

NEDOBROVOLNÁ HOSPITALIZACE A NÁZORY PACIENTŮ – VÝSLEDKY EVROPSKÉ STUDIE EUNOMIA

původní práce

Jiří Raboch¹
Lucie Kališová¹
Alexander Nawka¹
Eva Kitzlerová¹
Martin Černý¹
a skupina EUNOMIA^{1,2}

¹Psychiatrická klinika
1. LF UK a VFN, Praha

²Psychiatrická léčebna Bohnice,
Praha

Kontaktní adresa:

prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.
Psychiatrická klinika
1. LF UK a VFN
Ke Karlovu 11
128 00 Praha 2
e-mail: raboch@cesnet.cz

Podpořeno grantem
EU QLGA-CT-2002-01036

SOUHRN

Raboch J, Kališová L, Nawka A, Kitzlerová E, Černý M a skupina EUNOMIA. Nedobrovolná hospitalizace a názory pacientů – výsledky evropské studie EUNOMIA

Úvod: Léčebné zákroky proti vůli pacienta, které se stávají v posledních letech častějšími, jsou v psychiatrii i celé medicíně stále intenzivně diskutovány a vyvolávají rozporuplná tvrzení.

Vlastní výzkum: V rámci evropského projektu EUNOMIA jsme sledovali početnou skupinu pacientů hospitalizovaných proti své vůli na Psychiatrické klinice VFN a v Psychiatrické léčebně Bohnice. Z 202 nedobrovolně léčených pacientů považovalo detenci za oprávněnou po jednom měsíci 55 % a po 3 měsících 63 %. Kladný postoj měli především mužští pacienti s lepším sociálním zázemím, u kterých došlo během sledování ke zlepšení jejich duševního stavu. Česká centra se přes problémy s financováním psychiatrické péče neliší v těchto postojích pacientů od vyspělých evropských zemí.

Diskuse a závěry: Poměr míry omezení individuálních práv a celospolečenských zájmů je a bude dlouhodobým procesem, který bude též ovlivňovat způsob psychiatrické léčby.

Klíčová slova: evropská studie EUNOMIA, detence, postoje pacientů.

SUMMARY

Raboch J, Kališová L, Nawka A, Kitzlerová E, Černý M, EUNOMIA. Involuntary hospital treatment and patients' views – results of EUNOMIA study

Introduction: Involuntary treatments in mental health care as well as in the whole medical care are permanently discussed and are leading to controversial statements.

Research project: When participating in EUNOMIA project we have followed a numerous group of patients admitted involuntarily to Psychiatric Department of General Faculty Hospital in Prague and in Psychiatric hospital in Bohnice. 55 % of 202 followed patients found the admission right after one month after admission and 63 % after three months. Positive views were expressed especially by male patients living not alone in whom during the follow up period their psychic state was improved. Patients' views in Czech centers despite problems with financing of the mental health care in our country did not differ from those living in more developed European countries.

Discussion and conclusions: Relationships between restrictions of individual rights and safety of all members of the whole society is and will be a long-term process which will be also influencing mental health care in the future.

Key words: European study EUNOMIA, detention, patients' attitudes.

ÚVOD

Po celém světě určitá část pacientů bývá léčena a hospitalizována proti své vůli, a v posledních letech se dokonce v západní Evropě počet detencí podstatně zvýšil.¹¹ Tyto zákroky se týkají různých oborů, jako je třeba infekční nebo kožní lékařství. Ale v psychiatrii na rozdíl od jiných medicínských disciplín představuje tato skutečnost často diskutovanou a někdy kritizovanou oblast.¹³ Psychiatriům bývá vyčítáno, že zasahují příliš razantně do práv jiných, jindy jsou naopak vláčeni médii s tím, že nezasáhli dosti razantně a včas. V ČR je možno léčit nemocného proti jeho vůli pouze v těch případech, kdy je pacient bezprostředně nebezpečný sobě nebo svému okolí.¹⁰ Pracovní skupina Psychiatrické společnosti ČLS JEP vypracovala doporučení, jak při použití těchto prostředků postupovat.¹ Asi v polovině evropských zemí se kromě tohoto předpokladu uznává i kritérium nutnosti léčby v zájmu zdraví pacienta.¹⁴ Debata o tom, jaká regulace abnormního chování a jaká praxe nedobrovolného léčení, se často pohybuje na úrovni ideologické.¹² Z pochopitelných etických a praktických důvodů existuje jen velmi málo výzkumných studií, které se touto problematikou zabývají.^{6,7}

METODIKA

V letech 2002–2006 se uskutečnila evropská studie EUNOMIA (European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonisation of Best Clinical Practice), která se zaměřila na používání omezovacích prostředků u nedobrovolně hospitalizovaných psychiatrických pacientů. Zúčastnilo se jí 13 center z 12 zemí.⁵ České centrum tvořila Psychiatrická klinika VFN a Psychiatrická léčebna Bohnice.

Celkově bylo v období od 1. 9. 2003 do 31. 8. 2005 ze spádové oblasti Prahy 1, 2, 3, 8 a 10 nedobrovolně přijato 1956 osob. Na podkladě vylučovacích kritérií daných projektem bylo vyloučeno 1615 z nich. O účast ve studii bylo požádáno 341 pacientů, z nich 139 odmítlo spolupracovat. Výsledný soubor tedy čítá 202 léčených průměrného věku 39,8 roku s vyrovnaným poměrem žen a mužů (49,4, resp. 50,6 %). U vysokého procenta pacientů (74 %) se jednalo o opakovanou hospitalizaci. Diagnosticky se nejčastěji jednalo o onemocnění z okruhu F 2x.x (psychotická onemocnění, schizoafektivní onemocnění, celkem 60 %), dále z okruhu F 3x.x (poruchy nálady, častěji ve smyslu mánie, celkem 12 %) a F 1x.x (poruchy spojené se závislostmi, celkem 11 %). Zhruba 1/3 zařazených osob žila v době přijetí ve vlastním bytě, další 1/3 žila u svých příbuzných, pouze malé procento osob bydlelo v nějaké veřejné instituci (chráněné bydlení apod.). Převážná většina osob pobírala invalidní důchod nebo byla nezaměstnaná, pouze přibližně 30 % pacientů pracovalo na plný či částečný úvazek. Přibližně polovina pacientů byla svobodných, mnoho pacientů bylo rozvedených. Nadpoloviční většina žila sama, bez partnera a dětí. Podrobné údaje o charakteristice osob zařazených u nás jsme publikovali v předchozích článkách.^{3,4}

Zařazené osoby byly vyšetřeny při přijetí (t1, n = 202), po následujících 4 týdnech (t2, n = 159) a za 3 měsíce po přijetí (t3, n = 112). Výskyt psychopatologických sympto-

mů byl sledován pomocí 24položkové škály BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale).¹⁶ Pacienti vyjádřili svůj postoj k detenci odpovědí na otázku „Pokud dnes hodnotíte s odstupem, myslíte, že bylo správné, že jste byl přijat, nebo že to byla chyba?“ (škála subjektivních pocitů) po jednom a třech měsících od přijetí na 11bodové likertovské škále pohybující se od 0 (zcela nesprávné) do 10 (zcela správné). Při hodnocení odpovědí jsme též provedli dichotomizaci výsledků a vyhodnotili jsme odpovědi s hodnotou nad 5 jako spíše schvalující hospitalizaci a s hodnotou pod 5 jako spíše neschvalující správnost přijetí.

Cílem tohoto sdělení je popsat postoje našich pacientů k nedobrovolné hospitalizaci zjišťované 1 a 3 měsíce po přijetí k léčbě, porovnat je se stejnými údaji získanými v ostatních evropských centrech a pokusit se najít faktory, které hrají v tomto směru významnou roli.

K posouzení kategoriálních a spojitých vlivů na retrospektivní pacientovo hodnocení přijetí byl použit zobecněný lineární model (SPSS 17.0). V testování rozdílů skupinových průměrů u spojitých vlivů byl použit t-test, dále chí-kvadrát test nebo „Fisher's exact test“ k posouzení náhodnosti frekvenčních tabulek. Byla zvolena pětiprocentní hladina významnosti.

VÝSLEDKY

Dostupné údaje pacientů léčených v ČR a v celé skupině všech center projektu EUNOMIA o jejich měnících se názorech na správnost či nesprávnost nedobrovolné hospitalizace (škála subjektivních pocitů) jsou uvedeny v tab. 1.

Tab. 1. *Názory pacientů na správnost či nesprávnost nedobrovolného přijetí po 1 a 3 měsících od počátku hospitalizace*

	ČR	EUNOMIA
Počet pacientů po 1 měsíci od přijetí	159	1732
Průměrné skóre škály subjektivních pocitů	6,09	5,77
Směrodatná odchylka	3,54	3,63
% „nesprávných“	43	45
% „správných“	57	55
Počet pacientů po 3 měsících od přijetí	112	1497
Průměrné skóre škály subjektivních pocitů	6,95	6,37
Směrodatná odchylka	3,04	3,43
% „nesprávných“	32	37
% „správných“	68	63

Z tab. 1 vyplývá, že během léčby se zvyšuje počet pacientů, kteří se zásahem proti jejich vůli souhlasí; přitom čísla z ČR jsou o něco příznivější, než je průměr z ostatních evropských center, i když statisticky signifikantní rozdíl v hodnocení nebyl detekován. I po 3 měsících asi jedna třetina dotázaných osob považuje zásah proti jejich vůli za spíše nesprávný.

Během sledování pacientů po přijetí k léčbě došlo ke statisticky významnému snížení výskytu psychopatologických příznaků, měřeno změnami hodnot BPRS. Průměrná hodnota BPRS v naší skupině při přijetí byla 50,2 (SD 13,4), za 1 měsíc 43,0 (SD 12,8), za 3 měsíce 38,6 (SD 11,9).

Snažili jsme se najít faktory související s tím, že pacienti přijmou hospitalizaci proti jejich vůli jako adekvátní řešení situace. Výsledky jsou uvedeny v tab. 2.

Tab. 2. **Faktory ovlivňující názory pacientů na detenci (obecný lineární model)**

Vliv	Signifikantnost (p)
ČR versus ostatní centra	0,70
Pohlaví	0,02
Zaměstnání	0,82
Žije sám	0,00
Věk	0,92
Diagnóza	0,70
Věk při ukončení vzdělání	0,26
Pokles skóre BPRS	0,00

Hodnota $p = 0,05$ a nižší znamená statisticky významný vliv faktoru

Z tab. 2 vyplývá, že jako významné faktory v tomto směru se ukázaly pohlaví pacienta, neexistence mezilidské podpory (žije sám) a skóre BPRS. Mužští pacienti nežijí sami, u kterých došlo k ústupu psychopatologických příznaků, častěji hodnotili hospitalizaci jako správnou.

DISKUSE

Uvědomujeme si omezenost výsledků naší studie. Popisujeme pouze názory určité části pacientů z velkého města. Velká část nedobrovolně přijatých nesplňovala vstupní kritéria nebo nesouhlasila s účastí ve studii. Nemáme bohužel k dispozici údaje o tom, zda se skupiny s námi spolupracujících pacientů nějakým způsobem zásadně liší od těch, kteří do studie zařazeni nebyli. Tyto údaje měli k dispozici naši kolegové v londýnském centru,¹² avšak nezjistili přitom mezi skupinou zařazených a nezařazených významné rozdíly, co se týče základních charakteristik, jako je věk, pohlaví, diagnóza apod. Přesto nelze vyloučit, že nezařazení pacienti by častěji považovali hospitalizaci za neoprávněnou.

Je celkem pochopitelné, že v těch případech, kdy terapii pacientovi výrazně pomůžeme (snížení skóre BPRS), léčení spíše akceptují zásah do jejich svobody. Je ale také možný výklad, že osoby nedobrovolně přijaté, které však později s hospitalizací souhlasí, mají vyšší compliance s léčbou, a proto jsou terapeutické výsledky lepší. I psychosociální podpora nemocného hraje v tomto směru důležitou roli. Jistě se blízké osoby mající dobrý vztah s pacientem zasadí o to, aby léčený s ošetřujícím personálem lépe spolupracoval. O významu pohlaví pro akceptaci nedobrovolné léčby se může jistě různě spekulovat. Tomuto tématu chceme věnovat další samostatné sdělení.⁹

Mezinárodním porovnáním diskutovaných údajů se zabývá aktuální publikace Priebeho a spolupracovníků v Britském psychiatrickém časopise.¹² Autoři konstatují, že ve vnímání nedobrovolné léčby existují v Evropě velké rozdíly. Po jednom měsíci jsou nejvíce „nespokojeni“ pacienti ve Vilniusu v Litvě (61 %) a nejméně v Neapoli (29 %), po třech měsících je největší nesouhlas s detencí ve Švédsku v Örebro (54 %) a nejmenší nesouhlas opět v Neapoli (14 %).

Priebe a spolupracovníci¹² také uvažují o tom, které faktory ovlivňují postoje nedobrovolně léčených pacientů. Stejně jako my v našem národním vzorku zjistili i oni významný vliv pohlaví a partnerského zázemí. Ve větším vzorku se ukázal významným faktorem též věk a diagnóza (mladší pacienti se schizofrenií byli méně spokojeni). Podle nich však tyto faktory nedokážou vysvětlit velké rozdíly mezi centry z různých států. Poukazují v tomto směru na rozdílné kulturní tradice, očekávání pacientů a různé systémy zdravotní péče. Je třeba dodat, že vliv některých především ideových tradic nelze rychle změnit, ale jak ukazují poslední studie z Evropy¹⁵ a především z USA⁸, jak důsledná centrální politika, tak kvalitní vzdělávání i školení personálu a dobré technické zázemí mohou i během krátké doby přinést velmi dobré výsledky též na poli omezení osobní svobody pacientů s duševní poruchou.

Důležité pro nás může být, že čísla z České republiky, resp. z velkoměstské spádové oblasti, kterou obhospodaruje jak Všeobecná fakultní nemocnice, tak Psychiatrická léčebna, patří v evropském kontextu k těm lepším a významně se nelišíme od takových zemí, jako je Spolková republika Německo, Velká Británie nebo Švédsko, které vydávají ze svého zdravotního rozpočtu na psychiatrickou péči 10–12 % na rozdíl od našich hubených 4 %.² Poslední zlepšení financování psychiatrické péče v ČR, které se díky dlouhodobému úsilí více našich zástupců projevilo zásadním navýšením lékového paušálu v akutní péči a navýšením rozpočtu následné péče, jistě může dále přispět k tomu, že naši pacienti budou v našich ústavech spokojenější a účinněji léčeni. Je třeba ale nastartovat další programy především v komunitní péči a v systému zvládnání méně spolupracujících pacientů, abychom nedobrovolné pobyty a používání omezovacích prostředků mohli dále minimalizovat.

Částečně nás sice může uspokojit ta skutečnost, že asi dvě třetiny nedobrovolně léčených později uznají nutnost tohoto zákroku, avšak nemůže nás nechat v klidu, že jedna třetina a možná více nedobrovolně hospitalizovaných duševně nemocných tuto skutečnost z různých důvodů neuzná.

Diskuse o vhodnosti či nevhodnosti zásahů proti vůli nemocných lidí a hledání správného poměru mezi zachováním individuálních práv člověka a celospolečenskými zájmy a ochranou všech příslušníků dané společnosti jsou velmi důležité. Jde jistě o proces, který bude mít své výkyvy a prakticky nikdy neskončí.

Poděkování

Děkujeme za technickou spolupráci RNDr. L. Číhalovi.

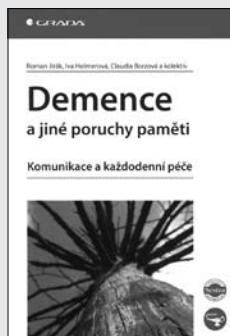
LITERATURA

- Baudiš P, Kališová L, Kitzlerová E, Petr T, Mikláš T. Omezovací prostředky. In: Raboch J et al. Psychiatrie. Doporučené postupy psychiatrické péče II. Praha: Infotarm; 2006: 152–162.
- EU: Green Paper. Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union. Brussels: 2005, COM(2005); 484 final.
- Kališová L, Raboch J, Číhal L, Novotná I, Kitzlerová E a skupina EUNOMIA. Použití omezovacích prostředků v psychiatrii – výsledky mezinárodního projektu EUNOMIA, základní charakteristika konečného souboru v ČR. Čes a slov Psychiat 2008; 104 (1): 4–8.
- Kališová L, Raboch J, Číhal L, Kitzlerová E, Černý M a skupina EUNOMIA. Vnímání omezení a nátlaku během nedobrovolné hospitalizace a po propuštění. EUNOMIA – konečné výsledky v České republice. Čes a slov Psychiat 2009; 105 (1): 5–11.
- Kallert TW, Glöckner M, Onchev G, Raboch J, Karastergiou A, Salomon Z, Magliano L, Dembinskas A, Kiejna A, Nawka P, Torres-González F, Priebe S, Kjellin L. The EUNOMIA project on coercion in psychiatry: study design and preliminary data. World Psychiatry 2005; 4 (3): 168–172.
- Kallert T, Glöckner M, Schutzwahl M. Involuntary vs. Voluntary hospital admission: A systematic literature review on outcome diversity. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2008; 258: 195–209.
- Katsakou C, Priebe S. Outcomes of involuntary hospital admission – a review. Acta Psychiatr Scand 2006; 114: 232–241.
- Martin A, Krieg H, Esposito F, Srubne D, Cardova L. Reduction of restraint and seclusion through collaborative problem solving: a five-year prospective study. Psychiatr Serv 2008; 59 (12): 1406–1411.
- Nawka A, Raboch J, Nawkova L, Kitzlerová E, Kališová L, Černý M, Číhal L, Kallert TW. Gender differences in involuntary treated patients with schizophrenia. Eur Psychiatry 2008; 23 (Suppl 2): 135.
- Pavlovský P et al. Soudní psychiatrie a psychologie. Praha: Grada; 2009.
- Van der Post L, Schoevers R, Koppelmans V, Visch I, Bernardt C, Mulder N, Beekman A, de Haan L, Dekker J. The Amsterdam Studies of Acute Psychiatry I (ASAP-I): a prospective cohort study of determinants and outcome of coercive versus voluntary treatment interventions in a metropolitan area. BMC Psychiatry 2008; 8: 35.
- Priebe S, Katsakou Ch, Glöckner M, Dembinskas A, Karastergiou A, Kiejna A, Kjellin L, Fiorillo A, Nawka P, Onchev G, Raboch J, Schutzwahl M, Salomon Z, Torres-Gonzales F, Wang D, Kallert T. Patient's views of involuntary hospital admission after one and three months: a prospective study in eleven European countries. Br J Psychiatry (v tisku).
- Raboch J. Psychiatry in the Czech Republic. International Psychiatry 2006; 3 (2): 15–17.
- Salize HJ, Dressing H, Peitz M. Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States. Research Project – Grant Agreement No. SI2.254882 (2000CVF3-407), final report; 2002.
- Steinert T, Eisele F, Goeser U, Tschoeke S, Ullmann C, Schmidt P. Successful interventions on an organisational level to reduce violence and coercive interventions in in-patients with adjustment disorders and personality disorders. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2008; 4: 27–31.
- Ventura J, Green MF, Shaner A, Liberman R. Training and duality assurance with the Brief Psychiatric Rating Scale: „The Drift Busters“. Int J Methods Psychiatric Res 1993; 3: 221–224.

Roman Jiráček, Iva Holmerová, Claudia Borzová et al.

DEMENCE A JINÉ PORUCHY PAMĚTI

Komunikace a každodenní péče



Publikace přináší kompletní obraz o poruchách paměti a demence, jejich typech a klinické prezentaci. Rovněž uvádí, jaké jsou jejich příčiny či co se v současnosti z této oblasti zkoumá, a také jak lze uvedené poruchy léčit, jak komunikovat s postiženými lidmi, co dělat při zjištění počínajících poruch paměti.

Je určena jako učebnice pro bakalářské a magisterské studium pro nelékařské zdravotnické obory, profesionální pečovatele o pacienty s poruchami

paměti, psychology, pedagogy, speciální pedagogy, zdravotní sestry, home-care i rodinné příslušníky pacientů trpících demencí a dalšími poruchami paměti.

Knihu napsal kolektiv autorů dlouhodobě se zabývajících problematikou demencí a poruch paměti. Publikace se snaží přinést komplexní pohled na uvedenou oblast z hlediska nelékaře. Autoři dlouhodobě publikují v oblasti demencí a příbuzných poruch. Hlavní autoři pracují na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN v Praze, v Centru pro diagnostiku a léčbu Alzheimerovy demence.

229 Kč, Grada Publishing, 2009, 1. vydání, 176 s., černobíle, 150x210 mm, brožované