

Analiza konsultacji psychiatrycznych pacjentów szpitala wielospecjalistycznego

Analysis of psychiatric consultations in a multidisciplinary hospital patients

Piotr Ścisło¹, Karina Badura-Brzoza², Piotr Gorczyca², Michał Błachut²,
Robert Pudło², Magdalena Piegza², Robert T. Hese¹

¹ Oddział Psychiatryczny Wielospecjalistycznego Szpitala Powiatowego w Tarnowskich Górach

² Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze,
Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii w Tarnowskich Górach ŚUM w Katowicach

Summary

Aim. The aim of the research is the analysis of psychiatric consultations conducted in the multi-disciplinary hospital, establishing the cause of the consultations according to ICD-10 and the analysis of psychiatric consultations regarding their number on particular wards.

Material and methods. Retrospective analysis of medical documentation concerning given consultations in the multidisciplinary hospital in Tarnowskie Góry in the years 2002–2010 has been conducted. In the statistics studies Shapiro-Wilk test, Kruskal-Wallis test, Mann-Whitney U test, Chi-square test of independence and the others have been used.

Results. In the analyzed years, 3,672 consultations have been done, the mean age of the consulted patients has been 46.9 years. Taking into consideration the sex of the consulted patients, 41.99% of them were female and 58.01% were male. The main diagnoses of all consultations present as follows: F00–F09: 18.82%, F10–F19: 29.58%, F20–F29: 17.70%, F30–F39: 10.29%, F40–F48: 13.83%, F50–F59: 0.16%, F60–F69: 3.21%, F70–F79: 1.77%, F80–F89: 0%, F90–F98: 1.01%, other: 3.62%. The consultations most often have taken place on the following wards: Hospital Admitting Department (13.21%), Hospital Emergency Service (6.97%), Surgery Department (8.42%), Internal Medicine Department (6.51%), Neurology Department (4.82%).

Conclusions. The most frequent causes of consultation were addictions, the next were organic and psychotic disorders, neurotic and affective disorders. Consultations most often have taken place at the Hospital Admitting Department/Hospital Emergency Service, Surgery Department, Internal Medicine Department and Neurology Department.

Słowa kluczowe: psychiatria konsultacyjna, szpital wieloprofilowy

Key words: consultation psychiatry, multi-profile hospital

Wstęp

Psychiatria konsultacyjna jest definiowana jako dział psychiatrii zajmujący się diagnozowaniem, leczeniem i profilaktyką zaburzeń psychicznych u pacjentów chorych somatycznie, ze szczególnym uwzględnieniem chorób i objawów somatycznych powstających z udziałem czynników psychospołecznych (choroby psychosomatyczne). Jest również określana jako nauka budująca związki psychiatrii z medycyną somatyczną (liaison) przez szkolenie personelu medycznego w zakresie psychiatrii, psychologicznych i społecznych aspektów chorób somatycznych, a także prowadzenie obserwacji i badań z pogranicza psychiatrii, psychologii i medycyny psychosomatycznej [1–3].

Można wyróżnić kilka modeli konsultacji: ukierunkowaną na pacjenta, nastawioną na kryzys, na sytuację, na lekarza prowadzącego lub zespół leczący. Działanie psychiatry konsultanta (bądź zespołu interdyscyplinarnego) ma na celu m.in. ułatwienie wypisania ze szpitala, ustalenie miejsca i metod dalszej terapii, kontakt z lekarzem rodzinnym w celu zapewnienia ciągłości opieki [4–6]. Obecność oddziału psychiatrycznego przy szpitalu ogólnym powoduje większą dostępność mieszkańców do diagnostyki i leczenia psychiatrycznego oraz wpływa na rozwój psychiatrii środowiskowej [7].

Cel

Głównym celem podjęcia niniejszych badań była analiza konsultacji psychiatrycznych u pacjentów szpitala wielospecjalistycznego. Celami szczegółowymi były: ustalenie przyczyn konsultacji psychiatrycznych na podstawie analizy rozpoznań wg ICD-10 oraz analiza częstości konsultacji psychiatrycznych na poszczególnych oddziałach.

Material i metoda

Przeprowadzono retrospektywną analizę dokumentacji konsultacji psychiatrycznych udzielonych w ramach Wielospecjalistycznego Szpitala Powiatowego im. B. Hagera w Tarnowskich Górach (WSP), w tym konsultacji pacjentów z innych szpitali i pogotowia ratunkowego (w ramach SOR bądź Oddziału Psychiatrii). Analiza dotyczyła raportów lekarskich oraz księgi przyjęć i odmów.

Za poziom istotności statystycznej przyjęto wartość $p \leq 0,05$. Do opisu wieku użyto: średniej arytmetycznej, odchylenia standardowego, mediany oraz 5 i 95 percentyla. W badaniach statystycznych wykorzystano: test Shapiro–Wilka, test Kruskala–Wallisa, test U Manna–Whitneya, test niezależności χ^2 z poprawką Yatesa, test równości dwóch proporcji, test Fishera–Snedecora (test równości wielu proporcji), współczynnik korelacji rangowej Kendalla wraz z testem jego istotności, wieloczynnikową analizę regresji logistycznej.

Wyniki

W latach 2002–2010 w WSP odbyły się 3 672 konsultacje psychiatryczne. Najczęściej miejscem ich odbywania się była Izba Przyjęć (IP) wraz ze Szpitalnym Oddziałem

Ratunkowym (łącznie 20,2%), następnie Oddział Chirurgii (8,4%), Oddział Wewnętrzny (6,5%) oraz Oddział Neurologiczny (4,8%). Liczną grupę stanowiły konsultacje pacjentów zgłaszających się bezpośrednio na oddział (37,9%) oraz przywożonych przez pogotowie ratunkowe bądź policję (12,8%). Dokładne dane przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Ilość konsultacji na poszczególnych oddziałach

Miejsce konsultacji	Liczba konsultacji	% łącznej liczby konsultacji
1 – Izba Przyjęć	485	13,21%
2 – Szpitalny Oddział Ratunkowy	256	6,97%
3 – Oddział Psychiatrii (pacjenci z zewnątrz)	1 394	37,96%
4 – Oddział Psychiatrii – pogotowie ratunkowe	417	11,36%
5 – Oddział Psychiatrii – pogotowie ratunkowe + policja	51	1,39%
6 – Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chemioterapii	309	8,42%
7 – Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Nefrologicznym	239	6,51%
8 – Oddział Neurologiczny z Pododdziałem Udarowym	177	4,82%
9 – Oddział Otolaryngologiczny	23	0,63%
10 – Oddział Pediatriczny	13	0,35%
11 – Oddział Okulistyczny	19	0,52%
12 – Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	41	1,12%
13 – Górnośląskie Centrum Rehabilitacji „Repty”	84	2,29%
14 – Inny szpital	103	2,81%
15 – Areszt Śledczy Tarnowskie Góry	8	0,22%
16 – Oddział Ginekologiczno-Położniczy	30	0,82%
17 – Oddział Urologiczny	23	0,63%

W badanym okresie wiek konsultowanych pacjentów zawierał się w przedziale od 9,5 do 96 lat (śr. 46,9 roku). Rozkład wieku i płci przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Rozkład wieku i płci wszystkich analizowanych pacjentów

Grupy wiekowe (lata)										Test Shapiro-Wilka
do 17	18-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90*	91-100*	
1,77%	2,83%	15,63%	19,17%	21,02%	17,37%	9,89%	9,42%	2,75%	0,14%	p < 0,000001
Parametr						Płeć				
						Kobiety		Mężczyźni		
Liczebność						1 542		2 130		

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

% ogólnej liczby konsultacji (n = 3672)	41,99%	58,01%
Test równości frakcji	p < 0,000001	

* – kategorie do analizy statystycznej połączone w jedną

Wśród rozpoznań dominowały: uzależnienia, zaburzenia organiczne i psychozy (tab. 3). W badanym okresie istotne statystycznie różnice znajdujemy w grupie zaburzeń organicznych ($p = 0,006$) oraz zaburzeń nerwicowych ($p = 0,005$). Istotne statystycznie różnice wśród rozpoznań głównych według płci można zauważyć w grupie zaburzeń związanych z uzależnieniami ($p < 0,000001$), zaburzeniami afektywnymi ($p < 0,000001$) i nerwicowymi ($p < 0,000001$), co ukazuje tabela 3.

Tabela 3. **Rozpoznania główne w ujęciu odsetkowym oraz główne według płci wszystkich konsultacji**

Grupa rozpoznań	Liczebność	% konsultacji (n = 3 672)	Kobiety (n = 1 542) (100%)	Mężczyźni (n = 2 130) (100%)	Test równości proporcji
Zaburzenia organiczne F00–F09	691	18,8%	337 (21,9%)	354 (16,6%)	p = 0,00006
Uzależnienia F10–F19	1 086	29,6%	208 (13,5%)	878 (41,2%)	p < 0,000001
Zaburzenia psychotyczne F20–F29	650	17,7%	308 (19,9%)	342 (16,1%)	p = 0,002
Zaburzenia afektywne F30–F39	378	10,3%	233 (15,1%)	145 (6,8%)	p < 0,000001
Zaburzenia nerwicowe F40–F48	508	13,8%	318 (20,6%)	190 (8,9%)	p < 0,000001
Zaburzenia odżywiania F50–F59	6	0,2%	4 (0,3%)	2 (0,1%)	ns (p = 0,22)
Zaburzenia osobowości F60–F69	118	3,2%	36 (2,3%)	82 (3,9%)	p = 0,01
Upośledzenia umysłowe F70–F79	65	1,8%	17 (1,1%)	48 (2,3%)	p = 0,009
Inne zaburzenia wieku rozwojowego F90–F98	37	1,0%	21 (1,4%)	16 (0,8%)	ns (p = 0,07)
Inne rozpoznania	133	3,62%	60 (3,89%)	73 (3,43%)	ns (p = 0,46)

Więcej niż jedno rozpoznanie postawiono w 7,4% wszystkich konsultacji. Najczęstszymi rozpoznaniem towarzyszącymi były uzależnienia (87,4%), zaburzenia osobowości (7,4%) oraz zaburzenia nerwicowe (4,8%).

Rozpoznania główne w badanych latach pod względem miejsca konsultacji przedstawia tabela 4.

Tabela 4. Rozpoznania z lat 2002–2010 w miejscach konsultacji w ujęciu odsetkowym liczby konsultacji w danym miejscu

Miejsce konsultacji	Grupy rozpoznania									
	Zaburzenia organiczne	Uzależnienia	Zaburzenia psychiczne	Zaburzenia afektywne	Zaburzenia nerwicowe	Zaburzenia odżywiania	Zaburzenia osobowości	Upośledzenia umysłowe	Inne zab. wieku rozwojowego	Inne rozpoznania
	F00–F09	F10–F19	F20–F29	F30–F39	F40–F48	F50–F59	F60–F69	F70–F79	F90–F98	
Izba Przyjęć	13,6%	38,4%	9,5%	9,5%	15,7%	0,2%	3,9%	1,4%	0,6%	7,2%
Szpitalny Oddział Ratunkowy	9,8%	46,1%	8,6%	5,9%	16,8%	0,0%	2,7%	1,6%	1,9%	6,6%
Oddział Psychiatrii	11,3%	29,4%	22,5%	12,6%	16,4%	0,1%	3,1%	1,6%	1,1%	1,9%
Oddział Psychiatrii – pogotowie ratunkowe	12,9%	30,2%	29,9%	5,0%	6,2%	0,2%	5,5%	4,6%	2,2%	3,1%
Oddział Psychiatrii – pogotowie ratunkowe + policja	3,9%	35,3%	31,4%	5,9%	0,0%	0,0%	17,7%	0,0%	0,0%	5,9%
Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chemioterapii	38,8%	26,9%	7,8%	9,1%	10,7%	0,0%	1,3%	2,6%	0,0%	2,9%
Oddział Chorób Wewnętrznych I z Pododdziałem Nefrologicznym	40,6%	13,8%	7,9%	15,9%	17,6%	0,4%	0,8%	0,4%	0,0%	2,5%
Oddział Neurologiczny z Pododdziałem Udarowym	38,9%	43,5%	4,5%	5,1%	2,8%	0,0%	1,7%	1,1%	0,0%	2,3%
Oddział Otolaryngologiczny	34,8%	26,1%	13,0%	8,7%	4,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	13,0%
Oddział Pediatriczny	0,0%	23,1%	7,7%	0,0%	30,8%	0,0%	0,0%	0,0%	38,5%	0,0%
Oddział Okulistyczny	57,9%	26,3%	0,0%	0,0%	10,5%	0,0%	0,0%	5,3%	0,0%	0,0%
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	19,5%	7,3%	26,8%	17,1%	7,3%	0,0%	7,3%	0,0%	0,0%	14,6%
GCR „Repty”	55,9%	1,2%	11,9%	16,7%	11,9%	1,2%	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%
Inny szpital	18,5%	12,6%	24,3%	10,7%	25,2%	0,0%	1,9%	0,0%	0,0%	6,8%
Areszt Śledczy – Tarnowskie Góry	0,0%	25,0%	37,5%	0,0%	0,0%	0,0%	12,5%	0,0%	0,0%	25,0%
Oddział Ginekologiczno – Położniczy	10,0%	0,0%	63,3%	10,0%	16,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Oddział Urologiczny	21,7%	8,7%	21,7%	21,7%	13,0%	0,0%	4,4%	4,4%	0,0%	4,4%

Rozpoznania główne w grupach wiekowych w ujęciu odsetkowym przedstawia tabela 5. Wykazano, że rozkład wieku w porównaniu z rozpoznaniem jest istotny statystycznie ($p < 0,000001$).

Tabela 5. **Rozpoznania z lat 2002–2010 w zależności od wieku (podano odsetki liczby danej grupy rozpoznania)**

Grupa rozpoznania	Grupy wiekowe (lata)								
	do 17	18-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	ponad 81
Zaburzenia organiczne F00–F09	0,0%	0,1%	2,6%	1,9%	6,7%	16,2%	24,6%	36,5%	11,4%
Uzależnienia F10–F19	0,7%	1,8%	15,5%	24,9%	30,8%	18,9%	5,9%	1,1%	0,2%
Zaburzenia psychiczne F20–F29	0,9%	2,3%	23,4%	21,2%	23,5%	19,1%	5,9%	2,9%	0,8%
Zaburzenia afektywne F30–F39	0,5%	1,3%	8,7%	15,1%	21,9%	26,7%	14,3%	8,5%	2,9%
Zaburzenia nerwicowe F40–F48	1,4%	5,9%	20,3%	25,4%	21,6%	14,9%	5,1%	4,3%	1,0%
Zaburzenia odżywiania F50–F59	0,0%	50,0%	16,7%	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Zaburzenia osobowości F60–F69	0,0%	12,7%	40,7%	34,8%	9,3%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Upośledzenia umysłowe F70–F79	1,5%	10,8%	38,5%	38,5%	4,6%	4,6%	1,5%	0,0%	0,0%
Inne zab. wieku rozwojowego F90–F98	94,6%	5,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Inne rozpoznania	4,5%	4,5%	19,6%	22,6%	22,6%	9,8%	6,8%	6,8%	3,0%
Badanie statystyczne									
Test Chi ² z poprawką Yatesa: $p < 0,000001$									

Zachowania agresywne, pobudzenie psychoruchowe w czasie konsultacji lub w wywiadzie występowały najczęściej u osób z zaburzeniami zachowania i emocji rozpoczynającymi się zwykle w dzieciństwie (16,2%). W grupie osób z upośledzeniem umysłowym zachowania agresywne stanowiły 13,9%, w psychozach 10,6%. W grupie osób z uzależnieniami zachowania agresywne stanowiły jedynie 3,8%.

Współistniejące zaburzenia somatyczne najczęściej rozpoznawano u osób z uzależnieniami (22,6%), upośledzeniem umysłowym (21,5%), zaburzeniami organicznymi (20,8%) oraz zaburzeniami afektywnymi (14,3%), co ukazują tabela 6.

Tabela 6. **Rozpoznania somatyczne współlistniejące w grupach rozpoznania głównego**

Grupa rozpoznania	Liczebność (100%)	Rozpoznanie somatyczne
Zaburzenia organiczne F00–F09	691	144 (20,8%)
Uzależnienia F10–F19	1 086	245 (22,6%)
Zaburzenia psychotyczne F20–F29	650	56 (8,6%)
Zaburzenia afektywne F30–F39	378	54 (14,3%)
Zaburzenia nerwicowe F40–F48	508	41 (8,1%)
Zaburzenia odżywiania F50–F59	6	0
Zaburzenia osobowości F60–F69	118	6 (5,1%)
Upośledzenia umysłowe F70–F79	65	14 (21,5%)
Inne zaburzenia wieku rozwojowego F90–F98	37	2 (5,4%)
Inne rozpoznania	133	29 (21,8%)
Badanie statystyczne		
Test Chi ² z poprawką Yatesa		p < 0,000001
Ogółem	3 672	591 (16,1%)

Po konsultacji na oddział psychiatryczny przyjmowani byli pacjenci po próbie samobójczej lub z myślami suicydalnymi, zachowaniami agresywnymi bądź w celu obserwacji stanu psychicznego (18,1%), następnie pacjenci z psychozami (16,6%), zaburzeniami afektywnymi (11,6%), zaburzeniami osobowości (10,2%) oraz uzależnieniami (9,0%). Po konsultacji psychiatrycznej bez wymaganej zgody na podstawie art. 23 przyjęto 115 pacjentów oraz 5 pacjentów na podstawie art. 24 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (tab. 7)

Tabela 7. **Przyjęcia na oddział w grupach rozpoznania głównego**

Grupa rozpoznania	Liczebność (100%)	Przyjęcia na oddział
Zaburzenia organiczne F00–F09	691	37 (5,4%)
Uzależnienia F10–F19	1 086	98 (9,0%)
Zaburzenia psychotyczne F20–F29	650	108 (16,6%)
Zaburzenia afektywne F30–F39	378	44 (11,6%)
Zaburzenia nerwicowe F40–F48	508	23 (4,5%)
Zaburzenia odżywiania F50–F59	6	0
Zaburzenia osobowości F60–F69	118	12 (10,2%)
Upośledzenia umysłowe F70–F79	65	6 (9,2%)
Inne zaburzenia wieku rozwojowego F90–F98	37	0
Inne rozpoznania	133	24 (18,1%)
Badanie statystyczne		
Test Chi ² z poprawką Yatesa		p < 0,000001
Ogółem	3 672	352 (9,6%)

Dyskusja

W dostępnym piśmiennictwie widoczna jest duża rozpiętość danych dotyczących rozpoznań psychiatrycznych stawianych podczas konsultacji. Tłumaczyć można to związkiem z przyjętą metodyką badania, użytymi kryteriami (DSM-II, DSM-III, ICD-9, ICD-10), charakterystyką jednostki, w której odbywały się konsultacje psychiatryczne, lub uwarunkowaniami kulturowymi [8–25].

Jin-An Su i wsp. [8] w swojej publikacji z 2010 roku przedstawili analizę konsultacji psychiatrycznych z lat 2001–2006 w dużym szpitalu na Tajwanie. Grupa obejmowała 1 610 pacjentów, a wśród postawionych rozpoznań występowały zaburzenia nastroju (29,6%), zaburzenia związane z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych (25,6%), zaburzenia organiczne (17,2%), zaburzenia adaptacyjne i lękowe (14,4%) oraz psychozy (4,7%). Zaburzenia osobowości i upośledzenie umysłowe stanowiły po 0,7% rozpoznań, a zaburzenia odżywiania się 0,1%. Wśród nowszych publikacji obejmujących dużą grupę chorych należy wymienić prace De Jonga i wsp. [9], którzy przeprowadzili analizę konsultacji z 33 szpitali w Europie obejmującą 9 542 pacjentów. Zaburzenia nastroju stanowiły 18,5%, zaburzenia organiczne – 17,6%, zaburzenia związane z używkami – 12,8%, psychozy – 4,5%, zaburzenia lękowe – 18,5%, inne rozpoznania – 31,3%. W publikacji tej nie wyodrębniono zaburzeń adaptacyjnych. Badanie Diefenbachera i Straina [10] z 2002 roku obejmowało analizę z lat 1988–1997, w czasie której wykonano 4 429 konsultacji. Najczęstszymi rozpoznaniami były zaburzenia nastroju (29,8%) zaburzenia organiczne (40,1%), zaburzenia związane z używkami (8,5%) i psychozy (4,7%). Pozostałe diagnozy nie były ujmowane w badaniu. Bourgeois i wsp. [11] przedstawili analizę 901 konsultacji, wśród których zaburzenia nastroju stanowiły 40,7%, zaburzenia organiczne – 32%, zaburzenia związane z używkami – 18,6%, zaburzenia psychotyczne – 11,1%, zaburzenia adaptacyjne – 10,8%, zespoły lękowe – 9%.

W przeprowadzonym przez nas badaniu najczęściej rozpoznawanym zaburzeniem psychicznym (rozpoznanie główne) w trakcie konsultacji psychiatrycznych były zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych (29,6%). Inni autorzy uzyskiwali wyniki wahające się od 1,8% do 28,7% [12–25]. W większości publikacji odsetek tych chorych był niższy niż w naszej grupie, w której dominowały konsultacje nagłe i płeć męska, co mogło mieć wpływ na rozkład rozpoznań. Warto też wspomnieć o czynnikach ekonomicznych, w tym o bezrobociu. Zbliżone odsetki osób z uzależnieniami podają jedynie Bourgeois i wsp. [11] oraz Ormont i wsp. [25].

Drugim pod względem częstości rozpoznawania w badanym materiale były zaburzenia organiczne, stanowiące 18,8% wszystkich konsultacji, co jest odsetkiem zbliżonym do uzyskanych przez innych autorów, bowiem w piśmiennictwie dominują dane mieszczące się w zakresie od 15,7% do 21,8% [13–17]. W części badań odsetek rozpoznania jest wyraźnie niższy: 8,8% [18], 13,6% [20], 4,0% [22], 10,3% [23], przy czym trzeba zauważyć, że w niektórych starszych badaniach [20, 23] nie użyto żadnego konkretnego systemu diagnostycznego, w innych zaś użyto skali H-ICDA w wersji z 1965 roku [18]. Wyższe odsetki (24–35%) uzyskano w badaniach wykorzystujących kryteria DSM-III [19, 21, 24–25]. Znaczenie dla rozkładu rozpoznań mogła mieć również struktura szpitali, w których prowadzono badania.

Kolejnym pod względem częstości rozpoznaniem w niniejszym badaniu były psychozy, które stanowiły 17,7% stawianych rozpoznań. Większość odnalezionych w bazach medycznych prac podaje odsetki nieco niższe, wahające się od 0 do 16% [12–25]. Trudno się odnieść do autorów, którzy w czasie konsultacji nie stwierdzili ani jednej psychozy [20], zastanawiające są też doniesienia, w których odsetek wszystkich psychoz w szpitalu jest zbliżony do częstości występowania samej schizofrenii w populacji ogólnej [17], jednak tylko dwa zestawienia podają wyniki zbliżone do uzyskanych w naszej grupie [19, 23]. Być może wytłumaczenie jest identyczne jak w przypadku uzależnień, tj. znaczna liczba konsultacji nagłych. Niewykluczone, że wpływ na wyniki miała swoista autocenzura lekarzy oddziałów somatycznych polegająca na wzywaniu konsultanta tylko w sytuacjach dramatycznych.

Zaburzenia nerwicowe stanowiły w naszej grupie 13,8% wszystkich rozpoznań pokonsultacyjnych. Porównanie z innymi badaniami jest trudne, gdyż część badaczy w swoich rozpoznaniach włączała zaburzenia nerwicowe (lękowe) do zaburzeń nastroju [16, 18, 22], część umieszczała to rozpoznanie wśród „innych rozpoznań” [13] lub przedstawiała osobno wyniki dotyczące zaburzeń lękowych oraz zaburzeń adaptacyjnych, ujętych w niniejszej pracy łącznie. Stąd duży rozrzut uzyskiwanych wyników od 7,3 do 36% [12, 14, 15, 17, 19–21, 23–25].

Wśród wszystkich rozpoznań naszych chorych, zaburzenia afektywne stanowiły 10,29%. Bardzo podobny wynik uzyskali Ramchandani i wsp. oraz McKegney [19, 21]. W części doniesień do zaburzeń nastroju włączono nerwice, co znacząco zawyża uzyskane wyniki (31,3–51,3%) i utrudnia ich porównanie. W pozostałych zestawieniach zaburzenia nastroju występują z częstością od 13,9% do 55% [12–15, 17, 20, 23–25]. Podobnie jak w poprzednich kategoriach diagnostycznych, w niektórych badaniach w ogóle nie podano kryteriów użytych do stawiania rozpoznań [12, 23].

Zaburzenia osobowości stanowiły w naszej analizie 3,21% konsultacji, co sytuuje nas prawie dokładnie w środku skali, bowiem znajdowane w piśmiennictwie dane wahają się od 0,7% do 19,5% [8, 26–29]. Warto zaznaczyć, że odsetek zaburzeń osobowości wśród pacjentów przywożonych na konsultację przez pogotowie w asyście policji wynosił aż 17,7%.

Upośledzenie umysłowe stanowiło tylko 1,8% konsultacji, co jest i tak liczbą wyższą niż w innych opracowaniach (0–0,7%) [8–28]. Wyższy odsetek tego rozpoznania w niniejszej analizie prawdopodobnie ma związek z konsultacjami udzielanymi z powodu zachowań agresywnych w pobliskim Ośrodku Rehabilitacji Psychiatrycznej dla Dzieci.

Spośród dostępnych publikacji warto przedstawić osobno badania przeprowadzone w Polsce. Nowosielski i Florkowski [30] przeprowadzili analizę 735 konsultacji z lat 2006–2007. Najczęstszymi rozpoznaniemiami wstępnymi były: zaburzenia depresyjne (18,6%), zaburzenia nerwicowe (12,4%), zaburzenia związane z przyjmowaniem używek (10,7%), zaburzenia świadomości (8,6%), próby samobójcze (7,8%), zachowania agresywne (7,5%), psychozy (4,6%), otepienie (0,8%), upośledzenie umysłowe (0,6%), zaburzenia osobowości (0,5%); konsultanci rozpoznawali: zaburzenia organiczne (36,5%), jakościowe zaburzenia świadomości (22,1%), zaburzenia nerwicowe (24,0%), zaburzenia związane z używkami (16,5%), zaburzenia osobowości (14,1%), upośledzenie umysłowe (2,1%) i schizofrenię (1,4%).

W badaniu przeprowadzonym przez Leksowskiego i wsp. [31] analizowano 109 konsultacji przeprowadzonych w latach 1994–1995. Zaburzenia nastroju stanowiły 20,18%, psychozy – 18,34%, zaburzenia organiczne – 25,68%, zaburzenia nerwicowe – 11,92%, zaburzenia związane z uzależnieniami – 11,0%, upośledzenia umysłowe – 3,66%, zaburzenia odżywiania się – 1,83%. Warto zaznaczyć, że niniejsza analiza odbywała się w tym samym szpitalu (WSP). Wyniki odsetkowe psychoz i zaburzeń nerwicowych są podobne. Różnice w pozostałych wynikach mogły wynikać z faktu pominięcia przez Leksowskiego i wsp. [31] konsultacji przeprowadzonych na oddziale psychiatrycznym, a uwzględnienia tych, które wykonano podczas badania pacjentów przywożonych przez pogotowie ratunkowe. Poza tym wpływ mogła mieć również rejonizacja (pacjenci tylko z powiatu tarnogórskiego). W naszej pracy uzyskaliśmy znacznie wyższy odsetek rozpoznań z grupy uzależnień (29,6%), być może z powodu narastającego w tym regionie bezrobocia.

Nasza praca obejmuje znaczny materiał, niemniej dotykają ją wszystkie ograniczenia charakterystyczne dla analiz retrospektywnych:

1. Stopień ustrukturyzowania danych w księdze raportów oraz księdze przyjęć i odmów jest niewielki. Kompletność danych zależała więc od dociekliwości i rzetelności lekarza wypełniającego dokumenty. Trzeba się więc liczyć z pominięciami, zwłaszcza dotyczącymi schorzeń somatycznych;
2. Nie była możliwa rzetelna ocena celowości konsultacji. Praktycznie we wszystkich przypadkach, w których nie przyjmowano chorego na oddział psychiatryczny, zalecano kontrolę w PZP lub modyfikowano leczenie w razie takiej potrzeby.

Mimo tych ograniczeń zdecydowaliśmy się na publikację wyników, ponieważ w Polsce przeprowadzono tylko pojedyncze podobne analizy, zatem praca ta stanowi może wstęp do głębszej analizy tego zagadnienia. Przed jej przeprowadzeniem celowe byłoby ustalenie szczegółowego, wypełnianego obligatoryjnie, arkusza konsultacyjnego.

Po przeprowadzonych badaniach i doświadczeniach autorów w charakterze konsultantów nasuwają się też wnioski praktyczne. W wielu przypadkach celowe byłoby stworzenie zespołów konsultacyjnych złożonych z psychiatry, psychologa i pracownika socjalnego, a stała edukacja lekarzy innych specjalności dotycząca zaburzeń psychicznych w chorobach somatycznych jest wręcz konieczna. Warto też zwrócić szczególną uwagę na zwiększającą się grupę pacjentów z uzależnieniem od alkoholu oraz substancji psychoaktywnych.

Wnioski

1. W badanym okresie w Wielospecjalistycznym Szpitalu Powiatowym im. Hagera w Tarnowskich Górach odbyły się 3 672 konsultacje psychiatryczne. Najczęściej byli konsultowani pacjenci z rozpoznaniem uzależnienia, zaburzeń organicznych i psychoz. Wśród pacjentów przyjętych na Oddział Psychiatrii po konsultacji 34,1% stanowiły przyjęcia bez wymaganej zgody (3,3% wszystkich konsultowanych).
2. Najczęstszym miejscem odbywania się konsultacji szpitalnych była Izba Przyjęć wraz ze Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym, następnie Oddział Chirurgii i Oddział Wewnętrzny.

Piśmiennictwo

1. Lipowski ZJ. *History of consultation-liaison psychiatry*. W: Rundell JR, Wiese MG. red. *Textbook of consultation-liaison psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1996. s. 2–11.
2. Hamburg BA. *Consultation/liaison psychiatry*. Bull. N. Y. Acad. Med. 1987; 63: 376–385.
3. White A. *Styles of liaison psychiatry: discussion paper*. J. R. Soc. Med. 1990; 83: 506–508.
4. Rymaszewska J. *Zagadnienia i ogólne zasady w psychiatrii konsultacyjnej*. Psychiatr. Prakt. Ogólnolek. 2007; 1: 1–7.
5. Guzek A. *Psychiatria konsultacyjna w Europie i Stanach Zjednoczonych*. W: Leder S, Brykczyńska C. red. *Psychiatria konsultacyjna, psychiatria liaison*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 1996. s. 17–28
6. Blumienfield M, Tiamson MLA. *Consultation-liaison psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2003.
7. Gorczyca P, Matysiakiewicz J, Pudło R, Grzywa J, Hese RT. *Dostęp ludności do diagnostyki i terapii psychiatrycznej jako problem społeczny przed reformami w służbie zdrowia i nowym podziałem administracyjnym kraju*. W: Pudło R, Matysiakiewicz J. *Psychiatria ekologiczna. Próba bilansu*. Tarnowskie Góry: Polskie Towarzystwo Psychiatryczne; 2006. s. 90–95.
8. Su JA, Chou SY, Chang CJ, Weng HH. *Changes in consultation-liaison psychiatry in the first five years of operation of a newly-opened hospital*. Chang Gung Med. J. 2010 ; 33: 292–300.
9. de Jonge P, Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, Malt U, Opmeer BC. i wsp. *Referral pattern of neurological patients to psychiatric Consultation-Liaison Services in 33 European hospitals*. Gen. Hosp. Psychiatry 2001; 23: 152–157.
10. Diefenbacher A, Strain JJ. *Consultation-liaison psychiatry: stability and change over a 10-year-period*. Gen. Hosp. Psychiatry 2002; 24: 249–256.
11. Bourgeois JA, Wegelin JA, Servis ME, Hales RE. *Psychiatric diagnoses of 901 inpatients seen by consultation-liaison psychiatrists at an academic medical center in a managed care environment*. Psychosomatics 2005; 46: 47–57.
12. Karasu TB, Plutchik R, Steinmuller RI, Conte H, Siegel B. *Patterns of psychiatric consultation in a general hospital*. Hosp. Community Psychiatry 1977; 28: 291–294.
13. Craig TJ. *An epidemiologic study of a psychiatric liaison service*. Gen. Hosp. Psychiatry 1982; 4: 131–137.
14. Pérez EL, Silverman M. *Utilization pattern of a Canadian psychiatric consultation service*. Gen. Hosp. Psychiatry 1983; 5: 185–190.
15. Hengeveld MW, Rooymans HG, Vecht-van den Bergh R. *Psychiatric consultations in a Dutch university hospital: a report on 1814 referrals, compared with a literature review*. Gen. Hosp. Psychiatry 1984; 6: 271–279.
16. Malhotra S, Malhotra A. *Liaison psychiatry in an Indian general hospital*. Gen. Hosp. Psychiatry 1984; 6: 266–270.
17. Hales RE, Polly S, Bridenbaugh H, Orman D. *Psychiatric consultations in a military general hospital. a report on 1065 cases*. Gen. Hosp. Psychiatry 1986; 8: 173–182.
18. Wallen J, Pincus HA, Goldman HH, Marcus SE. *Psychiatric consultations in short-term general hospitals*. Arch. Gen. Psychiatry 1987; 44: 163–168.
19. Ramchandani D, Lamdan RM, O'Dowd MA, Boland R, Hails K, Ball S. i wsp. *What, why, and how of consultation-liaison psychiatry. An analysis of the consultation process in the 1990s at five urban teaching hospitals*. Psychosomatics 1997; 38: 349–355.

20. Loewenstein RJ, Sharfstein SS. *Psychiatric consultations at the NIH*. Gen. Hosp. Psychiatry 1983; 5: 83–87.
21. McKegney FP, McMahon T, King J. *The use of DSM-III in a general hospital consultation-liaison service*. Gen. Hosp. Psychiatry 1983; 5: 115–121.
22. Schofield A, Doonan H, Daly RJ. *Liaison psychiatry in an Irish hospital: a survey of a year's experience*. Gen. Hosp. Psychiatry 1986; 8: 119–122.
23. Sobel SN, Munitz H, Karp L. *Psychiatric consultations in two Israeli general hospitals*. Gen. Hosp. Psychiatry 1988; 10: 298–304.
24. Clarke DM, Smith GC. *Consultation-liaison psychiatry in general medical units*. Aust. N. Z. J. Psychiatry 1995; 29: 424–432.
25. Ormont MA, Weisman HW, Heller SS, Najara JE, Shindldecker RD. *The timing of psychiatric consultation requests. Utilization, liaison, and diagnostic considerations*. Psychosomatics 1997; 38: 38–44.
26. Christodoulou C, Fineti K, Douzenis A, Moussas G, Michopoulos I, Lykouras L. *Transfers to psychiatry through the consultation-liaison psychiatry service: 11 years of experience*. Ann. Gen. Psychiatry 2008; 7: 10.
27. Diefenbacher A, Golombek U, Strain JJ. *Personality disorders in consultation-liaison psychiatry – an empirical investigation*. Eur. Psychiatry 2009; 24(supl. 1): 1072.
28. Gobar AH, Collins JL, Mathura CB. *Utilization of a consultation liaison psychiatry service in a general hospital*. J. Natl. Med. Assoc. 1987; 79: 505–508.
29. Kishi Y, Meller WH, Kato M, Thurber S, Swigart SE, Okuyama T. i wsp. *A comparison of psychiatric consultation liaison services between hospitals in the United States and Japan*. Psychosomatics 2007; 48: 517–522.
30. Nowosielski R, Florkowski A. *Badanie katamnetyczne konsultacji psychiatrycznych chorych somatycznie*. Pol. Merk. Lek. 2012; 187: 28–33.
31. Leksowski W, Matysiakiewicz J, Pudło R, Tomalczyk E, Świerzy U, Gorczyca P. *Rola konsultacyjna oddziału psychiatrycznego przy szpitalu ogólnym*. W: Leder S, Brykczyńska C. red. *Psychiatria konsultacyjna, psychiatria liaison*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 1996. s. 37–43.

Adres: Piotr Ścisło
Kliniczny Oddział Psychiatrii
42-600 Tarnowskie Góry, ul. Pyskowicka 49

Otrzymano: 26.10.2014

Zrecenzowano: 4.11.2014

Otrzymano po poprawie: 11.01.2015

Przyjęto do druku: 15.01.2015