław, Poland

⁴Department of Psychotherapy and Psychosomatic Diseases, Psychiatry Faculty, Medical University, Wrocław, Poland

¹Dolnośląskie Centrum Zdrowia Psychicznego, Wrocław, Polska

²Instytut Psychologii, Dolnośląska Szkoła Wyższa, Wrocław, Polska

³Katedra i Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny, Wrocław, Polska

⁴Zakład Psychoterapii i Chorób Psychosomatycznych, Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny, Wrocław, Polska

Abstract

Purpose: In Poland, the issue of hospitalising patients against their will and using means of direct physical coercion are regulated by the provisions of Law on Mental Health Protection (LoMHP); however, but no regular studies have been conducted to facilitate monitoring of the incidence of using coercive measures in the entire country. The aim of the study is to assess the incidence of using direct coercion measures on the patients admitted to in-patient wards of psychiatric hospitals and using such measures in Psychiatric Hospital in Wrocław, in the period from 2011 to 2015.

Methods: The monitoring questionnaires of LoMHP, data on admissions and basic data characterising compulsory treatment were used. In order to assess the quality of psychiatric treatment and psychosocial rehabilitation, the International Classification of Mental Health Care questionnaire was used.

Results: The average of involuntary admissions in the period between 2011 and 2015 amounted to 28.92%. The rates of admissions against the will of the patient based on articles 23, 24 and 29 of LoMHP, and the rate of patients held in hospital based on article 28 of LoMHP were stable in the studied period. The vast majority of involuntary admissions was based on article 23. The ratio of involuntary hospitalisation for 100 thousand residents was on average 65.14. Involuntary admissions usually referred to people with diagnosed F20 (schizophrenia) and F31 (bipolar disorders). Direct coercive measures were used on average on 19.64% hospitalised patients.

Conclusions: The use of coercion is a common phenomenon in psychiatric institutions in Poland. The ratio of involuntary hospitalisation for 100 thousand residents was within the average values of this ratio in other countries.

Key words: psychiatric hospital, involuntary admission, coercive measures, Polish Law on Mental Health Protection.

Streszczenie

Cel: W Polsce kwestie hospitalizacji pacjentów wbrew ich woli oraz stosowania przymusu bezpośredniego są regulowane przepisami ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (UoOZP), jednak nie prowadzono dotychczas regularnych badań, które pozwoliłyby na monitorowanie częstości stosowania środków przymusu bezpośredniego w skali kraju. Celem badania była ocena częstości stosowania przymusu związanego z przyjęciem pacjenta na oddziały stacjonarne szpitala psychiatrycznego oraz stosowania środków przymusu bezpośredniego w Szpitalu Psychiatrycznym we Wrocławiu w latach 2011–2015.

Metody: Wykorzystano kwestionariusze monitorowania UoOZP, dane dotyczące przyjęć oraz podstawowe dane charakteryzujące osoby leczone przymusowo. By ocenić jakość leczenia psychiatrycznego i rehabilitacji psychospołecznej, zastosowano kwestionariusz Międzynarodowej Klasyfikacji Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej.

Wyniki: Odsetek przyjęć bez zgody w latach 2011–2015 wynosił średnio 28,92%. Wskaźniki przyjęć wbrew woli pacjenta dokonanych na podstawie artykułów 23, 24 i 29 UoOZP, a także wskaźnik pacjentów zatrzymanych w szpitalu na podstawie art. 28 UoOZP w badanym okresie były stabilne. Zdecydowana większość przyjęć bez zgody odbywała się na podstawie art. 23. Wskaźnik hospitalizacji wbrew woli w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców wynosił średnio 65,14. Przyjęcia bez zgody dotyczyły najczęściej osób z rozpoznaniem F20 (schizofrenia) oraz F31 (zaburzenia afektywne dwubiegunowe). Przymus bezpośredni zastosowano średnio wobec 19,64% hospitalizowanych.

Wnioski: Stosowanie przymusu jest zjawiskiem powszechnie występującym w instytucjach psychiatrycznych w Polsce. Wskaźnik hospitalizacji wbrew woli w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców mieścił się w granicach średnich wartości tego wskaźnika osiągniętych w innych krajach.

Słowa kluczowe: szpital psychiatryczny, przyjęcia bez zgody, środki przymusu, polska ustawa o ochronie zdrowia psychicznego.

PURPOSE

Using coercive measures against patients with mental disorders raises a lot of public criticism (even if justified by medical reasons and legal considerations) because it violates personal freedom, body integrity and autonomy of the individual, i.e. the rights that are guaranteed by the constitution and international conventions, such as Universal Declaration of Human Rights [1]. Therefore, using coercive measures nowadays and involuntary admission of the patient to psychiatric hospitals are procedures governed by statutory regulations. Polish and foreign studies in recent years show broad and varied scope of involuntary admissions and using coercive measures in psychiatric institutions [2–6], referring also to the standpoint of the psychiatrists on involuntary admissions.

No sooner than in 70s and 80s of the 20th century, the discussion on the need to introduce statutory regulations on psychiatric treatment from the interwar period was continued in Poland. The results of combined effort of experts, lawyers and psychiatrists led by Prof. Stanisław Dąbrowski were statutory regulations [8, 9] on Mental Health Protection, sanctioned by the Law [10] of 19 August 1994. The Law on Mental Health Protection (LoMHP) defines, among others, the rules for admitting a patient to a psychiatric hospital also without consent (art. 23, 24, 28 and 29) and the conditions to be met when using coercive measures (i.e. holding the patient, forced medication or restraining and isolation) (art. 18). They refer to legislations of other countries and are compliant with guidelines from international conventions on human rights in general, in

CEL

Stosowanie przymusu wobec pacjentów z zaburzeniami psychicznymi spotyka się z krytyką społeczeństwa (nawet jeśli jest to uzasadnione przyczynami medycznymi i przesłankami prawnymi), ponieważ narusza wolność osobistą, nietykalność cielesną czy autonomię jednostki, czyli dobra, które są gwarantowane konstytucyjnie i konwencjami międzynarodowymi, takimi jak Powszechna Deklaracja Praw Człowieka [1]. Dlatego współcześnie użycie przymusu bezpośredniego i przyjęcie bez zgody pacjenta do szpitala psychiatrycznego są procedurami podlegającymi ustawowym regulacjom. Polskie i zagraniczne badania z ostatnich lat pokazują szeroki i bardzo zróżnicowany zakres przyjęć niedobrowolnych i stosowania przymusu w instytucjach psychiatrycznych [2–6], odnosząc się również do postaw środowiska psychiatrów wobec zjawiska przyjęć bez zgody [7].

W Polsce dopiero w latach 70. i 80. XX w. nawiązano do dyskusji z okresu międzywojennego dotyczących konieczności wprowadzenia prawnych regulacji w lecznictwie psychiatrycznym. W wyniku prac ekspertów, prawników i psychiatrów, pod kierunkiem prof. Stanisława Dąbrowskiego stworzono przepisy prawne [8, 9] dotyczące ochrony zdrowia psychicznego, usankcjonowane mocą ustawy [10] z dnia 19 sierpnia 1994 r. W ustawie o ochronie zdrowia psychicznego (UoOZP) określono m.in. zasady przyjęcia pacjenta do szpitala psychiatrycznego, w tym bez jego zgody (art. 23, 24, 28 i 29), oraz warunki, jakie powinny być spełnione przy stosowaniu przymusu bezpośredniego (tj. przytrzymania pacjenta, przymusowego podania leku, unieruchomienia i izolacji) (art. 18). Nawiązują one do legislacji stosowanych w innych krajach i są zgodne z wytycznymi międzynarodowych konwencji o prawach czło-

particular on patient rights, including psychiatrically treated patients.

After introducing LoMHP, one of its recommendations was to monitor the process of changes in psychiatry [13], including the assessment of compliance with the regulations on consent to treatment and using coercive measures. The first report covering period from 1996 to 2005 [3] found a 2% decrease in the percentage of involuntary admissions (from 9.5 to 7.5% in psychiatric hospitals and from 8.5 to 6.5% in psychiatric wards of general hospitals). The percentage of patients admitted without consent in application proceedings (art. 29 of LoMHP) was relatively low (0.45% and 0.4%), and in 2005, it was only 0.25% of the total number of admitted patients. The percentage of people admitted for observation (art. 24 of LoMHP), however, almost doubled: from 0.85% to 1.6% in general hospitals and similarly from 0.8% to 1.6% in psychiatric wards. Coercive measures were used on 16% of patients in psychiatric hospitals and 10% of patients in psychiatric wards [3].

The study of Langiewicz and Pasiorska [4] carried out in 2006 based on surveys from 117 monitored facilities (46 psychiatric hospitals and 71 psychiatric wards in general hospitals) shows that the average ratio of involuntary admissions was the highest since 2000 – 8.7%. Years 1997–2003 brought a gradual decrease in involuntary admissions to psychiatric wards in the entire country, respectively from 10.1% in 1997 to 7.8% in 2003, but the following three years showed its slight increase. At the same time, there was considerable variation of this ratio between psychiatric institutions in different administrative areas of the country, i.e. from 4.3% in the Greater Poland to 15.0% in Lower Silesia [4]. For 55.6% of the monitored facilities, the involuntary admissions did not exceed 5% of every admission. In 97.2% cases, those were emergency admissions (usually based on art. 23.1 of LoMHP). It should be added, however, that 1/3 of them later agreed to further hospitalisation (art. 26) [5]. The admissions of patients under art. 23.1 of LoMHP was on average 75% of every involuntary admission (from 57.2% in Łódzkie Province to 92.2% in Kujawsko-Pomorskie Province) [5]. The change of patients' decision to agree on involuntary admission was less frequent in psychiatric wards than in psychiatric hospitals, but the percentage of involuntary admissions was twice as low there, with 5.6%. 2.8% of patients were admitted under application proceeding (art. 29). The study of 2012 carried out in the Institute of Psychiatry and Neurology (IPaN) in Warszawa found the highest percentage of involuntary admission (15.8%) so far, mostly under art. 23.1 (37% of patients hospitalised against their will or 5.8% percent of patients hospitalised in general) and under art. 22.2 (34% or 5.3% of hospitalised patients). Admissions under art. 24.1 was

wieka w ogólności, a w szczególności o prawach pacjenta, w tym pacjenta leczonego psychiatrycznie [11, 12].

Po wprowadzeniu UoOZP jednym z jej zaleceń było monitorowanie procesu przemian w psychiatrii [13], w tym ocena przestrzegania przepisów dotyczących zgody na leczenie i stosowania przymusu bezpośredniego [14, 15]. W pierwszym raporcie obejmującym lata 1996–2005 [3] stwierdzono 2-procentowy spadek odsetka osób przyjętych bez zgody (z 9,5% do 7,5% w szpitalach psychiatrycznych i z 8,5% do 6,5% na oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych). Odsetek pacjentów przyjętych bez zgody w trybie wnioskowym (art. 29 UoOZP) był relatywnie niski (0,45% i 0,4%), a w 2005 r. wynosił jedynie 0,25% całkowitej liczby przyjętych. Natomiast blisko dwukrotnie wzrósł odsetek pacjentów przyjętych na obserwację (art. 24 UoOZP): z 0,85% do 1,6% w szpitalach psychiatrycznych i podobnie z 0,8% do 1,6% na oddziałach psychiatrycznych. Środki przymusu bezpośredniego były stosowane wobec 16% pacjentów szpitali psychiatrycznych i 10% pacjentów oddziałów psychiatrycznych [3].

W badaniu Langiewicz i Pasiorskiej [4] przeprowadzonym w 2006 r. na podstawie kwartalnych ankiet ze 117 zakładów objętych monitorowaniem (46 szpitali psychiatrycznych i 71 oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych) średni wskaźnik przyjęć bez zgody wynosił 8,7% i był najwyższy od 2000 r. W latach 1997–2003 w skali kraju obserwowano stopniowy spadek odsetka przyjęć na oddziały psychiatryczne bez zgody pacjenta, odpowiednio od 10,1% w 1997 r. do 7,8% w 2003 r., jednak w kolejnych trzech latach wykazano jego niewielki wzrost. Stwierdzono jednocześnie znaczne zróżnicowanie wartości tego wskaźnika między instytucjami psychiatrycznymi zlokalizowanymi w różnych obszarach administracyjnych kraju – od 4,3% w województwie wielkopolskim do 15,0% w województwie dolnośląskim [4]. Dla 55,6% jednostek objętych monitorowaniem poziom przymusowych hospitalizacji nie przekroczył jednak 5% wszystkich przyjętych [5]. W 97,2% były to przyjęcia pacjentów w trybie nagłym (najczęściej na podstawie art. 23.1 UoOZP). Należy jednak dodać, że 1/3 spośród nich wyraziła później zgodę na dalszą hospitalizację (art. 26) [5]. Przyjęcia pacjentów w trybie artykułu 23.1 UoOZP stanowiły średnio 75% wszystkich hospitalizacji bez zgody (od 57,2% w województwie łódzkim do 92,2% w województwie kujawsko-pomorskim) [5]. Zmiana decyzji pacjenta na aprobującą przyjęcie bez zgody występowała rzadziej na oddziałach psychiatrycznych niż w szpitalach psychiatrycznych, ale też odsetek przyjęć bez zgody był tam dwukrotnie niższy i wynosił 5,6%. W trybie wnioskowym (art. 29) przyjęto 2,8% pacjentów. W badaniu przeprowadzonym w 2012 r. w Instytucie Psychiatrii i Neurologii (IPiN) w Warszawie stwierdzono najwyższy dotychczas wskaźnik przyjęć bez zgody (15,8%), najczęściej na podstawie artykułu 23.1 (37% pacjentów hospitalizowanych wbrew woli lub 5,8% ogółu hospitalizowanych pacjentów) i artykułu 22.2 (34% lub 5,3% ogółu hospitalizowanych pacjentów). Przy-

7% of involuntarily admitted patients (1.1% of the general number of hospitalised patients). 14% of involuntarily admitted patients were treated under art. 28 of LoMHP [6].

In 2003-2005, international EUNOMIA (European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonisation of Best Clinical Practice) study was carried out. Among the participants, the highest percentage of using coercive measures was in the psychiatric hospital in Wrocław. The follow-up observation showed a connection between involuntary admission and more often use of coercive measures during hospitalisation [16, 17]. It also showed that the feeling of coercion [18] was more common among patients admitted voluntarily than among involuntarily admitted patients, which had an effect on the entire process of therapy and cooperation during treatment (phenomenon known as compliance) [19].

The factors increasing the probability of using coercive measures during hospitalisation were mentioned [14, 15, 17, 20-23] in the studies conducted so far. Three independent groups of factors were distinguished, i.e. relating to the patient, to the personnel, connected with the place of treatment [22]. Most often, coercive measures were related to a specific category of psychotic disorders (including schizophrenia), intellectual disability, organic disorder, aggressive behaviour due to other reasons and lack of cooperation. A matter of great importance is also a place of the treatment (psychiatric hospital vs psychiatric ward in general hospital) and the pragmatics in applying LoMHP regulations [4, 5]. These studies clearly indicate that the use of coercive measures in psychiatric treatment is often, though very diversified, which should encourage further monitoring of this phenomenon and looking for the way to limit it, considering the experiences of other countries [21]. Particularly important is to conduct such studies in institutions that in the past years were characterised by relatively high ratio of using coercive measures [14, 19, 20].

Referring to the results of Polish [3-5, 18] and international [16, 17, 19, 20-23] studies, it was decided to assess the incidence of coercive measures used in relation to patients' admission to a psychiatric hospital, and to assess the use of coercive measures in the psychiatric hospital in Wrocław (currently Lower Silesian Mental Health Centre, LSMHC).

METHODS

The research used (a) LoMHP monitoring questionnaires from 2011-2015; (b) statistical data on admission and patient movement; (c) basic information on treated patients (ICD-10 diagnosis, sex, age, number of hospitalisations) from the hospital's system; (d) Interna-

jęcia w trybie artykułu 24.1 dotyczyły 7% pacjentów przyjętych bez świadomie wyrażonej zgody (1,1% ogółu hospitalizowanych). Wobec 14% pacjentów, których hospitalizowano wbrew woli, zastosowano tryb artykułu 28 UoOZP [6].

W latach 2003–2005 przeprowadzono międzynarodowe badanie EUNOMIA (*European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonization of Best Clinical Practice*). Wśród ośrodków uczestniczących w badaniu najwyższy wskaźnik stosowania przymusu odnotowano w szpitalu psychiatrycznym we Wrocławiu. W obserwacji *follow up* potwierdzono związek przyjęć bez zgody z częstszym stosowaniem środków przymusu bezpośredniego podczas hospitalizacji [16, 17]. Wykazano również, że odczuwanie przymusu [18] było silniejsze wśród pacjentów, którzy byli przyjęci za zgodą niż wśród przyjętych bez zgody, co miało wpływ na całościowy proces terapii i współpracę podczas leczenia (tzw. *compliance*) [19].

W dotychczas przeprowadzonych badaniach wskazano m.in. na czynniki, które zwiększają prawdopodobieństwo zastosowania środków przymusu w trakcie hospitalizacji [14, 15, 17, 20–23]. Wyróżniono trzy niezależne grupy czynników: odnoszące się do pacjenta, do personelu oraz powiązane z miejscem leczenia [22]. Stosowanie przymusu było najczęściej związane z określoną kategorią zaburzeń psychotycznych (w tym schizofrenią), upośledzeniem umysłowym, zaburzeniem organicznym, zachowaniem agresywnym z innych powodów i brakiem współpracy. Dużą rolę przypisuje się również miejscu leczenia (szpital psychiatryczny vs oddział psychiatryczny przy szpitalu ogólnym) i pragmatyce w stosowaniu przepisów UoOZP [4, 5]. Przytaczane badania wskazują dobitnie na częste, chociaż znacznie zróżnicowane stosowanie przymusu w lecznictwie psychiatrycznym, co powinno dawać asumpt do ciągłego monitorowania tego zjawiska i poszukiwania możliwości jego ograniczenia, uwzględniając przy tym doświadczenia innych krajów [21]. Szczególnie istotne jest przeprowadzenie takich badań w instytucjach, które we wcześniejszych badaniach charakteryzowały się relatywnie wysokimi wskaźnikami zastosowania przymusu [14, 19, 20].

Odnosząc się do wyników uzyskanych w polskich [3–5, 18] i międzynarodowych badaniach [16, 17, 19, 20–23], postanowiono dokonać oceny częstości przymusu związanego z przyjęciem pacjenta do szpitala psychiatrycznego oraz stosowania środków przymusu bezpośredniego na przykładzie Szpitala Psychiatrycznego we Wrocławiu (obecnie Dolnośląskie Centrum Zdrowia Psychicznego, DCZP).

METODY

Dla celów badania wykorzystano: a) kwestionariusze monitorowania UoOZP z lat 2011–2015; b) dane statystyczne dotyczące przyjęć i ruchu chorych; c) podstawowe informacje o osobach leczonych (rozpoznanie wg ICD-10, płeć, wiek, liczba hospitalizacji) znajdujące się w systemie szpitala,

tional Classification of Mental Health Care (ICMHC). The Board of LSMHC agreed to use the hospital data for the research.

Characteristics of Lower Silesian Mental Health Centre area

Wrocław is fourth most populous city in Poland (635.8 thousand of inhabitants in 2015) with the area of 293 km². Unemployment rate in Lower Silesia between 2011-2015 was on average 11.6% (for the commune of Wrocław – 4% on average) [24]; the suicide rate per 100 thousand inhabitants was 19.8%, and it was higher than the average of the entire country, i.e. 16.0% (higher ratio was only recorded in those years in Lubuskie, Lubelskie and Kujawsko-Pomorskie Provinces).

Lower Silesian Mental Health Centre is located in the city of Wrocław and it consists of an A&E Department and of 6 24-hour wards that together constitute a psychiatric hospital. Within LSMHC, there are also 4 day care wards, a consultation clinic and the Wrocław Addiction Treatment Centre (WATC). Therefore, the analysis only covered data from the psychiatric hospital, i.e. 24-hour wards from both emergency and planned admissions. Each ward (2 coeducational, 2 female, 2 male) in the considered period had 30 beds, similar number of staff (2 psychiatry specialists, 2 doctors specialising in psychiatry, psychologists, occupational therapist, Senior Sister, 2 nurses on duty), which meets the criteria of the Polish National Health Fund (NFZ) for psychiatric wards.

To assess the quality of psychiatric treatment and psychosocial rehabilitation in these 6 wards, the International Classification of Mental Health Care (ICMHC) questionnaire was used [25]. For 3 modalities, i.e. (1) pharmacological psychiatric treatment and other biologic methods; (2) evaluation of problems and functioning; and (3) psychological interventions, high degree of specialisation assessment was adopted. For 4 modalities, i.e. (1) making and sustaining contact; (2) general health care; (3) (re)education of basic skills, both interpersonal and social; and (4) interventions regarding everyday activities, medium degree of specialisation assessment was adopted. For the remaining 3, i.e. (1) care coordination; (2) taking-over every day responsibilities; and (3) interventions in family, related and other people, low degree of specialisation assessment was adopted [25]. Each in-patient ward of LSMHC is a ward adapted to treat variety of mental disorders of various intensity. The hospital does not have dedicated wards for specific group of mental disorders, e.g. affective disorders. The contract with NFZ includes treating patients with the following ICD-10 diagnoses: Z03, F00-F09, F1x.0-F1x.9, F20-F39, F40-F48, F50-F99.

c) Międzynarodową Klasyfikację Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej (ICMHC). Uzyskano zgodę Zarządu DCZP na wykorzystanie danych szpitalnych dla celów badania.

Charakterystyka rejonu Dolnośląskiego Centrum Zdrowia Psychicznego

Wrocław jest czwartym co do liczby mieszkańców miastem w Polsce (635,8 tys. ludności w 2015 r.) o powierzchni 293 km². Stopa bezrobocia w województwie dolnośląskim w latach 2011–2015 wynosiła średnio 11,6% (dla gminy Wrocław średnio 4%) [24], natomiast wskaźnik samobójstw na 100 000 mieszkańców wynosił 19,8 i był wyższy od wartości średniej dla kraju – 16,0 (wyższe wskaźniki odnotowano w tych latach jedynie w województwach lubuskim, lubelskim i kujawsko-pomorskim).

Dolnośląskie Centrum Zdrowia Psychicznego jest zlokalizowane na terenie miasta Wrocław. W jego skład wchodzi izba przyjęć i 6 oddziałów całodobowych tworzących szpital psychiatryczny. W ramach DCZP funkcjonują również 4 oddziały dzienne, poradnia konsultacyjna oraz Wrocławski Ośrodek Terapii Uzależnień (WOTU). Dlatego do analizy wykorzystano jedynie dane pochodzące ze szpitala psychiatrycznego, tj. oddziałów całodobowych, do których przyjęcia odbywały się zarówno w trybie nagłym, jak i planowym. Wszystkie oddziały (2 koedukacyjne, 2 żeńskie, 2 męskie) w omawianym okresie liczyły po 30 łóżek, miały podobną obsadę kadrową (2 specjalistów psychiatrii, 2 lekarzy specjalizujących się z psychiatrii, psychologa, terapeutę zajęciowego, pielęgniarkę oddziałową, 2 pielęgniarki na zmianie), spełniając wymagane kryteria Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) dla oddziałów psychiatrycznych.

Do oceny jakości leczenia psychiatrycznego i rehabilitacji psychospołecznej w tych 6 oddziałach zastosowano kwestionariusz Międzynarodowej Klasyfikacji Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej (ICMHC) [25]. W odniesieniu do 3 modalności – farmakologiczne leczenie psychiatryczne i inne metody biologiczne; ocena problemów i funkcjonowania; interwencje psychologiczne – przyjęto ocenę wysoki stopień specjalizacji. Dla 4 modalności – nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktu; ogólna opieka medyczna; (re)edukacja umiejętności podstawowych, interpersonalnych i społecznych; interwencje związane z codziennymi aktywnościami – przyjęto ocenę średni poziom specjalizacji. Natomiast dla 3 pozostałych – koordynacja opieki; przejmowanie obowiązków dnia codziennego; interwencje wobec rodziny, krewnych i innych osób – przyjęto ocenę niski poziom specjalizacji [25]. Wszystkie oddziały stacjonarne DCZP są oddziałami przystosowanymi do leczenia różnorodnych zaburzeń psychicznych o znacznym nasileniu. Brakuje w szpitalu oddziałów dedykowanych leczeniu określonych grup zaburzeń psychicznych, np. zaburzeń afektywnych. Kontrakt z NFZ obejmuje leczenie pacjentów z następującymi diagnozami wg klasyfikacji ICD-10: Z03, F00-F09, F1x.0-F1x.9, F20-F39, F40-F48, F50-F99.

RESULTS

Analysis of the documentation

Between 2011-2015, the average time of hospitalisation in 24-hour wards was 37 days and the ratio of admitted males to females was constant (M/F – 1.06 : 1.11). The inhabitants of Wrocław were on average 75.3% of the total number of patients and the rest were patients of Lower Silesia. Analysing the age structure of hospitalised patients (Figure I), the gradual increase of the percentage of young people is worth noticing, that is up to 29 years of age. The value almost doubled from 10.01% in 2011 to 19.88% in 2015. At the same time, the decrease in the percentage of patients aged 30-64 and over 65 was observed, respectively by 7% (from 71% to 63.7%) and by over 2% (from 19% to 16.4%). What catches the attention is the high percentage of patients hospitalised for the first time in their life (77.53% in 2011), even though it decreased by more than 19% to the value of 48.19% in 2015 (Figure II). The percentage of patients hospitalised three or four times was not high and stayed within 3.54-4.60% range.

During the considered period, the percentage of patients with specific diagnoses (ICD-10) was on a steady level, fluctuating only slightly by 3 percentage points. The largest group of approx. 1/3 of the patients in respective years were people diagnosed with schizophrenia; then with affective disorders (19-20%) and with disorders resulting from the use of psychoactive substances (11-13%) (Figure III). The analysis included the main diagnosis made on the day of discharge from the hospital.

The analysis of the LoMHP monitoring questionnaires shows high and steady (with only minor fluctuations) percentage of involuntary admissions with 28.92% average value from 5 years. The percentage for

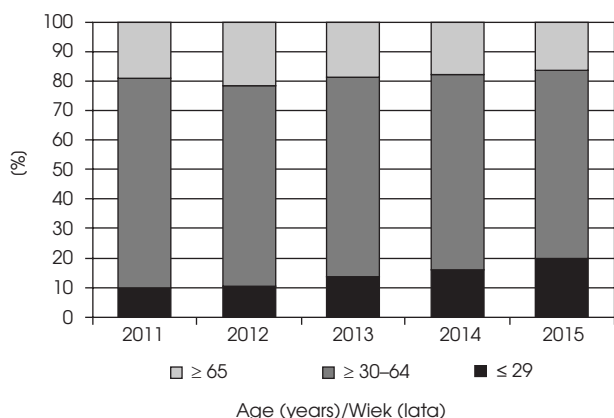


Figure I. The percentage of hospitalised patients in the 2011-2015 period based on age

Rycina I. Rozkład procentowy wieku osób hospitalizowanych w latach 2011–2015

WYNIKI

Analiza dokumentacji

W latach 2011–2015 średni czas hospitalizacji na oddziałach całodobowych wynosił 37 dni. Stosunek liczby przyjętych mężczyzn do kobiet kształtował się na stałym poziomie – 1,06 : 1,11. Mieszkańcy miasta Wrocław stanowili średnio 75,3% ogółu pacjentów, pozostali to pacjenci pochodzący z Dolnego Śląska. Analizując strukturę wiekową osób hospitalizowanych (rycyna I), należy zauważyć stopniowy wzrost odsetka osób w młodym wieku, tj. do 29. roku życia. Jego wartość wzrosła prawie dwukrotnie – z 10,01% w 2011 r. do 19,88% w 2015 r. Tym samym odnotowano obniżenie odsetka osób w wieku 30–64 lat i powyżej 65. roku życia odpowiednio o 7% (z 71% do 63,7%) i o ponad 2% (z 19% do 16,4%). Uwagę zwraca wysoki odsetek osób hospitalizowanych po raz pierwszy w życiu (77,53% w 2011 r.), chociaż uległ on obniżeniu o ponad 19% do wartości 48,19% w 2015 r. (rycyna II). Odsetek osób hospitalizowanych trzy lub więcej razy był niewielki i utrzymywał się w granicach 3,54–4,60%.

W analizowanym okresie wartości odsetkowe pacjentów z określonymi diagnozami (ICD-10) utrzymywały się na stałym poziomie, ulegając niewielkim wahaniom, maksymalnie o 3 punkty procentowe. Najliczniejszą grupę, ok. 1/3 leczonych w poszczególnych latach, stanowiły osoby z rozpoznaniem schizofrenia, następnie z rozpoznaniem zaburzenia afektywne (19–20%) i z zaburzeniami związanymi ze stosowaniem środków psychoaktywnych (11–13%) (rycyna III). W analizie uwzględniono rozpoznania główne, ustalone w momencie wypisu ze szpitala.

Analiza kwestionariuszy monitorowania UoOZP wykazała wysoki, utrzymujący się na stałym poziomie (z niewielkimi odchyleniami) odsetek przyjęć bez zgody, ze średnim wskaźnikiem pięcioletnim 28,92%. Wartość wskaźnika dla poszczególnych lat (2011–2015) wynosiła odpowied-

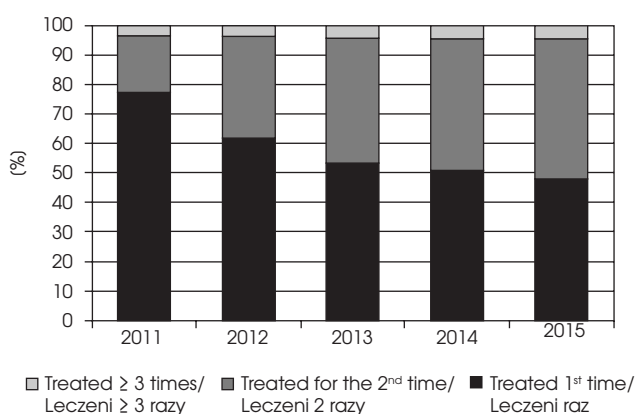


Figure II. The percentage of hospitalised patients in the 2011-2015 period based on frequency of stays

Rycina II. Rozkład procentowy częstości hospitalizowanych osób w latach 2011–2015

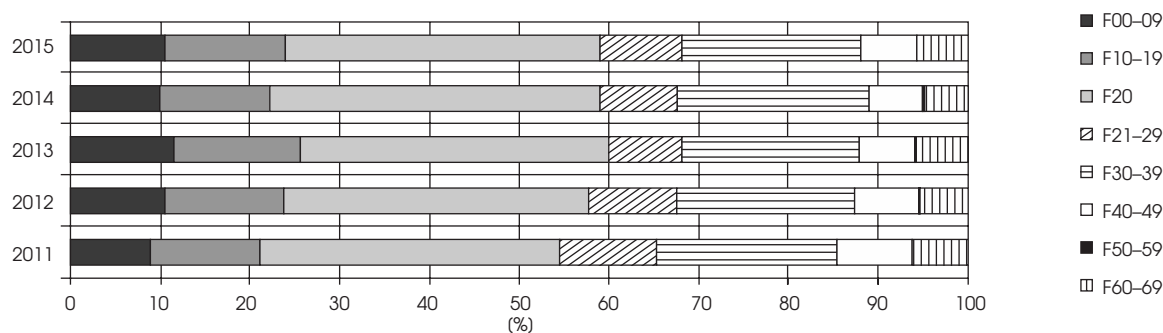


Figure III. The percentage of hospitalised patients in the 2011-2015 period based on diagnosis
Rycina III. Rozkład procentowy stawianych rozpoznaw osób hospitalizowanych w latach 2011–2015

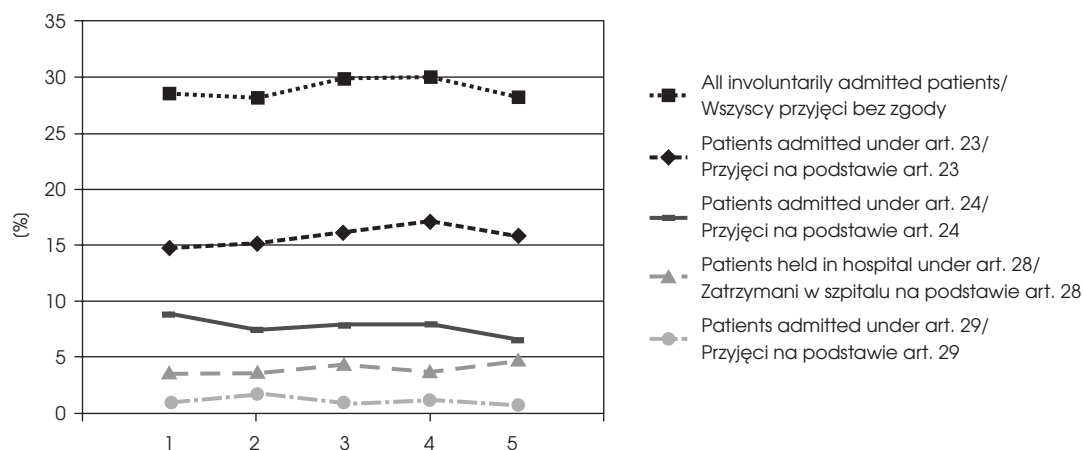


Figure IV. The percentage of hospitalised patients in the 2011-2015 period based on respective LoMHP articles
Rycina IV. Rozkład procentowy pacjentów przyjętych bez zgody wg odpowiednich artykułów UoOZP w latach 2011–2015

each year (2011-2015) was respectively 28.36%, 28.15%, 29.77%, 30.03% and 28.27% (Figure IV). Each percentage of involuntary admissions under respective LoMHP articles (23, 24 and 29) in the considered period was stable. The vast majority of involuntary admissions was based on article 23 (emergency admission). The percentage of patients ‘held’ under art. 28 and referred to guardian courts over 5 years changed only by 1 percentage point. The percentage of involuntary hospitalisation for 100 thousand of inhabitants (the total number of patients involuntarily admitted in each year to a psychiatric hospital under art. 23, 24 and 29 and held against their will under art. 28 of LoMHP) was respectively: 67.04; 60.48; 62.66; 68.24 and 67.27, and the average for 5 years was 65.14 (Figure V). Involuntary admissions usually referred to people with diagnosed F20 (schizophrenia) and F31 (bipolar disorders). Then, by the following order: F25 (schizoaffective disorders), F10 (alcohol related disorders), F19 (other psychoactive substance related disorders) and F06 (other mental disorders due to brain damage or dysfunction and somatic disease).

nio 28,36%, 28,15%, 29,77%, 30,03% i 28,27% (rycina IV). Wszystkie wskaźniki przyjęć wbrew woli pacjenta, odnoszące się do artykułów 23, 24 i 29 UoOZP, w badanym okresie były stabilne. Zdecydowana większość przyjęć bez zgody odbywała się na podstawie art. 23 (tryb nagły). Wskaźnik pacjentów „zatrzymanych” na podstawie art. 28 i zgłoszonych do sądu opiekuńczego na przestrzeni 5 lat uległ zmianie tylko o 1 punkt procentowy. Wskaźniki hospitalizacji wbrew woli na podstawie art. 28 UoOZP) wynosiły w poszczególnych latach odpowiednio: 67,04, 60,48, 62,66, 68,24 i 67,27, a średnia wartość pięcioletnia – 65,14 (rycina V). Przyjęcia bez zgody dotyczyły najczęściej osób z rozpoznaniem F20 (schizofrenia) oraz F31 (zaburzenia afektywne dwubiegunowe). Następnie według kolejności: F25 (zaburzenia schizoaferektywne), F10 (zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu), F19 (zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem wielu narkotyków i innych substancji psychoaktywnych) i F06 (inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną).

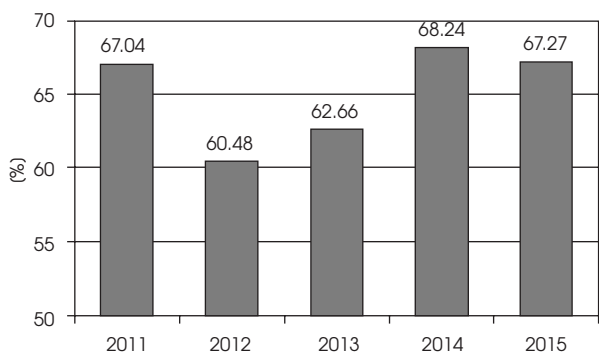


Figure V. The percentage of involuntary hospitalisation for 100 000 inhabitants of Wrocław commune in 2011-2015 period
Rycina V. Wskaźniki hospitalizacji bez zgody na 100 000 mieszkańców gminy Wrocław w latach 2011-2015

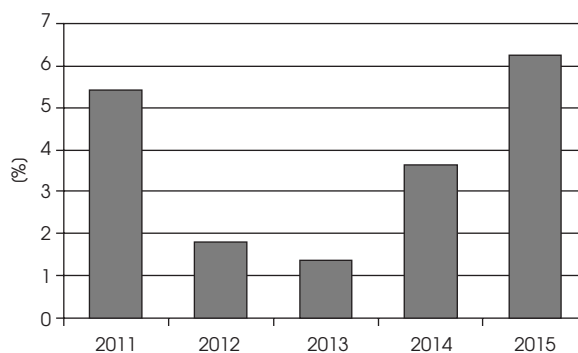


Figure VI. The percentage of people subjected to art. 26 of LoMHP (discontinuance of court proceeding on involuntary hospitalisation)

Rycina VI. Odsetek osób przyjętych bez ich zgody na podstawie artykułu 23 UoOZP, którzy potem wyrazili zgodę na pobyt w szpitalu na podstawie artykułu 26 UoOZP

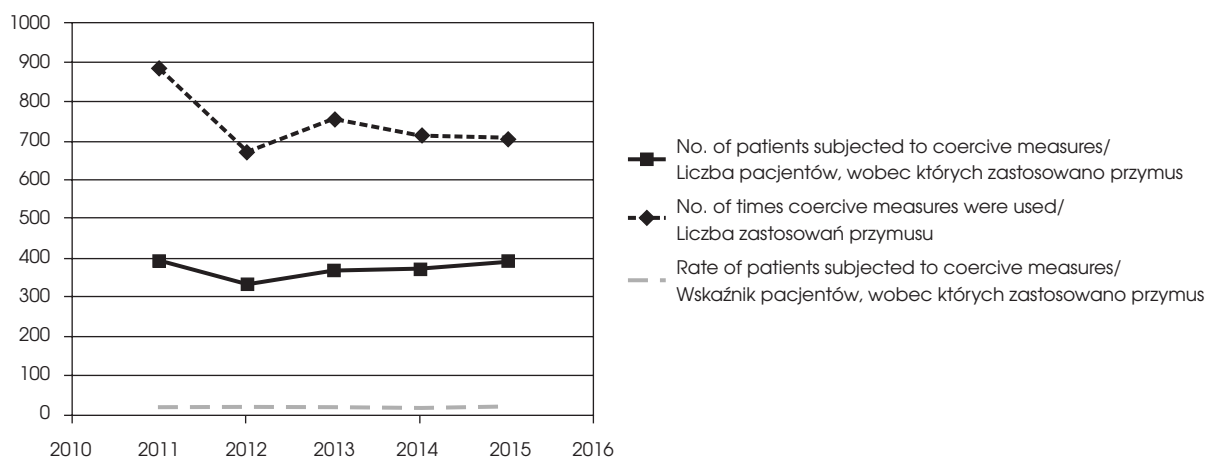


Figure VII. The number of cases when coercive measures were used in 2011-2015 period
Rycina VII. Zastosowanie przymusu bezpośredniego w latach 2011-2015

The percentage of ‘the discontinuance of court proceeding’ (art. 26 of LoMHP) for involuntarily admitted patients in 2011-2015 was respectively 5.42%, 1.82%, 1.39%, 3.64% and 6.25% (Figure VI).

Lack of ability to express informed consent on hospitalisation (art. 22, section 2) was found in 4.82% of the total number of admitted patients in 2011-2015, while admission under art. 22, section 5 (legal guardian) concerned only 0.2% of cases.

Using coercive measures in situations described in LoMHP is a common phenomenon in psychiatric institutions and hence, is subject to the statutory control. Applicable questionnaires record the quantitative and qualitative data of used coercive measures. In 2011-2015, coercive measures (quantitatively) in a form of constraining and/or forced medication was used on in-patient wards of the hospital respectively: 885, 672, 759, 716 and 707 times (Figure VII). The percentage of patients that were treated with co-

Wskaźnik dotyczący „umorzenia postępowania sądowego” (art. 26 UoOZP) wobec pacjentów przyjętych bez zgody wynosił w latach 2011-2015 odpowiednio 5,42%, 1,82%, 1,39%, 3,64% i 6,25% (rycina VI).

Brak zdolności do wyrażenia świadomej zgody na hospitalizację (art. 22 ust. 2) stwierdzono u 4,82% ogółu przyjętych w latach 2011-2015, natomiast przyjęcie na podstawie artykułu 22, ustęp 5 (przedstawiciel ustawowy) dotyczyło jedynie 0,2% przypadków.

Stosowanie przymusu bezpośredniego w sytuacjach opisanych w UoOZP jest powszechnym zjawiskiem w instytucjach psychiatrycznych i dlatego podlega ustawowo regulowanej kontroli. W odpowiednich kwestionariuszach odnotowywane są dane ilościowe i jakościowe stosowanego przymusu. W latach 2011-2015 przymus bezpośredni (ilościowo) w formie do unieruchomienia i/lub przymusowego podania leku zastosowano na oddziałach stacjonarnych szpitala odpowiednio 885, 672, 759, 716

ercive measures was steady within the range from 18.66% to 21.00% and the average value for the entire period of time was 19.64%.

DISCUSSION

Current results are worth comparing with the percentage obtained in the study on implementing and following LoMHP in Poland between 1996-2005 [3]. It showed that average percentage of involuntary admission was 8.7% in that period for the entire country and the highest percentage was 15.0% (min. 6.2% – max. 21.7%) recorded in Lower Silesia. Calculated per 100 thousand of the population, these rates were respectively 41.0 for the entire country and 53.0 for Lower Silesia [4]. In the Wrocław study, covering years 2011-2015, the percentage of involuntary admission was on average 28.9%, almost twice the value of the previous results for the entire Lower Silesia and more than three times higher than the percentage for the entire country. For the general population, the ratio 65.0/100 thousand of people did not differ significantly from the result of Langiewicz and Pasiorska study for Lower Silesia (53.0/100 thousand) and only slightly exceeded the ratio (64.0/100 thousand) for Podlaskie Province [4]. However, comparing it with the results from Salize and Dressing study [2], the ratio in Wrocław, although it was higher in comparison to rest of the country (41/100 thousand) [4], was within the average values recorded in countries, such as Great Britain (48/100 thousand), Ireland (74/100 thousand) and three times lower than in Germany (175/100 thousand) and Finland (218/100 thousand). The results, however, cannot be interpreted unequivocally due to the differences in legal systems and organisational models of psychiatric care in each country.

It should be noted though that percentages of involuntary admission revealed in our study with reference to the type of admission proceedings were not subject to significant changes over 5 years. The observed stability of the percentage of involuntary admissions is probably the result of high competence of the doctors on the A&E Department (evaluated in ICMHC questionnaire), whose decisions are sanctioned by a ruling of district court in all cases where there may have been a potential risk and/or doubt regarding the ability to express informed consent. Thus, it can be assumed that the clinical situations were correctly assessed and adequate proceedings were employed in accordance with LoMHP rather than influencing the patients' decisions by using various forms of pressure [26]. In accordance with LoMHP regulations, if there are premises for involuntary admission (behaviour indicating that due to mental illness the patient is a threat to their own life or the life and health of others), the doctor makes the final decision after personally examining the patient (and, if pos-

oraz 707 razy (rycina VII). Odsetek pacjentów, wobec których zastosowano takie środki, utrzymywał się na poziomie od 18,66% do 21,00%, a wartość średnia tego wskaźnika w danym przedziale czasu wynosiła 19,64%.

DYSKUSJA

Aktualne wyniki warto porównać ze wskaźnikami uzyskanymi w badaniu nad wdrażaniem i przestrzeganiem UoOZP w Polsce w latach 1996–2005 [3]. Wykazano, że średnie wartości wskaźników przyjęć bez zgody wynosiły w tym okresie 8,7% dla całego kraju, a najwyższy wskaźnik na poziomie 15,0% (min. 6,2% – maks. 21,7%) odnotowano w województwie dolnośląskim. W przeliczeniu na 100 000 populacji wskaźniki te wynosiły odpowiednio 41,0 dla całego kraju i 53,0 dla województwa dolnośląskiego [4]. W badaniu wrocławskim obejmującym lata 2011–2015 wartość wskaźnika przyjęć bez zgody wynosiła średnio 28,9%, przewyższając prawie dwukrotnie wcześniej uzyskane wyniki dla całego województwa dolnośląskiego i ponad trzykrotnie wskaźnik dla całego kraju. W przeliczeniu na populację ogólną uzyskany wskaźnik 65,0/100 000 ludności nie różnił się już znacząco od wyniku uzyskanego w badaniu Langiewicz i Pasiorskiej dla województwa dolnośląskiego (53,0/100 000) i tylko nieznacznie przewyższał wskaźnik (64,0/100 000) dla województwa podlaskiego [4]. Natomiast porównując z wynikami uzyskanymi w badaniu Salize i Dressing [2], wskaźnik wrocławski, choć wyższy od krajowego (41/100 000) [4], mieścił się w przedziale średnich wartości, jakie odnotowano w takich krajach, jak Wielka Brytania (48/100 000), Irlandia (74/100 000), i był około trzykrotnie niższy niż w Niemczech (175/100 000) i w Finlandii (218/100 000). Wyników tych nie można jednak interpretować jednoznacznie z uwagi na różnice w systemach prawnych i modelach organizacyjnych opieki psychiatrycznej w poszczególnych krajach.

Należy zaznaczyć, że odnotowane w naszym badaniu wartości wskaźnika przyjęć wbrew woli, z odniesieniem do trybu przyjęcia pacjentów, nie ulegały istotnym zmianom na przestrzeni 5 lat. Obserwowana stabilność wskaźników hospitalizacji wbrew woli jest zapewne konsekwencją wysokich kompetencji lekarzy izby przyjęć (ocenionych w kwestionariuszu ICMHC), które to decyzje są zatwierdzone postanowieniem sądu rejonowego we wszystkich sytuacjach, gdzie mogło występować potencjalne zagrożenie i/lub wątpliwości co do zdolności wyrażenia świadomej zgody. Tym samym można przyjąć, że właściwie oceniano zaistniałą sytuację kliniczną i zastosowano adekwatne postępowanie w myśl przepisów UoOZP, a nie wpływało na decyzje podejmowane przez pacjenta, stosując różne formy presji [26]. Zgodnie z zapisami UoOZP w przypadku występowania przesłanek stanowiących podstawę do hospitalizacji osoby wbrew woli (zachowanie wskazujące na to, że z powodu choroby psychicznej zagraża ona bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób) decyzję o hospitalizacji wbrew woli podejmuje lekarz po osobistym zbadaniu

sible, getting the second opinion of other psychiatrist or psychologist). The decision is then subject to evaluation of guardian court as monitoring each non-medical decisions of the doctor should minimise the risk of making the wrong decision.

The study conducted in similar period in IPaN in Warszawa focuses the attention not only to significantly lower percentage of total involuntary admissions based on ruling of guardian court (15.8%) [6] compared with the data from Wrocław (28.9%), but also to the very different ratio of admissions under articles 23.1 and 22.2 of LoMHP. These differences are so vast that their analysis requires in-depth studies of practices of using art. 22.2 in both institutions. In the future, the overall analysis should focus the attention on the influence of various factors on the percentage of involuntary admissions to psychiatric hospital and/or due to the lack of ability to express informed consent. So far, the studies only in a small degree or in no degree at all analysed the relationship between the value of observed percentages and variables, such as the diagnosis, age, earlier experiences in psychiatric treatment, knowledge on LoMHP, localisation of the hospital or psychiatric ward and service quality of each institution as well as the evaluation of 'social environment' influence and psychiatric stigmatisation.

It is also worth considering whether the relatively high ratio of suicides in Lower Silesia had any effect on more frequent than in other parts of the country use of articles 23 and 24 of LoMHP. High level of suicides is definitely connected with higher number of suicide attempts that are the reason for admission to psychiatric hospital, also involuntarily. Therefore, this may have affected the number of involuntary admissions not only in hospital in Wrocław, but also other psychiatric institutions of Lower Silesia, which has been confirmed in previous studies [3, 4].

The phenomenon of such significant predominance of first-time hospitalisations over repeated hospitalisations (even despite the steady downward trend in subsequent years, the average percentage was 58.5%) is puzzling. First stay in psychiatric hospital is often related with the lack of the patient's insight and criticism of the situation and/or fear of stigmatisation. Probably, it influences more frequent objection to the need of hospitalisation in relation with patients previously treated on an in-patient ward. It is also common in clinical practice that hospitalised patients often agree to another hospitalisation not because of their 'real acceptance', but rather due to inconveniences, such as the need to appear before a court, examination by an expert or prolonged stay in a hospital.

Langiewicz and Pasiorowska [5] put forward their own hypotheses that could explain the significant variations of the rate of involuntary admissions to in-patient psychiatric institutions. One of them is higher social ac-

pacjenta (i w miarę możliwości zasięgnięcia opinii innego lekarza psychiatrii lub psychologa). Decyzja ta jest następnie przedmiotem oceny sądu opiekuńczego, gdyż każda pozamedyczna kontrola decyzji lekarza powinna minimalizować ryzyko podjęcia przez niego błędnej decyzji.

W badaniu przeprowadzonym w podobnym okresie w IPiN w Warszawie uwagę zwraca nie tylko znacząco niższy odsetek całkowitej liczby przyjęć na podstawie decyzji sądu opiekuńczego (15,8%) [6] w porównaniu z danymi wrocławskimi (28,9%), lecz także zdecydowanie różne proporcje przyjęć na podstawie artykułów 23.1 i 22.2 UoOZP. Różnice te są na tyle istotne, że ich analiza wymaga pogłębionych badań dotyczących praktyki w stosowaniu art. 22.2 w ramach obydwu instytucji. W przyszłości w całościowej analizie należy też zwrócić uwagę na wpływ różnorodnych czynników na wysokość wskaźnika przyjęć do szpitala psychiatrycznego bez zgody i/lub z powodu braku zdolności do wyrażenia takiej zgody. Dotychczas w prowadzonych badaniach tylko w niewielkim stopniu albo w ogóle nie analizowano zależności pomiędzy wysokością obserwowanych wskaźników a takimi zmiennymi, jak diagnoza, wiek, wcześniejsze doświadczenia z leczenia psychiatrycznego, wiedza na temat UoOZP, lokalizacja szpitala lub oddziału psychiatrycznego i świadczona jakość usług w danej instytucji oraz ocena wpływu „otoczenia społecznego” i stygmatyzacji psychiatrycznej.

Należałoby się również zastanowić, czy odnotowany w województwie dolnośląskim relatywnie wysoki wskaźnik samobójstw nie wpłynął na częstsze niż w innych regionach kraju stosowanie art. 23 i 24 UoOZP. Na pewno wysoki wskaźnik samobójstw wiąże się z większą liczbą prób samobójczych, które są przesłanką do hospitalizacji w szpitalu psychiatrycznym również wbrew woli pacjenta. Dlatego mogło to mieć wpływ na przyjęcia bez zgody nie tylko we wrocławskim szpitalu, lecz również w instytucjach psychiatrycznych województwa dolnośląskiego, co zostało potwierdzone we wcześniejszych badaniach [3, 4].

Zastanawiające jest również zjawisko tak znacznej przewagi liczby pierwszorazowych hospitalizacji nad wielokrotnymi hospitalizacjami (mimo utrzymującej się tendencji spadkowej w kolejnych latach wartość średnia odsetka wynosiła 58,5%). Pierwszy pobyt w szpitalu psychiatrycznym jest często związany z brakiem wglądu i krytycyzmu pacjenta i/lub z jego strachem przed stygmatyzacją. Prawdopodobnie ma to wpływ na częstsze wyrażenie sprzeciwu wobec konieczności hospitalizacji w porównaniu z osobami leczonymi już w warunkach oddziału całodobowego. W praktyce klinicznej obserwujemy też, że osoby wielokrotnie hospitalizowane często zgadzają się na kolejną hospitalizację nie ze względu na „rzeczywistą akceptację”, lecz z powodu takich niedogodności, jak konieczność stawania przed sądem, badanie przez biegłego czy wydłużenie pobytu szpitalnego.

Langiewicz i Pasiorowska [5] wysunęły własne hipotezy mogące tłumaczyć znaczne zróżnicowanie wartości wskaźnika przyjęć bez zgody w stacjonarnych instytucjach psychiatrycznych. Jedną z nich jest większa społeczna akcep-

ceptance of hospitalisation in psychiatric ward of general hospitals than in psychiatric hospitals; the other one – lifting the catchment area system resulting in more frequent choosing of psychiatric hospitals than general hospitals with psychiatric wards as a place to consult a patient in an emergency unit. Both assumptions can explain the high (28.9%) average percentage of involuntary admissions to hospital in Wrocław. Undoubtedly, variables, such as high incidence of first-time hospitalisations, young age of admitted patients, diagnosis and experience of the personnel deciding on admission or local stigmatisation of psychiatric care could be of influence here.

The analysis of data on using coercive measures in LS-MHC and comparing it with the results from the entire country gathered at the turn of 1999 and 2000 [14] allows to grasp the increase of percentage in people (19.64 vs. 12.36) who were treated with coercive measures. This would be consistent with EUNOMIA study results, indicating strong connection of involuntary admissions with more frequent use of coercive measures in hospitalisation [16, 17, 20]. This ratio in Wrocław study was stable, although there was a decrease in the use of coercive measures from 885 cases in 2011 to 707 in 2015, which contradicts trying to interpret the increase of using coercive measures as a result of popularisation of the practice of writing proper documentation [15].

It should be noted that multi-institutional studies on factors influencing the use of coercive measures [20] in relation with main predisposing factors also include the diagnosis of psychotic disorders. At the hospital in question in the considered period, the percentage of patients with F20-F29 diagnosis was on average 42.7%, which can also be explained by increased incidence of using coercive measures.

Constant doubts and controversy regarding involuntary admissions and using coercive measures, despite existing legislation, should be subject to best possible studies so the results could be used in the process of changes in psychiatry.

Study limitations: (1) the study was retrospective and did not allow direct contact with the patients that were subjected to coercive measures; (2) LoMHP monitoring questionnaires used in the study do not differentiate the type of coercive measure in relation to the type of proceeding under which the patient is admitted to hospital; (3) IT system of the hospital does not archive the situations of using coercive measures at the A&E Department; it registers only those happening in hospital wards.

CONCLUSIONS

1. Due to the considerable divergence of results on coercive measures – both direct and indirect – of studies carried out so far in Poland, further in-depth analysis

tacja hospitalizacji na oddziale psychiatrycznym szpitala ogólnego niż na oddziale szpitala psychiatrycznego, drugą – zniesienie rejonizacji, skutkujące częstszym wyborem szpitala psychiatrycznego niż szpitala ogólnego z oddziałem psychiatrycznym jako miejsca konsultacji pacjenta w trybie nagłym. Oba przypuszczenia mogą tłumaczyć tak wysoką (28,9%) średnią wartość przyjęć bez zgody w szpitalu we Wrocławiu. Niewątpliwie wpływ na to mogły mieć także takie zmienne, jak: wysoki odsetek pierwszorazowych hospitalizacji, młody wiek przyjmowanych osób, diagnoza, doświadczenie personelu decydującego o przyjęciu czy lokalne oddziaływanie stygmatyzacji psychiatrycznej.

Analiza danych dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego w DCZP oraz jej porównanie z wynikami krajowymi uzyskanymi na przełomie lat 1999 i 2000 [14] pozwala zauważyć wzrost odsetka osób (19,64 vs 12,36), wobec których zastosowano środki przymusu. Byłoby to zgodne z wynikami badania EUNOMIA, wskazującymi na silny związek przyjęć bez zgody z częstszym stosowaniem środków przymusu bezpośredniego podczas hospitalizacji [16, 17, 20]. Wskaźnik ten w badaniu wrocławskim był stabilny, choć obniżeniu uległa liczba zastosowań przymusu – z 885 w 2011 r. do 707 w 2015 r., co pozostaje w sprzeczności z próbą interpretacji wzrostu zastosowań przymusu jako wyniku upowszechniania praktyki prowadzenia prawidłowej dokumentacji [15].

Należy nadmienić, że wielośrodkowe badania nad czynnikami wpływającymi na stosowanie przymusu bezpośredniego [20] do głównych czynników predysponujących zaliczają również diagnozę zaburzeń psychotycznych. W omawianym szpitalu w analizowanym przedziale czasu wartość odsetka pacjentów z rozpoznaniem F20-F29 wynosiła średnio aż 42,7%, co może tłumaczyć zwiększoną częstość stosowania środków przymusu bezpośredniego.

Pojawiające się wątpliwości i kontrowersje wobec przyjęć bez zgody pacjenta i stosowania przymusu bezpośredniego, mimo istniejących regulacji prawnych, powinny być współcześnie poddane jak najlepiej zaprojektowanym badaniom, aby uzyskane wyniki mogły być wykorzystane w procesie przemian dokonujących się w psychiatrii.

Ograniczenia badania: 1) badanie miało charakter retrospektywny i nie pozwalało na bezpośredni kontakt z pacjentami, wobec których stosowano przymus, 2) wykorzystane w badaniu kwestionariusze monitorowania UoOZP nie różnicują rodzaju stosowania przymusu w odniesieniu do trybu przyjęcia do szpitala, 3) w systemie informatycznym szpitala nie są odnotowywane sytuacje zastosowania przymusu bezpośredniego w izbie przyjęć, a jedynie na oddziałach szpitala.

WNIOSKI

1. W związku ze znaczną rozbieżnością wyników badań na temat przymusu pośredniego i bezpośredniego przeprowadzonych dotychczas w Polsce konieczna

- of this phenomenon is necessary, especially in the institutions with the highest values of these rates.
2. The results obtained from the analysis of data from psychiatric hospital in Wrocław from the period 2011-2015 are characterised by high stability of rates (type of admission, diagnostic categories, direct coercive measure), which can prove that they document the real image of situation of using direct and indirect coercive measures.
 3. Even though the rate of involuntary admissions (for 100 thousand people) in psychiatric hospital in Wrocław is relatively high in relation with rates in the rest of the country, as compared with results from other European countries, it is well within the average values and it is significantly lower than in highly developed countries, such as Germany and Finland.
 4. In evaluating involuntary admissions and use of coercive measures, apart from sociodemographic data of the patients, one should also include their previous experience with hospitalisation in psychiatric hospital, diagnosis, feeling of stigmatisation, location of the hospital (including close neighbourhood with general hospitals with psychiatric wards) and the suicide rate in the region.
- jest dalsza wnikliwa analiza tego zjawiska, zwłaszcza w instytucjach, które charakteryzowały się najwyższymi wartościami wskaźników.
2. Wyniki uzyskane z analizy danych szpitala psychiatrycznego we Wrocławiu z lat 2011–2015 charakteryzują się znaczną stabilnością wskaźników (tryb przyjęcia, kategorie diagnostyczne, przymus bezpośredni), co może dowodzić, że dokumentują rzeczywisty obraz sytuacji związanej z przymusem pośrednim i bezpośrednim.
 3. Mimo że wartość wskaźnika przyjęć wbrew woli (w przeliczeniu na 100 000 populacji) w szpitalu psychiatrycznym we Wrocławiu jest relatywnie wysoka wobec wskaźników krajowych, to w porównaniu z wartościami uzyskanymi w innych krajach europejskich mieści się w granicach średnich wartości i jest zdecydowanie niższa niż w krajach wysoko rozwiniętych, takich jak Niemcy i Finlandia.
 4. W ocenie przyjęć bez zgody, a także stosowania przymusu bezpośredniego oprócz danych socjodemograficznych pacjentów należy uwzględnić również ich wcześniejsze doświadczenia związane z hospitalizacją w szpitalu psychiatrycznym, diagnozę, poczucie stygmatyzacji, lokalizację szpitala (w tym bliskie sąsiedztwo szpitali ogólnych z oddziałami psychiatrycznymi) oraz wskaźnik samobójstw w danym regionie.

Acknowledgements / Podziękowania

The authors would like to express their gratitude to Mrs Grażyna Dusza, head of Medical Documentation Department of LSMHC, for preparation of the data on coercion measures and patient movements./Autorzy wyrażają podziękowanie pani Grażynie Duszy, kierownikowi Działu Dokumentacji Medycznej DCZP za przygotowanie zestawień danych dotyczących przymusu i ruchu chorych.

Conflict of interest / Konflikt interesu

Absent./Nie występuje.

Financial support / Finansowanie

Absent./Nie występuje.

References / Piśmiennictwo

1. Powszechna deklaracja praw człowieka. Available from: http://www.unesco.pl/fileadmin/user_upload/pdf/Powszechna_Deklaracja_Praw_Czlowieka.pdf [Accessed: April 2017].
2. Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 163-168.
3. Brodniak W, Langiewicz W, Welbel S. Monitoring of the Polish Mental Health Act implementation in the years 1996-2005. *BMC Psychiatr* 2007; 7 (Suppl 1): S100.
4. Langiewicz W, Pasiorowska M. Zróżnicowanie terytorialne przymusowych hospitalizacji oraz przymusu bezpośredniego w oddziałach psychiatrycznych w 2006 roku. *Post Psych Neurol* 2009; 18: 51-58.
5. Langiewicz W, Pasiorowska M. Przymusowe hospitalizacje oraz przymus bezpośredni w oddziałach psychiatrycznych w 2006 roku na tle lat wcześniejszych. *Post Psychiatr Neurol* 2008; 17: 127-133.
6. Markiewicz I, Heitzman J, Gardyńska-Ziemia E. Przymusowa hospitalizacja psychiatryczna – struktura przyjęć bez zgody w trybie nagłym na przykładzie IPiN w Warszawie. *Psychiatr Pol* 2016; 50: 7-18.

7. Kochański A, Cechnicki A. Postawy polskich psychiatrów wobec osób chorujących psychicznie. *Psychiatr Pol* 2017; 51: 29-44.
8. Dąbrowski S. Major issues in the Polish mental health legislation draft proposal. *Int J Law Psychiatry* 1978; 1: 125-136.
9. Dąbrowski S. Changes in the proposed mental health act. *Psychiatr Pol* 1987; 21: 121-127.
10. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Z 2016 r. poz. 546).
11. UN Convention on the Right of Persons with Disabilities (2006) Chapter IV, Human Rights – Convention the Right of Persons with Disabilities, New York, 13th December 2006. Available from: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/61/106 [Accessed: February 2017].
12. Zawieja M. Aspekty prawne ochrony zdrowia psychicznego w Polsce. Available from: http://afektywni.pl/upload/file/Akty_prawne_02.doc [Accessed: February 2017].
13. Dąbrowski S, Brodniak W, Welbel S. Major problems of the Mental Health Act implementation. *Post Psychiatr Neurol* 1997; 6: 483-488.
14. Dąbrowski S, Brodniak W, Welbel S. Evaluation of keeping in accordance with the rules and regulations on the consent for treatment in a psychiatric hospital. *Psychiatr Pol* 2005; 39: 139-150.
15. Dąbrowski S. Evaluation of implementation of the Mental Health Act provisions concerning physical restraint. *Post Psychiatr Neurol* 2001; 10: 375-382.
16. Kallert T, Glöckner M, Onchev G, Raboch J, Karastergiou A, Solomon Z, et al. The EUNOMIA project on coercion in psychiatry: study design and preliminary data. *World Psychiatry* 2005; 4: 168-172.
17. Raboch J, Kalisova L, Nawka A, Kitzlerová E, Onchev G, Karastergiou A, et al. Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries. *Psychiatr Serv* 2010; 61: 1012-1017.
18. Pawłowski T, Kiejna A, Rymaszewska J. Involuntary commitment as a source of perceived coercion. *Psychiatr Pol* 2005; 39: 151-159.
19. Kallert TW, Katsakou C, Adamowski T, Dembinskas A, Fiorillo A, Kjellin L, et al. Coerced Hospital Admissions and Symptom Change – A Prospective Observational Multi-Centre Study. *PLoS One* 2011; 6: e2819.
20. Kalisowa L, Raboch J, Nawka A, Sampogna G, Cihal L, Kallert TW, et al. Do patient and ward-related characteristics influence the use of coercive measures? Results from the EUNOMIA international study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014; 49: 1619-1629.
21. Steinert T, Martin V, Baur M, Bohnet U, Goebel R, Hermelink G, et al. Diagnosis-related frequency of compulsory measures in 10 German psychiatric hospitals and correlates with hospital characteristic. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42: 140-145.
22. Husum TL, Bjørngaard JH, Finset A, Ruud T. A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. *BMC Health Serv Res* 2010; 10: 89.
23. Georgieva I, Vesselinov R, Mulder CL. Early detection of risk factors for seclusion and restraint: a prospective study. *Early Interv Psychiatry* 2012; 6: 415-422.
24. Bank Danych Lokalnych. Available from: <https://bd.l.stat.gov.pl/BDL/start> [Accessed: April 2017].
25. Piotrowski P, Ciałkowska M, Kiejna A. Międzynarodowa Klasyfikacja Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej (ICMHC) – charakterystyka i zastosowanie. *Psychiatr Pol* 2009; 43: 631-638.
26. Lidz CW, Hoge SK, Gardner W, Bennett NS, Monahan J, Mulvey EP, et al. Perceived coercion in mental hospital admission. Pressures and process. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 1034-1039.