

FAKTORI POVEZANI SA PRINUDNOM HOSPITALIZACIJOM

KORESPONDENT

Emilija Novaković
Klinika za psihijatrijske bolesti
„Dr Laza Lazarević“, Beograd

AUTORI

Emilija Novaković¹, Ivana Stašević Karličić^{1,2}, Mirjana Stojanović Tasić^{1,2}, Tatjana Novaković², Jovana Milošević², Vladan Đorđević¹

¹ Klinika za psihijatrijske bolesti „Dr Laza Lazarević“, Beograd, Srbija

² Medicinski fakultet u Prištini sa privremenim sedištem u Kosovskoj Mitrovici, Univerzitet u Prištini, Srbija

SAŽETAK

U kliničkoj praksi, prinudna hospitalizacija u psihijatriji je procedura kojoj podležu pacijenti sa teškim mentalnim poremećajima (smetnjama), zbog nesposobnosti donošenja racionalnih odluka o lečenju. Prevalencija prinudnih hospitalizacija varira u velikoj meri unutar i među zemljama. Prinudni prijem u bolnicu na psihijatrijsko lečenje, može biti spasonosan i smatrati se dugoročno korisnim za neke ljude. Ipak, iskustvo prinudnog lečenja može biti traumatično, zastrašujuće, stigmatizujuće i dovesti do dugoročnog izbegavanja službi za zaštitu mentalnog zdravlja i povećanog rizika od rehospitalizacije. U radu smo razmatrali faktore rizika za prinudne hospitalizacije i njihovu učestalost u regionu i Evropi.

Cljučne reči: prinudna hospitalizacija, faktori rizika, lica sa mentalnim smetnjama

ENGLISH

FACTORS ASSOCIATED WITH INVOLUNTARY HOSPITALIZATION

Emilija Novaković¹, Ivana Stašević Karličić^{1,2}, Mirjana Stojanović Tasić^{1,2}, Tatjana Novaković², Jovana Milošević², Vladan Đorđević¹

¹ Clinic for Mental Disorders "Dr Laza Lazarevic" Belgrade, Serbia

² Faculty of Medicine in Pristina with temporary settled in Kosovska Mitrovica, University of Pristina, Serbia

SUMMARY

In clinical practice, involuntary hospitalization in psychiatry is a procedure that patients with severe mental disorders are subject to due to the inability to make rational treatment decisions. The prevalence of involuntary hospitalizations varies widely within and between countries. Involuntary admission to a hospital for psychiatric treatment can be life-saving and may be considered beneficial to some people in the long run. However, the experience of involuntary treatment can be traumatic, intimidating, stigmatizing, and lead to long-term avoidance of mental health services and an increased risk of rehospitalization. In this paper, we have considered the risk factors for involuntary hospitalizations and their frequency in the region and Europe.

Key words: involuntary hospitalization, risk factors, persons with mental disorders

UVOD

U kliničkoj praksi, prinudna hospitalizacija u psihijatriji je procedura kojoj podležu pacijenti sa teškim mentalnim poremećajima (smetnjama) zbog nesposobnosti donošenja racionalnih odluka o lečenju. (1) Dobrovoljna psihijatrijska hospitalizacija ukazuje na to da pacijenti pristaju na psihijatrijsko stacionarno lečenje (1). Uvođenje zakonske regulative koja se odnosi na mentalno zdravlje, zajedno sa rastom svesti o ljudskim pravima dovelo je do povećanja učestalosti dobrovoljnih hospitalizacija u psihijatriji. Ipak, zakonske odredbe koje se odnose na psihijatrijsko lečenje bez pristanka lica sa mentalnim smetnjama, ostaju sporna zbog osetljive ravnoteže između prednosti lečenja i autonomije pacijenata (1).

Prinudni prijem u bolnicu na psihijatrijsko lečenje, može biti spasonosan (2,3) i smatrati se dugoročno korisnim za neke ljude (4). Ipak, iskustvo prinudnog lečenja može biti trauma-tično (5), zastrašujuće (6), stigmatizujuće (7) i dovesti do dugoročnog izbegavanja službi za zaštitu mentalnog zdravlja i povećanog rizika od rehospitalizacije (8).

Postoje ubedljivi dokazi da prinudni i dobrovoljni prijemi na psihijatrijsko lečenje imaju različite ishode. Nedobrovoljni smeštaji u psihijatrijsku ustanovu su češće povezani sa lošim tretmanom i pridržavanjem tretmana, dok dobrovoljni prijemi se dovode u vezu sa boljim terapijskim pristupom i pridržavanjem tretmanu (2).

U prethodne tri decenije, značajno je porastao broj ljudi prinudno hospitalizovanih u psihijatrijskim bolnicama (9). Razlozi za povećanje stope prinudnih hospitalizacija i varijacije među zemljama širom sveta ne mogu se u potpunosti objasniti različitim zakonskom regulativom ili razlikama u prevalenciji mentalnih smetnji na nivou zemlje (10).

FAKTORI RIZIKA

Prevalencija prinudnih hospitalizacija varira u velikoj meri unutar i među zemljama. Širom Evropske unije (EU), ukupna učestalost prinudnih prijema na psihijatrijsko lečenje ima udela od 3% do 30% u ukupnom broju hospitalizacija. Na ove varijacije mogu uticati razlike u pravnim procedurama. Veliki broj Evropskih studija potvrđuje činjenice da su pojedine dijagnostičke kategorije (shizofrenija, psihotični poremećaj, mentalni poremećaj usled nekog psihosomatskog stanja ili zloupotreba psihoaktivnih supstanci) i demografski faktori (muški rod i imigrantski status), faktori koji su povezani sa prinudnom hospitalizacijom (11,12).

Faktori koji utiču na prinudne hospitalizacije klasifikovani su kao:

1. Individualni faktori (sociodemografske i kliničke karakteristike obolelih, kao i stavovi i kompetentnosti njihovih staratelja).
2. Faktori vezani za zdravstveni sistem (organizacija i resursi zaštite mentalnog zdravlja).
3. Faktori vezani za podneblje (nacionalno zakonodavstvo, šira društvena perspektiva i tradicija, socioekonomski faktor i ekonomske promene) (13,14).

Faktori rizika za prinudne hospitalizacije prikazani su u meta analizi britanskih autora. Analizom je obuhvaćeno 77 studija iz 22 zemlje, sa prosečnom stopom od 23% prinudnih hospitalizacija. Značajno češće prinudno zadržavani na psihijatrijskom lečenju bili su muškarci, neoženjeni, nezapo-

sleni, korisnici socijalne pomoći sa dijagnostikovanim psihotičnim ili bipolarnim poremećajem i prethodnim prinudnim hospitalizacijama. Poređenjem rezultata studija nađena je značajna povezanost između prinudnih psihijatrijskih hospitalizacija sa jedne i pozitivnih simptoma psihoze, smanjenog uvida u bolest, neredovnog uzimanja terapije pre hospitalizacije i učešća policije pri prijemu na hospitalizaciju sa druge strane. Dijagnoza depresije, poremećaja raspoloženja, anksioznosti, poremećaja ličnosti ili neurotski sa stresom povezani poremećaji bili su povezani sa dobrovoljnim hospitalizacijama u značajno većem procentu u odnosu na prinudne hospitalizacije. Prema podacima iz ove studije među prinudnim hospitalizacijama učestalost psihoze bila je 85-94%, bipolarnih poremećaja 37-67%, procenat anksioznih osoba prinudno hospitalizovanih je bio 16-53% (15). Zaključci ove meta analize bili su sledeći, prethodna prinudna hospitalizacija i dijagnoza psihotičnog poremećaja su najznačajniji faktori rizika za prinudno psihijatrijsko lečenje, a osobe sa ovim faktorima rizika predstavljaju važnu ciljnu grupu za preventivne intervencije i krizno planiranje (15).

Podaci iz savremene literature ukazuju da postoje varijacije, po regionima. Prema njima afroamerička populacija sa Kariba, Afrikanci crne puti kao i ljudi iz južne Azije su bili pod većim rizikom od prinudne hospitalizacije u odnosu na ljude bele etničke pripadnosti (16). Takođe, veća verovatnoća za prinudne hospitalizacije postoji među migrantima u poređenju sa domorodačkim stanovništvom, a razlozi za ove disparitete ostaju uglavnom neobjašnjivi. Bolje razumevanje kliničkih i društvenih faktora koji dovode do prinudnih hospitalizacija mogli bi da pojašne ove varijacije unutar i između zemalja te dovedu do saznanja o intervencijama koje su potrebne i gde bi one mogle da budu usmerene kako bi se sprečila ili smanjila upotreba prinudnih hospitalizacija (16).

Prinudne hospitalizacije, prema grupi italijanskih autora, su prvenstveno bile povezane sa mladim starosnim dobom, dijagnozom shizofrenije ili zloupotrebe psihoaktivnih supstanci, sa dužim hospitalizacijama, epizodama primenom mehaničkog sputavanja i manjim brojem rehospitalizacija. Navode stopu od 10,1% prinudno hospitalizovanih kojima je to bila prva hospitalizacija (17).

Studija nemačkih autora obuhvatila je 5.764 pacijenata iz četiri psihijatrijske bolnice u Kelnu. Cilj studije je bio da se identifikuju faktori rizika povezani sa visokim rizikom za prinudnu hospitalizaciju kako na individualnom nivou tako i na nivou službe za zaštitu mentalnog zdravlja i socioekonomskog okruženja. Posebno visoke rizike pokazali su pacijenti sa organskim mentalnim poremećajima, penzioneri, osobe primljene van radnog vremena i oni koji nisu bili stambeno zbrinuti. Značajno su bili zastupljeni pacijenti sa suicidalnim sklonostima, posebno oni koji su i prethodno pokušali da izvrše samoubistvo ili su živeli u područjima sa visokom stopom nezaposlenosti. Pacijenti sa psihotičnim poremećajem predstavljali su osobe sa velikim rizikom, posebno ako su živeli u urbanim područjima, sami ili u manjim porodicama. Generalno, nemotivisanost za lečenje, teški simptomi, gubitak uvida u svoje stanje i opasnost po okolinu pokazali su se kao uobičajeni faktori rizika za prinudnu hospitalizaciju među različitim dijagnostičkim grupama. U pogledu sociodemografskih faktora, dominirali su muški pol i migranti. Međutim postoje indicije da nezaposlenost, beskućništvo i primanje invalidskih penzija ili socijalnih beneficija, pripadnost nižim društvenim slojevima i niži nivo obrazovanja, kao i slaba socijalna podrška mogu biti faktori rizika za prinudnu hospitalizaciju (18).

Nezavisno od gore navedenih autora Schmitz-Buhl i ostali su u svom istraživanju razmatrali medicinske, sociodemografske i socioekonomske faktore rizika za prinudne hospitalizacije. Istraživanje je urađeno na uzorku od 1773 pacijenata lečenih po Zakonu o mentalnom zdravlju Savezne pokrajine severna Rajna u Nemačkoj, u gradu Kelnu. Među pacijentima koji su prinudno hospitalizovani, u najvišem procentu su bili pacijenti sa organskim mentalnim poremećajima (18,6% prema 3,9%), shizofrenijom i drugim psihotičnim poremećajima (31,4% prema 17,7%). Rezultati su pokazali da su ovi pacijenti bili u proseku stariji, penzioneri i migranti. Takođe, vrlo često su to bili neoženjeni ili udovci i pacijenti sa neorganskim psihotičnim poremećajem ili lakom duševnom zaostalošću u kombinaciji sa migrantskim poreklom. Često se javljala zavisnost udružena sa psihozom (12 naspram 8,4%). Na kraju, ovi pacijenti su češće hospitalizovani u odnosu na dobrovoljno hospitalizovane zbog suicidalnog rizika i samopovređivanja (37,9% prema 20,9%), i češće su prijavljivali ranije pokušaje samoubistva (19). Dostupni epidemiološki podaci ukazuju da se stope prinudnih hospitalizacija značajno razlikuju u različitim zemljama Evrope, i da, bez obzira na stalne napore da se njihov broj smanji, u većini zapadno-evropskih zemalja one pokazuju postepen porast (20,21). U Severnoj Irskoj kriterijumi za prinudnu hospitalizaciju bazirani su na prisustvu mentalnog poremećaja i ozbiljnog rizika za sebe ili druge (22,23). Italija, Španija i Švedska su jedine zemlje u kojima se opasnost po sebe ili druge ne

smatra kriterijumom za prinudno lečenje, međutim u ovim zemljama prisutan mentalni poremećaj podrazumeva neophodnost lečenja, što je kontradiktorno (24).

Prinudna hospitalizacija je kontraverzno pitanje. Identifikovanje faktora koji dovode do nje i njihovih interakcija je od suštinskog značaja za efikasno usmeravanje razvoja profesionalne obuke, preventivnih strategija i alternativnih intervencija (25,26,27). Za našu zemlju nema podataka, budući da nema relevantnih epidemioloških studija.

ZAKLJUČAK

Analizom dostupne literature, dolazi se do zaključka da je uključen veliki broj faktora rizika za prinudnu hospitalizaciju, da su slični faktori rizika koji se povezuju sa prinudnom hospitalizacijom ali da je različita zastupljenost u zemljama po regionima. Zdravstveni radnici i zakon dele zajednički cilj da se pacijent, koliko god je to moguće, smatra partnerom u procesu donošenja odluka, osim u slučajevima kada je to nemoguće. Sadašnji stavovi naglašavaju da je prinudna hospitalizacija obavezno lečenje samo u izuzetnim slučajevima i da je prinudno lečenje izuzetak u odnosu na sve druge medicinske tretmane, koji, i ako mogu biti neophodni, ne mogu zanemariti zahtev za informisanim pristankom i uvek se mogu odbiti.

LITERATURA

1. Zhou JS, Xiang YT, Zhu XM, Liang W, Li H, Yi J et al. Voluntary and involuntary psychiatric admissions in China. *Psychiatric Services*. 2015;66(12):1341-1346.
2. Katsakou C, Bowers L, Amos T, Rose D, Wykes T, Priebe S. Coercion and treatment satisfaction among involuntary patients. *Psychiatr Serv* 2010; 61:286-292.
3. Wang DWL, Colucci E. Should compulsory admission to hospital be part of suicide prevention strategies? *BJPsych Bull*. 2017; 41:169-171.
4. Frueh BC, Knapp RG, Cusack KJ, Grubaugh AL, Sauvageot JA. Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatr Serv*. 2005; 56:1123-1133.
5. Akther SF, Molyneux E, Stuart R, Johnson S, Simpson A, Oram S. Patients' experiences of assessment and detention under mental health legislation: systematic review and qualitative meta-synthesis. *BJPsych Open*. 2019;5: e37.
6. Siegel K, Tuckel P. Suicide and civil commitment. *J Health Polit Policy Law*. 1987; 12:343-360.
7. Weich S, McBride O, Twigg L. Variation in compulsory psychiatric inpatient admission in England: a cross-classified, multilevel analysis. *Lancet Psychiatry*. 2017;4:619-626
8. Rodrigues R, MacDougall AG, Zou G. Involuntary hospitalization among young people with early psychosis: a population-based study using health administrative data. *Schizophr Res*. 2019;208:276-284.
9. Keown P, Murphy H, McKenna D, McKinnon I. Changes in the use of the Mental Health Act 1983 in England 1984/85 to 2015/16. *Br J Psychiatry*. 2018;213:595-599.
10. Sheridan Rains L, Zenina T, Dias MC. Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study. *Lancet Psychiatry*. 2019;6:403-417.
11. Lay B, Nordt C, Rossler W. Variation in use of coercive measures in psychiatric hospitals. *Eur Psychiatry*. 2011;26:244-51.
12. Hustoft K, Larsen TK, Auestad B, Joa I, Johannessen JO, Ruud T. Predictors of involuntary hospitalizations to acute psychiatry. *Early Interv Psychiatry*. 2013;36(2):136-43.
13. Mulder CL. Variations in involuntary commitment in the European Union. *B J Psychiatry*. 2005; 187: 91-2.
14. Rössler V. Factors facilitating or preventing compulsory admission in psychiatry. *World Psychiatry* 2009; 18(3): 355-6.
15. Walker S, Mackay E, Barnett P, Sheridan Rains L, Leverton M, Dalton-Locke C, et al. Clinical and social factors associated with increased risk for involuntary psychiatric hospitalisation: a systematic review, meta-analysis, and narrative synthesis. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(12):1039-1053.
16. Barnett P, Mackay E, Matthews H. Ethnic variations in compulsory detention under the Mental Health Act: a systematic review and meta-analysis of international data. *Lancet Psychiatry*. 2019;6:305-317.
17. Maina G, Rosso G, Carezana C, Mehanović E, Risso F, Villari V. et al. Factors associated with involuntary admissions: a register-based cross-sectional multicenter study. *Ann Gen Psychiatry*. 2021;20(1):3.

-
18. Karasch O, Schmitz-Buhl M, Mennicken R, Zielasek J, Gouzoulis-Mayfrank E. Identification of risk factors for involuntary psychiatric hospitalization: using environmental socioeconomic data and methods of machine learning to improve prediction. *BMC Psychiatry* 2020; 20:401.
 19. Schmitz-Buhl M, Gairing SK, Rietz C, Haussermann P, Zielasek J, Gouzoulis-Mayfrank E. A retrospective analysis of determinants of involuntary psychiatric in-patient treatment. *BMC Psychiatry* 2019; 19:127.
 20. Salize JH, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *British Journal of Psychiatry* 2004; 184:163-168.
 21. Fiorillo A, Rosa DC, Del Vecchio V, Jurjanz L, Schnall K, Onchev G et al. How to improve clinical practice on involuntary hospital admissions of psychiatric patients: Suggestions from the EUNOMIA study. *European Psychiatry* 2011; 26: 201-207.
 22. The Mental Health (Northern Ireland) Order 1986 [Internet]. Legislation.gov.uk. 2019. Available from: <https://www.legislation.gov.uk/nisi/1986/595>.
 23. Kelly BD, Curley A, Duffy RM. Involuntary psychiatric admission based on risk rather than need for treatment: report from the Dublin Involuntary Admission Study (DIAS). *Ir Med J.* 2018 Apr 19;111(4):736.
 24. Mandarelli G, Tatarelli R, Ferracuti S, Siracusano A. Il consenso informato e il trattamento sanitario obbligatorio. *Nóop* (2012) 1(1):43-56.
 25. Novakovic E, Djindjic G, Dutina A, Stasevic M, Djordjevic V, Stasevic Karlicic I The role of the Clinic for mental disorders "Dr Laza Lazarevic" in distribution of vaccines against COVID 19 infection, *Engrami*, 2022; 95.
 26. Silva B, Gholam M, Golay P, Bonsack C, Morandi S. Predicting involuntary hospitalization in psychiatry: A machine learning investigation. *European Psychiatry*, 2021; 64(1), E48.
 27. Stašević-Karličić I, Stašević S, Janković S, Đukić-Dejanović S, Milovanović S. Markers of inflammation as risk predictors of lethal outcome in patients diagnosed with delirium. *Vojnosanit Pregl.* 2016 Sep;73(9):838-43.