

Marta Jakubczyk

Rozprawa doktorska: Czynniki ryzyka stosowania środków przymusu wśród osób z zaburzeniami psychicznymi na przykładzie szpitala psychiatrycznego we Wrocławiu”

STRESZCZENIE

Wstęp

Przeprowadzone w wielu krajach badania ukazały odmiennosc w stosowaniu przymusu pośredniego i bezpośredniego w szpitalach psychiatrycznych. Również w Polsce wykazano znaczne różnice pomiędzy województwami w częstości stosowania przymusu. Z uwagi na najwyższe w kraju wartości wskaźników odnotowane w województwie dolnośląskim, zdecydowano o pogłębionej analizie tego zjawiska w ramach prospektywnego badania przeprowadzonego w szpitalu psychiatrycznym Dolnośląskiego Centrum Zdrowia Psychicznego we Wrocławiu.

Cele pracy

1) ocena częstości hospitalizacji bez zgody w szpitalu z uwzględnieniem odpowiednich artykułów Uoozp; 2) ocena częstości stosowania przymusu bezpośredniego z określeniem różnic pomiędzy poszczególnymi oddziałami; 3) charakterystyka czynników predysponujących do zastosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjentów podczas pobytu w szpitalu psychiatrycznym.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w okresie 12.01-11.07 2015 r. i za pomocą wybranych narzędzi (ICMHC, BPRS, GAF, CAT, MANSA, SACS) oceniono: warunki i jakość usług w szpitalu psychiatrycznym, hospitalizowanych pacjentów, zastosowanie przymusu bezpośredniego, a także stosunek personelu do jego stosowania. Do badania zakwalifikowano pacjentów: potwierdzających poczucie przymusu hospitalizacji oceniane w skali MPCCS, hospitalizowanych bez zgody i wobec których w czasie hospitalizacji zastosowano przymus bezpośredni. Ostatecznie do badania włączono 346 pacjentów, z czego 237 wyraziło zgodę na badanie i zostało przebadanych osobiście.

Wyniki

Oszacowano, że wskaźnik przyjęć pacjentów bez zgody do szpitala psychiatrycznego we Wrocławiu wyniósł 29,9%, a wskaźnik ten przeliczony na populację ogólną wyniósł 65,0/100 000 ludności. Przymus bezpośredni w czasie trwania badania zastosowano 295 razy wobec 173 pacjentów, a wskaźnik zastosowania przymusu bezpośredniego osiągnął wartość prawie 21% w relacji do wszystkich pacjentów w badanych oddziałach. Zlecenia zastosowania przymusu

bezpośredniego zostały wydane w 86% przypadków przez lekarzy będących w trakcie specjalizacji z psychiatrii. Unieruchomienie mechaniczne stanowiło 80% wszystkich epizodów zastosowania przymusu bezpośredniego w szpitalu, a średni czas jego trwania wyniósł 7,87 godz. Ponadto w szpitalu stosowano także przymusowe podanie leku oraz doprowadzenie do oddziału. Wykazano różnice w stosowaniu przymusu bezpośredniego pomiędzy oddziałami szpitala. Istotnie wyższe wartości wskaźników dotyczyły oddziału V z pododdziałem sądowym o podstawowym stopniu zabezpieczenia. Wskaźnik stosowania przymusu bezpośredniego wyniósł tam blisko 27%, natomiast unieruchomienie mechaniczne stosowano w 99% przypadków przy średnim czasie trwania tego środka przymusu 12 godz. W badaniu wykazano, że przyjęcia w myśl art. 22.2a i 24.1 Uoozp wiążą się z wyższym ryzykiem zastosowania przymusu bezpośredniego, a ryzyko to zmniejsza się istotnie w przypadku przyjęć w myśl art. 29 Uoozp. Ważnym, istotnym statystycznie czynnikiem ryzyka stosowania przymusu okazała się przeszłość psychiatryczna pacjenta. Fakt zastosowania przymusu bezpośredniego w czasie wcześniejszych hospitalizacji, a także prawdopodobnie wielokrotność wcześniejszych hospitalizacji bez zgody wiążą się z podwyższonym ryzykiem użycia przymusu bezpośredniego. Nasilenie objawów w skali ogólnej BPRS jak również w podskalach pobudzenia oraz depresji i lęku, a także niższa ocena funkcjonowania pacjenta za pomocą skali GAF również zwiększają niebezpieczeństwo zastosowania środków przymusu.

Wnioski

1. Szpital psychiatryczny we Wrocławiu charakteryzuje się relatywnie wyższymi wartościami wskaźników przyjęć pacjentów bez zgody oraz zastosowania przymusu bezpośredniego w porównaniu do krajowych badań. Wszystkie odnotowane w szpitalu sytuacje zastosowania przymusu były zgodne z obowiązującymi regulacjami Uoozp. Wskaźnik przyjęć bez zgody przeliczony na populację ogólną mieści się jednak w granicach średnich wartości uzyskanych w krajach europejskich. Tym niemniej warto poddać szczegółowej analizie występujące na poziomie krajowym różnice.

2. Funkcjonowanie pododdziału sądowego dla mężczyzn o podstawowym stopniu zabezpieczenia w ramach jednego z oddziałów szpitala miało wpływ na istotnie wyższe wartości wskaźników związanych z zastosowaniem przymusu bezpośredniego w porównaniu do pozostałych oddziałów szpitala psychiatrycznego we Wrocławiu.

3. W ocenie ryzyka zastosowania przymusu bezpośredniego należy uwzględnić przede wszystkim „przeszłość psychiatryczną” pacjenta, jego sytuację prawną związaną z aktualnym przyjęciem do szpitala psychiatrycznego, a także nasilenie objawów psychopatologicznych oraz poziom funkcjonowania ocenione skalami BPRS i GAF.

Introduction

Research carried out in many countries has shown significant differences in the use of indirect and direct physical restraint in psychiatric hospitals. Even within in Poland, there were significant differences between provinces in the frequency of medical restraint. The highest rates in the country were recorded in the Lower Silesian Voivodship, it was decided to deepen the analysis of this phenomenon as part of a prospective study carried out in the Lower Silesian Centre for Mental Health in Wrocław.

Aims of the study

1) The assessment of the frequency of hospitalisation without consent in the hospital, including relevant 'Uoozp' (Polish mental health act) articles; 2) The assessment of the frequency of direct physical restraint and comparison between wards within the hospital; 3) the main factors predisposing to the use of direct physical restraint towards patients during their stay at the hospital.

Material and methods

The study was conducted from the 2 January to the 11 of July 2015 and with the help of selected tools (ICMHC, BPRS, GAF, CAT, MANSA, SACS) the conditions and the quality of services in the psychiatric hospital, hospitalised patients, use of direct physical restraint, as well as the attitudes of personnel with regards to direct physical restraint were assessed. The study included patients who during their stay felt a sense of coercion during their hospitalisation and this was measured using the MPCCS scale as well as those who were hospitalised without consent as well as patients who directly experienced physical restraint during their hospitalisation. 346 patients were enrolled in the study, of which 237 agreed to the study and were interviewed in person.

Results

It was estimated that the admission rate of patients without consent to the hospital in Wrocław amounted to 29.9%, and this rate converted into the general population was 65.0 / 100,000 . Direct physical restraint during the study was used 295 times against 173 patients, and the rate of use of direct physical restraint reached a value of almost 21% in relation to all patients in the studied wards. Orders for the use of direct physical restraint were issued in 86% of cases by resident psychiatrist doctors. Mechanical immobilization accounted for 80% of all episodes of direct restraint in the hospital, and its average duration was 7.87 hours. In addition, the hospital also used forced drug delivery and forced escort to the wards. Differences in the use of direct coercion between departments of the hospital was demonstrated. Significantly higher ratios were found on ward V, which is a ward with a sub-unit for court ordered patients and a 'basic level of security'. The rate of use of direct restraint on this ward was nearly 27%, while mechanical

immobilization was used in 99% of cases and the average duration was 12 hours. The study showed that admissions under articles 22.2a and 24.1 Uoozp were associated with a higher risk of direct physical restraint, and this risk decreases significantly in the case of admissions under article 29 Uoozp. An important, statistically significant risk factor for physical restraint was the past psychiatric history of the patient. The use of direct restraint during earlier hospitalisations and multiple previous hospitalisations without consent are associated with an increased risk of using direct physical restraint. The severity of symptoms on the general BPRS as well as in the sub-scales of arousal, depression and anxiety, as well as a lower score with regards to the patients functioning measured using the GAF scale also increased the likelihood of using direct physical restraint.

Conclusions

1. The psychiatric hospital in Wrocław is characterised by relatively higher rates of admission without consent and the use of direct coercion and restraint in comparison to national surveys. All situations of physical restraint recorded in the hospital were in accordance with applicable Uoozp regulations. However, the admission rate without consent converted into the general population falls within the limits of the average values obtained in other European countries. Nevertheless, it is still worth analysing the differences at a national level.

2. The functioning of the sub-unit for the court ordered treatment of men with a basic degree of security in one of the hospital wards significantly increased the values of indicators related to the use of direct physical restraint compared to other wards of the psychiatric hospital in Wrocław.

3. In the risk assessment of direct physical restraint, the patient's "psychiatric past", his / her legal situation relating to their current admission, as well as the severity of psychopathological symptoms and the level of functioning assessed by the BPRS and GAF scales should be taken into consideration.