

Narada Wojewódzkich i Regionalnych Konsultantów w dziedzinie Psychiatrii (Warszawa, 6-7 grudnia 1995 r.)

*Conference of Regional and District Specialists in Psychiatry,
held in Warsaw, 6-7th December 1995*

Postępy Psychiatrii i Neurologii, 1995, 4, 429-440

Aktualny stan leczenia psychiatrycznego w Polsce i zadania nadzoru specjalistycznego

Current status of psychiatric care in Poland and tasks of nationwide supervision in psychiatry

STANISŁAW PUŻYŃSKI^a, BOŻENA PIETRZYKOWSKA^b, HANNA JASZCZUK^b,
BOHDAN WORONOWICZ^b

a. Przewodniczący Krajowego Zespołu Konsultanta Medycznego w dziedzinie Psychiatrii

b. Z Krajowego Zespołu Konsultanta Medycznego w dziedzinie Psychiatrii

MODERNIZACJA LECZNICTWA - POTRZEBY I CELE DZIAŁANIA

Lecznictwo psychiatryczne w Polsce od kilkunastu lat podlega procesowi systematycznych zmian, o czym świadczą dobitnie m.in. dane dotyczące liczby łóżek w szpitalach psychiatrycznych i ogólnych oraz ich rozmieszczenie. W świetle *Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego* [1] oraz projektu "docelowej sieci publicznych zakładów opieki zdrowotnej" (art. 6, p. 1 i 2 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz art. 55 tej Ustawy), które są przełożeniem na język praktyki zwężonych zapisów zawartych w ustawie - proces modernizacji psychiatrycznej opieki zdrowotnej w naszym kraju musi ulec dużemu przyspieszeniu, bowiem horyzont czasowy realizacji "docelowej sieci publicznych zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej" wynosi 10 lat od dnia wejścia w życie ustawy (art. 55, p. 3 ustawy).

Potrzeba i ogólny kierunek zmian systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej na ogół nie budzi wątpliwości ani zastrzeżeń w środowisku psychiatrów. Dyskusje dotyczą szczegółowych, lokalnych rozwiązań. Przesłanki daleko idącej modernizacji leczenia w Polsce są analogiczne jak w innych krajach. Są to mianowicie:

- mała skuteczność tradycyjnych form leczenia,
- zmiana koncepcji patogenezы przewlekłych zaburzeń psychicznych,
- dążenie do poprawy efektywności oddziaływań leczniczych,
- przesłanki ekonomiczne - szpital jest najdroższą formą organizacyjną,
- dążenie do przestrzegania praw człowieka.

Praktyczne przejawy modernizacji leczenia są rozliczne, do najważniejszych zaliczyć należy:

1 Streszczenia innych wystąpień zostaną opublikowane w jednym z kolejnych zeszytów.

2 Referat wygłoszony na Naradzie Wojewódzkich i Regionalnych Konsultantów w dziedzinie Psychiatrii (Warszawa, 6-7 grudnia 1995 r.)

- odchodzenie od psychiatrii typu detencyjnego, izolacyjnego (w której centralne miejsce zajmuje szpital) na rzecz psychiatrii środowiskowej i likwidowanie dużych szpitali psychiatrycznych,
- rozwój pozaszpitalnych form leczenia i pomocy chorym,
- wprowadzenie kompleksowego modelu terapii (farmakoterapia + psychoterapia + rehabilitacja),
- częściowe "odmedykalizowanie" leczenia.

Zadania szpitali psychiatrycznych, zwłaszcza dużych, które przez wiele lat były podstawowym, często jedynym miejscem pomocy osobom chorym psychicznie są stopniowo przejmowane przez różnorodne pozaszpitalne formy pomocy umiejscowione w rejonie zamieszkania chorych (poradnie, oddziały dzienne, oddziały rehabilitacyjne, środowiskowe domy samopomocy, ośrodki oparcia społecznego, hostele i in.). Zapewniają one bardziej efektywną pomoc i ponadto są tańsze. Tak więc przesłanki reformy są nie tylko ściśle medyczne (poprawa zakresu i jakości pomocy), ale również ekonomiczne.

Jak wynika z doświadczeń amerykańskich, włoskich, szwedzkich - reforma psychiatrii powinna być procesem stopniowym i ciągłym, wymaga umiaru i rozsądku oraz przestrzegania odpowiedniej kolejności działań (najpierw należy tworzyć formy pozaszpitalne - potem likwidować szpitale).

Sytuacja leczenia psychiatrycznego w Polsce w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych nie różniła się od istniejącej w krajach Europy Zachodniej i USA. Proces transformacji rozpoczął się u nas już w połowie lat siedemdziesiątych, przebiegał jednak powoli i niekonsekwentnie. Jego wynikiem jest rozbudowany system poradni, który jest najmocniejszą stroną leczenia oraz rejonizacja usług szpitali psychiatrycznych. W latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych znacznie zmniejszono liczbę łóżek w dużych szpitalach psychiatrycznych, w to miejsce pojawiły się coraz liczniejsze oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych (obecnie 58). Silną stroną polskiego leczenia jest nadzór specjalistyczny (który przetrwał różne zakręty historii), a także dostępność materiałów dydaktycznych (kilka czasopism, liczne wydawnictwa fachowe).

SYTUACJA EPIDEMIOLOGICZNA

W roku 1994 wskaźnik rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych zarejestrowanych w lecznictwie ambulatoryjnym w Polsce wyniósł 1805 na 100 tys. ludności i wzrósł o ponad 7% w stosunku do roku poprzedniego.

Wskaźnik zapadalności na zaburzenia psychiczne zarejestrowany w lecznictwie ambulatoryjnym wynosi 511 na 100 tys. ludności i wzrósł o 8% w stosunku do roku 1993. Największy wzrost wskaźnika leczonych po raz pierwszy obserwuje się u chorych z rozpoznaniem psychoz: alkoholowych (21%) i afektywnych (16%).

Z terytorialnej analizy wskaźników rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych wynika, że najwyższe występują w województwach: nowosądeckim (3229 osób leczonych na 100 tys. ludności), krakowskim (3224), przemyskim (2893), toruńskim (2531) i tamowskim (2333). Najmniej osób leczy się w województwach: sieradzkim (829), ciechanowskim (918), konińskim (954), jeleniogórskim (1077) i szczecińskim (1142).

Największe rozpowszechnienie psychoz zarejestrowano w województwach: przemyskim (1069 na 100 tys.), nowosądeckim (986), krakowskim (808), krośnieńskim (773) i łódzkim (771), najniższe w kaliskim (299), konińskim (311), leszczyńskim (349), sieradzkim (378) i poznańskim (388).

Wielkość terytorialnego zróżnicowania rozpowszechnienia niepsychotycznych zaburzeń psychicznych (bez zespołu zależności alkoholowej) najlepiej charakteryzuje prawie jedenastokrotna rozpiętość między pierwszym pod tym względem na liście województwem krakowskim (2153 leczonych na 100 tys.), a ostatnim sieradzkim (204).

W 20 województwach wskaźnik rozpowszechnienia zaburzeń związanych z alkoholem jest wyższy niż średnia krajowa (267 osób leczonych na 100 tys.). Najwyższe wskaźniki występują w województwach: śląskim (417), warszawskim (414), płońskim (364), koszalińskim (352) oraz piłskim (339), najniższe w piotrkowskim (134), przemyskim (149), łomżyńskim (166), chełmskim (169) i rzeszowskim (181).

Sytuacja epidemiologiczna uzależnienia od leków (w Polsce są to głównie opiaty) wykazuje również duże regionalne zróżnicowanie. Najwyższe wskaźniki w 1994 r. stwierdza się w województwie jeleniogórskim, legnickim, zielo-

nogórkim, wrocławskim, szczecińskim, suwalskim, lubelskim, częstochowskim, warszawskim, najniższe w nowosądeckim, skierniewickim, łomżyńskim, tarnowskim, ciechanowskim, tamobrzeskim.

Wskaźnik rozpowszechnienia hospitalizacji w placówkach psychiatrycznych wynosi 379 na 100 tys. ludności, a wskaźnik hospitalizowanych po raz pierwszy 154. Rozpowszechnienie jest wyraźnie wyższe w mieście (426) niż na wsi (301), znacznie wyższe wśród mężczyzn (470) niż kobiet (293).

Liczba osób hospitalizowanych ogółem w roku 1994 była większa o ponad 3% w porównaniu z rokiem poprzednim. Wskaźnik hospitalizacji pierwszorazowych wzrósł o ponad 6%.

Rozpowszechnienie hospitalizacji osób z psychozami utrzymuje się na prawie niezmiennym poziomie, przy hospitalizacjach z rozpoznaniem schizofrenii zanotowano niewielki spadek o 2% u leczonych ogółem i o 1.5% u leczonych po raz pierwszy. Znaczny wzrost dotyczy osób hospitalizowanych z powodu zaburzeń alkoholowych (o 11% u leczonych ogółem, o 14% u leczonych po raz pierwszy).

Rozpowszechnienie hospitalizacji w placówkach psychiatrycznych jest zróżnicowane terytorialnie. Najwięcej hospitalizacji dotyczy województw: leszczyńskiego (900 przypadków na 100 tys. ludności), łódzkiego (711), jeleniogórskiego (631), słupskiego (620) oraz suwalskiego (612). Rozpowszechnienie hospitalizacji jest najniższe w województwach: krośnieńskim (283), nowosądeckim (289), pilskim (307), tarnowskim (309) oraz ciechanowskim (312).

PSYCHIATRYCZNA OPIEKA STACJONARNA

W 153 placówkach psychiatrycznej opieki stacjonarnej w 1994 roku było 33311 łóżek, w tym w szpitalach i oddziałach psychiatrycznych 27783 łóżek. Liczba łóżek w stosunku do roku poprzedniego uległa obniżeniu o 1314 (w szpitalach psychiatrycznych zmalała o 1407, natomiast w oddziałach psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych wzrosła o 140). Ponad 80% wszystkich łóżek zlokalizowanych było w 49 szpitalach psychiatrycznych, 11% w 55 oddziałach psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych. Osiem dużych szpitali, liczących powyżej

1000 łóżek, skupia około 35% całej bazy szpitalnej.

Wśród ogółu łóżek psychiatrycznych *lecznictwo odwykowe dysponowało 3184 łóżkami (9.5%), lecznictwo uzależnień lekowych 1106 łóżkami (3.3%), łóżek dla dzieci i młodzieży było 975 (3%), a dla chorych na nerwice - 947 (2.8%)*.

W zakładach psychiatrycznej opieki stacjonarnej leczono w 1994 roku 146 tys. pacjentów. Liczba pobytów w szpitalu ogółem wyniosła 185 tys. Prawie 60 tys. osób (40% leczonych ogółem) hospitalizowano po raz pierwszy.

Wskaźnik nasycenia populacji łóżkami psychiatrycznymi kształtuje się na poziomie 8,6 łóżek na 10 tys. ludności i jest o 4% niższy niż w roku 1993. Utrzymujące się nierównomierne rozmieszczenie terytorialne szpitali i oddziałów psychiatrycznych powoduje znaczne zróżnicowanie ich dostępności w poszczególnych województwach. W 20 województwach wskaźnik liczby łóżek jest mniejszy niż 5 na 10 tys. ludności, w woj. łomżyńskim nie ma nadal ani jednego łóżka psychiatrycznego. W trzech województwach (gorzowskim, jeleniogórskim i przemyskim) omawiany wskaźnik jest ponad dwukrotnie większy niż średnia krajowa (powyżej 20 łóżek na 10 tys. ludności).

W 1994 roku około 76% hospitalizacji odbywało się w placówkach psychiatrycznych położonych w województwie miejsca zamieszkania pacjentów. Do województw, które w ponad 90% hospitalizują pacjentów z własnego terenu należą: białostockie, gdańskie, gorzowskie, krakowskie, leszczyńskie, lubelskie, łódzkie, opolskie, przemyskie, warszawskie oraz wrocławskie.

Najniższy odsetek (poniżej 30%) pacjentów leczonych na terenie własnego województwa występuje w województwach: ciechanowskim, krośnieńskim, nowosądeckim oraz ostrołęckim. Wszyscy pacjenci z łomżyńskiego byli hospitalizowani w szpitalach zlokalizowanych w innych województwach.

Stopień wykorzystania łóżek psychiatrycznych w skali kraju wynosi 84%. Pacjenci przebywający w szpitalu rok i dłużej zajmują 7633 łóżka (tj. prawie co czwarte łóżko), pacjenci przebywający 5 lat i dłużej 4500 łóżek (14% ogółu łóżek w skali kraju). Średni czas pobytu wynosi 54 dni.

W stacjonarnych placówkach psychiatrycznych średnio dziennie hospitalizowane są 27552 osoby, spośród nich z powodu psychoz - 67% (w

tym z rozpoznaniem schizofrenii 49%), z powodu *niepsychotycznych zaburzeń psychicznych (bez uzależnienia alkoholowego)* - 15%, a z powodu *zaburzeń alkoholowych* 13%.

Wśród ogółu pacjentów leczonych w r. 1994 r., pacjenci z *rozpoznaniem psychoz (bez alkoholowych)* stanowili 50%, co trzeci spośród ogółu pacjentów leczony był z powodu schizofrenii. Osoby leczone z powodu *niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi (bez uzależnienia alkoholowego)* stanowiły 20% ogółu (w tym z zaburzeniami nerwicowymi 7%), natomiast osoby leczone z powodu *zaburzeń alkoholowych* - 28% (7% z powodu psychoz alkoholowych i 21% z powodu uzależnienia alkoholowego). Wśród pacjentów pierwszorazowych osoby z rozpoznaniem zaburzeń alkoholowych stanowili 37% leczonych (z powodu schizofrenii niecałe 10%).

Rozpowszechnienie hospitalizacji wzrósł o ponad 3% w roku 1994 w porównaniu z rokiem poprzednim. Wskaźnik hospitalizacji chorych pierwszorazowych wzrósł o ponad 6%. Rozpowszechnienie hospitalizacji chorych z zaburzeniami psychotycznymi utrzymuje się na niemal niezmiennym poziomie, u osób z rozpoznaniem schizofrenii zanotowano niewielki spadek rozpowszechnienia hospitalizacji (o 2% u leczonych ogółem, o 1.5% wśród leczonych po raz pierwszy). Znaczny wzrost hospitalizacji dotyczy osób z rozpoznaniem zaburzeń alkoholowych (o 11% u leczonych ogółem, o 14% u leczonych po raz pierwszy).

Ogólna ocena stanu psychiatrycznej opieki stacjonarnej

Na przeszczerzeniu minionych kilkunastu lat baza szpitalna lecznictwa psychiatrycznego podlegała stopniowej modernizacji, w szczególności uległa znacznemu zmniejszeniu liczba łóżek w szpitalach psychiatrycznych, pojawiły się oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych, które obejmują obecnie 11% ogółu łóżek. Mimo tych niewątpliwie korzystnych zmian psychiatryczna opieka stacjonarna wciąż wykazuje szereg niekorzystnych cech, do których należy:

- nierównomierne rozmieszczenie i dostępność łóżek,
- duża odległość szpitali od miejsca zamieszkania (połowa populacji 80 km),
- dekapitalizacja części obiektów,

- niski standard wyposażenia dużych szpitali,
- duży odsetek przewlekle chorych oraz chorych bez wskazań do hospitalizacji,
- niedobór form specjalistycznych (psychogeriatrya, uzależnienia, dzieci i młodzież),
- trudna sytuacja finansowa.

System rejonizacji szpitali psychiatrycznych jedynie częściowo wyrównuje trudności, które wynikają z nierównomiernego rozmieszczenia łóżek psychiatrycznych w Polsce.

PSYCHIATRYCZNA OPIEKA AMBULATORYJNA

W 1994 roku działało w kraju 665 *poradni zdrowia psychicznego*, w tym 68% czynnych przez cały tydzień, blisko 10% pracowało tylko przez jeden dzień w tygodniu. *Poradni odwykowych* było 411 (8% czynnych jeden dzień w tygodniu, a 76% przez cały tydzień). Łącznie w kraju były 32 *poradnie dla osób uzależnionych od środków psychoaktywnych* (w tym, 88% czynnych przez cały tydzień), które prowadziły działalność w 23 województwach.

Opieką ambulatoryjną (PZP, PO i PU) objętych było 726019 osób, którym łącznie udzielono ponad 3 miliony porad lekarskich, 880 tys. wizyt u psychologa lub innego terapeuty. W środowisku chorego (dom itp.) podjęto ponad 111 tys. wizyt.

Dostępność psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej ilustruje liczba ludności przypadająca w poszczególnych województwach na jeden etat lekarski. Średnio w kraju *na jeden etat lekarski w poradni zdrowia psychicznego przypada 57 tys. osób*. Najlepsza sytuacja pod tym względem jest w województwie warszawskim, w którym na jeden etat przypada zaledwie 30 tys. osób, najgorsza w woj. suwalskim 102 tys. osób.

Wśród ogółu pacjentów opieki ambulatoryjnej (PZP, PO i PU) prawie 100 tys. osób to leczeni z powodu *zaburzeń związanych z alkoholem (14% ogółu)*, 209 tys. (30%) to pacjenci z *psychozami* (w tym 90 tys. z rozpoznaniem psychoz schizofrenicznych i ponad 50 tys. z chorobami afektywnymi). 362 tys. pacjentów leczono z powodu *niepsychotycznych zaburzeń psychicznych (bez zespołu zależności alkoholowej)* (50% ogółu), w tym 250 tys. to pacjenci z zaburzeniami nerwicowymi.

Liczba osób leczonych po raz pierwszy w lecznictwie ambulatoryjnym wynosi 213 tys. (ok.

30% leczonych ogółem). Największy odsetek leczonych po raz pierwszy dotyczy osób z rozpoznaniem zespołu zależności alkoholowej (37%) i zaburzeń nerwicowych (34%). Wśród osób leczonych z powodu psychoz odsetek leczonych po raz pierwszy wynosi 16%, a wśród osób z rozpoznaniem psychoz schizofrenicznych blisko 10% i jest najniższy wśród wszystkich wymienionych grup zaburzeń psychicznych.

Odsetek osób objętych opieką czynną jest jednym z wskaźników intensywności opieki lekarskiej, którą poradnie zdrowia psychicznego otaczają swych pacjentów. W całym kraju objętych opieką czynną było ponad 160 tys. osób, co stanowi 27% ogółu pacjentów leczonych w PZP. W większości województw odsetek pacjentów w stosunku do których sprawowana jest opieka czynna oscyluje wokół średniej krajowej, jednak rozbieżność między województwami zajmującymi skrajne pozycje na liście jest znaczna (w województwie sieradzkim ponad połowa pacjentów objęta jest opieką czynną, podczas gdy w kieleckim zaledwie 8%). Należy sądzić, że przyczyną takiej sytuacji nie są różnice w stanie zdrowia mieszkańców porównywanych terenów, lecz rozbieżności w interpretacji przez lekarzy kryteriów kwalifikacji pacjentów do opieki czynnej.

FORMY POŚREDNIE PSYCHIATRYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Wśród form pośrednich najlepiej rozwinięta jest sieć oddziałów dziennych i liczba ich sukcesywnie co rok wzrasta. W roku 1994 było w Polsce 91 oddziałów dziennych (o 7 więcej niż w roku poprzednim), które dysponowały ponad 2000 miejscami. Większość oddziałów skupiona jest w kilku miastach (Warszawa, Kraków, Łódź). Skorzystało z tej formy terapii 7870 osób, w tym prawie połowę stanowiły osoby z rozpoznaniem niepsychotycznych zaburzeń psychicznych (z tego zaburzenia nerwicowe 22%, zespół uzależnienia alkoholowego 10%). Wśród psychoz największy odsetek stanowiły osoby z rozpoznaniem schizofrenii (30% ogółu leczonych).

Niestety nadal nie przybywa innych form pośrednich. Jedynie w 14 ośrodkach zorganizowano oddziały leczenia środowiskowego, w których leczono 2891 pacjentów. W 7 hostelach

przebywały 173 osoby, a w opiece domowej 167 osób.

KADRY

W stacjonarnych zakładach psychiatrycznych oraz w oddziałach psychiatrycznych i odwykowych przy szpitalach ogólnych w 1994 roku zatrudnionych było ogółem (w etatach przeliczeniowych) 1789 lekarzy (w 1993 roku 1855), 8409 pielęgniarek (w roku poprzednim 8430).

Szpitalę psychiatryczne zatrudniały (w etatach przeliczeniowych) ogółem 1484 lekarzy, w tym 816 psychiatrów (342 pierwszego stopnia, 474 drugiego), 510 psychologów, 170 pracowników socjalnych oraz 6923 pielęgniarek. W lecznictwie ambulatoryjnym (w przeliczeniu na pełny wymiar etatowy) było zatrudnionych 806 lekarzy, 742 psychologów i terapeutów, 193 pracowników socjalnych oraz 1006 pielęgniarek. Obserwuje się pewien przyrost zatrudnienia we wszystkich grupach zawodowych.

POZIOM DIAGNOSTYKI I TERAPII

Ogólna ocena poziomu diagnostyki pozwala przyjąć, że stosowane w Polsce zasady rozpoznawania zaburzeń psychicznych nie odbiegają od standardów europejskich, z wyraźnymi różnicami regionalnymi, na co wydaje się wskazywać m.in. znaczne zróżnicowanie częstości rozpoznawania niektórych zaburzeń psychicznych w różnych regionach kraju (dotyczy to np. depresji). Obserwuje się wyraźną tendencję do wdrażania systemów diagnostycznych o zasięgu międzynarodowym, takich jak DSM-III-R (obecnie DSM-IV) oraz X wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10), które są coraz szerzej znane i stosowane nie tylko w ośrodkach klinicznych.

Dostępność urządzeń diagnostycznych ulega powolnej, ale stałej poprawie, m.in. w związku z zakupami centralnymi (które jednak nie zaspokajają rosnących potrzeb szpitali i poradni).

Zakres i liczba leków psychotropowych zarejestrowanych w Polsce jest wystarczająca i nie odbiega od zamieszczanych w lekospisach w rozwiniętych krajach europejskich. Na polski rynek farmaceutyczny stopniowo wkraczają nowe leki psychotropowe, których przydatność w terapii jest sprawdzona.

Dostępność leków psychotropowych w lecznictwie ambulatoryjnym jest na ogół dobra, sprzyja temu lista leków bezpłatnych i częściowo

odpłatnych obejmująca podstawowe leki niezbędne w terapii. Dostępność leków w szpitalach psychiatrycznych jest wyraźnie gorsza, liczne szpitale nie stać na zakup droższych specyfików.

W postępowaniu leczniczym wciąż przeważa podejście ściśle medyczne (farmakoterapia) z wyraźnym niedoborem oddziaływań psychoterapeutycznych i rehabilitacyjnych. Występują jednak w tym zakresie duże różnice regionalne, a nawet w obrębie jednego regionu. Można podać liczne przykłady stosowania nowoczesnego podejścia obejmującego terapię kompleksową.

Kontrole i wizytacje prowadzone przez nadzór krajowy oraz dane uzyskiwane w czasie konsultacji wskazują na występowanie w omawianym zakresie niekiedy poważnych nieprawidłowości. Oto przykłady:

- *stosowanie klozapiny niezgodne z zasadami* podanymi w Instrukcji Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej (dotyczy to zarówno wskazań, przeciwwskazań, łączenia z innymi lekami wywierającymi działanie mielostatyczne, jak również okresowej kontroli wskaźników laboratoryjnych).
- *zbyt szeroko stosowana polipragmazja* (niekiedy bez istotnych wskazań, niekiedy z możliwością interakcji znoszących efekt terapeutyczny lub silnie wzmagających działanie niepożądane).
- *poważne braki w dokumentacji lekarskiej* (w szczególności dotyczy to uzasadnienia rozpoznania w historiach chorób, a także uzasadnienia celowości pobytu w szpitalu, zastosowanego leczenia, wyboru leku i jego dawki).

Można wyrazić nadzieję, że wprowadzenie w niedalekiej przyszłości standardów postępowania diagnostycznego i terapeutycznego przyczyni się do poprawy tej sytuacji.

WYBRANE ZAGADNIENIA LECZENIA NARKOMANII I PROFILAKTYKI HIV

Trwają wciąż "zmagania" w sprawie uruchomienia krajowego programu metadonowego. Programy takie realizowane eksperymentalnie w 4 ośrodkach (IPIŃ, Szpital Nowowiejski, Centrum AIDS w Warszawie, Starachowice) wskazują, że ten rodzaj postępowania substytucyjnego odgrywa istotną rolę w redukowaniu ryzyka szerzenia się infekcji HIV i jej następstw (gruźlica i in.),

przyczynia się do poprawy ogólnego stanu zdrowia osób uzależnionych, sprzyja socjalizacji i dekryminalizacji zachowań. Nie jest on, co należy z całą mocą podkreślić, metodą ("panaceum"), która pozwoli rozwiązać ogół problemów związanych z narkomanią. Metoda ta jest przydatna głównie u osób, u których zawiodły standardowe sposoby postępowania leczniczo-rehabilitacyjnego. Substytucja metadonowa ma swoich gorących protagonistów i oponentów, a nawet namiętnych przeciwników. Wydaje się, że większość sporów jest raczej wynikiem nieporozumień i apriorycznych ocen niż przesłanek merytorycznych. Instytut Psychiatrii i Neurologii opracował założenia krajowego programu metadonowego, który od dłuższego czasu oczekuje na zatwierdzenie i wdrożenie.

PSYCHIATRIA SĄDOWA

W 1995 roku rozpoczęto realizację programu adaptacji dla potrzeb psychiatrii sądowej trzech oddziałów szpitalnych, przeznaczonych na regionalne ośrodki psychiatrii sądowej: w Branicach, Gostyninie i Kocborowie. Opracowano plany architektoniczne i budowlane prac adaptacyjnych. W szpitalu psychiatrycznym w Gostyninie przeprowadzono przetarg na prace budowlane, w 1996 r. planuje się ich rozpoczęcie, a być może zakończenie oraz rozpoczęcie takich prac w pozostałych dwóch szpitalach.

W związku z nowelizacją Kodeksu Karnego podjęto prace nad rejonizacją usług z zakresu psychiatrii sądowej.

SITUACJA FINANSOWA SZPITALI PSYCHIATRYCZNYCH

W świetle dostępnych, ale niepełnych danych, sytuacja większości szpitali psychiatrycznych w Polsce w 1995 roku była trudna. Przynane środki finansowe zmuszały dyrekcje szpitali do drastycznych oszczędności, które dotyczyły również wydatków na leki, bieliznę, żywnie chorych, na bieżące niezbędne remonty. Kosztowne prace remontowe odraczano na bliżej nieokreśloną przyszłość, co pogłębia narastającą dekapitalizację zwłaszcza starych obiektów szpitalnych. Były jednak i jasne chwile w dziejach niektórych placówek. Należy do nich m.in. otwarcie pięknie odnowionego oddziału w Gor-

licach (1995), oddanie do użytku kolejnego oddziału psychiatrycznego ZOZ w Suwałkach (1995), oddziału w Szczecinie Zdrojach (1994), oddziału psychiatrycznego w Nowym Targu (1994).

POWOŁANIE KONSULTANTÓW REGIONALNYCH

Ważnym wydarzeniem było reaktywowanie na początku 1995 roku nadzoru regionalnego z zakresu psychiatrii oraz oddzielnego krajowego i regionalnego nadzoru z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży, a więc wysoce pożądane ponowne włączenie akademii medycznych do ścisłej współpracy z leczeniem (należy z przyjemnością stwierdzić, że w zakresie psychiatrii więź taka nigdy nie była zerwana).

Na stanowiska konsultantów regionalnych powołano kierowników klinik psychiatrycznych akademii medycznych. Regiony nadzoru na ogół pokrywają się z regionami działalności poszczególnych akademii.

Najważniejsze zadania konsultantów regionalnych i wojewódzkich oraz dyrektorów szpitali

1. *Monitorowanie procesu wdrażania Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego i ocena przestrzegania praw osób chorych psychicznie*, które było przedmiotem szczegółowej analizy w dniu wczorajszym³ zaliczyć należy do najważniejszych w chwili obecnej zadań. Z wczorajszych obrad wyraźnie wynika, że zajdzie prawdopodobnie konieczność organizowania w 1996 roku regionalnych konferencji poświęconych ocenie realizacji ustawy, a również szkoleniu. Nie zastąpią one jednak okresowych kontroli i ocen. Dotyczy to zwłaszcza sytuacji, w których nie budzące wątpliwości i nie wymagające interpretacji zapisy ustawy są w sposób oczywisty nie przestrzegane (zlecenie środków bezpośredniego przymusu "awansem", telefonicznie chociaż sytuacja tego nie wymaga - i in.).

Adres: Prof. Stanisław Pużyński, II Klinika Psychiatryczna IPiN, Al. Sobieskiego 119, 02-957 Warszawa.

2. Za drugie równie ważne zadanie uznać należy *nadzór nad wprowadzeniem wojewódzkich programów ochrony zdrowia psychicznego, ustaleń zawartych w "docelowej sieci publicznych zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej" oraz "docelowej sieci domów pomocy społecznej dla osób psychicznie chorych oraz środowiskowych domów samopomocy"*. Modernizacja leczenia psychiatrycznego w Polsce zależy od prawidłowego i terminowego wdrażania ustaleń zawartych w tych dokumentach.
3. Trzecim podstawowym zadaniem są zagadnienia związane z *poziomem diagnostyki, terapii, rehabilitacji oraz orzecznictwa, w szczególności ocena ich poziomu*. Zagadnienie to nie może być pominięte w nawale licznych innych, a niewątpliwie ważnych obowiązków konsultantów regionalnych i wojewódzkich, bowiem diagnostyka, leczenie, rehabilitacja - to podstawowe zadania, które świadczy leczenie psychiatryczne na rzecz osób chorych. Pominięcie tego nader istotnego problemu może oznaczać niepowodzenie innych kosztownych i wymagających wysiłku działań organizacyjnych i inwestycyjnych.
4. Czwartym, równie istotnym zadaniem, zwłaszcza konsultantów, jest *nadzór nad szkoleniem oraz inicjowanie i organizowanie takiego szkolenia*. Tematyka szkoleń powinna wynikać z oceny poziomu diagnostyki, terapii, orzecznictwa, a również uwzględniać postępy w wymienionych dziedzinach. Tzw. szkolenie centralne nie zastąpi ani systematycznego i zaplanowanego szkolenia w szpitalach, ani szkolenia na poziomie regionalnym i wojewódzkim. Rola klinik psychiatrycznych w tej dziedzinie jest trudna do przecenienia.

PIŚMIENNICTWO

1. Departament Polityki Zdrowotnej i Lecznictwa MZiOS: Program ochrony zdrowia psychicznego. Warszawa 1994. (Post. Psychiatr. Neurol. 1995, 4, 3:321-332).

³ Wystąpienie prof. Dąbrowskiego publikowane poniżej.

ANEKS

Podstawowe informacje na temat psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce w latach 1970-1994.

Tablica 1. Zakłady psychiatrycznej opieki stacjonarnej - łóżka, długość pobytu

| Wyszczególnienie | 1970 | 1980 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 |
|--|---------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Liczba łóżek: ogółem na 10 tys. ludności | 40454 12.3 | 39498 11.1 | 36776 9.6 | 35898 9.4 | 34801 9.1 | 34625 9.0 | 33311 8.6 |
| Szpitałe psychiatryczne: liczba szpitali | 34 | 41 | 47 | 48 | 48 | 49 | 49 |
| liczba łóżek | 36486 | 35116 | 31558 | 30570 | 29523 | 29190 | 27783 |
| liczba szpitali > 1000 łóżek | 19 | 18 | 13 | 11 | 9 | 9 | 8 |
| % łóżek w szpitalach > 1000 łóżek | 71.5 | 61.1 | 42.7 | 36.1 | 29.7 | 29.9 | 26.2 |
| liczba szpitali > 1500 łóżek | 12 | 5 | 2 | 1 | - | - | - |
| % łóżek w szpitalach > 1500 łóżek | 50.2 | 20.4 | 8.2 | 4.2 | - | - | - |
| średnia długość pobytu | 86,4 a | 73,6 | 66,1 | 63,8 | 63,8 | 64,0 | 58,8 |
| Oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych: | | | | | | | |
| liczba oddziałów | 21 | 35 | 51 | 50 | 49 | 51 | 55 |
| liczba łóżek | 1458 | 2446 | 3348 | 3370 | 3368 | 3499 | 3639 |
| % łóżek do ogółu łóżek psychiatrycznych | 3.6 | 6.2 | 9.1 | 9.4 | 9.7 | 10.1 | 10.9 |
| % leczonych do ogółu leczonych | 6.4 | 12.0 | 14.1 | 15.1 | 15.8 | 16.3 | 17.2 |
| średnia długość pobytu | 41.7 a | 43.2 | 41.3 | 39.0 | 38.5 | 38.5 | 35,8 |

a dane z roku 1976.

Tablica 2. *Psychiatryczna opieka stacjonarna - łóżka "specjalistyczne"*

| Wyszczególnienie | 1970 | 1980 | 1990 | 1994 |
|------------------------------------|------|------|------|------|
| Liczba łóżek: | | | | |
| dla dzieci i młodzieży | 2634 | 1992 | 1428 | 975 |
| geriatrycznych | 619 | 452 | 348 | 659 |
| dla chorych na gruźlicę | 1922 | 1313 | 965 | 787 |
| dla osób uzależnionych od alkoholu | 1671 | 3197 | 3341 | 3184 |
| dla narkomanów | - | - | 773 | 1106 |

Tablica 3. *Oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych*

| Wyszczególnienie | 1970 | 1980 | 1990 | 1994 |
|--|--------|-------|-------|-------|
| Liczba oddziałów | 21 | 35 | 51 | 55 |
| Liczba łóżek | 1458 | 2446 | 3348 | 3639 |
| Liczba leczonych | 8894 | 20099 | 24332 | 31806 |
| % leczonych do leczonych ogółem | 6.4 | 12.0 | 14.1 | 17.2 |
| Średnia długość pobytu w oddziałach | 41,7 a | 43,2 | 41,3 | 35,8 |
| Średnia długość pobytu w szpitalach psychiatrycznych | 86,4 a | 73,6 | 66,1 | 58,8 |

a Dane z roku 1976.

Tablica 4. *Psychiatryczne zakłady stacjonarne - liczba leczonych*

| Wyszczególnienie | 1970 | 1980 | 1990 | 1994 |
|---|--------|--------|--------|--------|
| Liczba łóżek | 40454 | 39498 | 36776 | 33311 |
| Leczeni ogółem | 139505 | 167710 | 173212 | 184935 |
| Leczeni po raz pierwszy | 47124 | 49999 | 52146 | 59185 |
| Średni czas leczenia (pobytu) | 83,6 a | 73,6 | 62,2 | 54,4 |
| Liczba osób przebywających dłużej niż 1 rok | 19371 | 13822 | 9433 | 7633 |
| % liczby przebywających > 1 rok do liczby łóżek | 47.9 | 35.0 | 25.7 | 22.9 |

a Dane z roku 1976.

Tablica 5. Zakłady psychiatrycznej opieki stacjonarnej - leczeni po raz pierwszy (wskaźnik na 100 tys. ludności)

| Rozpoznanie | 1970 | 1980 | 1990 | 1994 |
|--|------|------|------|------|
| Psychozy: | 48,8 | 56,0 | 56,5 | 63,4 |
| schizofreniczne | 11,6 | 8,0 | 13,7 | 14,5 |
| afektywne | 5,3 | 5,8 | 7,7 | 11,0 |
| alkoholowe | 4,7 | 12,3 | 13,4 | 14,7 |
| Niepsychotyczne zaburzenia psychiczne: | 58,9 | 71,7 | 70,0 | 80,0 |
| zespół uzależnienia alkoholowego | 13,1 | 25,9 | 31,6 | 39,7 |
| uzależnienie od leków | 0,5 | 1,3 | 3,3 | 4,6 |

Tablica 6. Zakłady psychiatrycznej opieki stacjonarnej - leczeni po raz pierwszy (liczby bezwzględne)

| Rozpoznanie | 1970 | 1980 | 1990 | 1994 |
|--|-------|-------|-------|-------|
| Psychozy: | 15864 | 19929 | 21565 | 24420 |
| schizofreniczne | 3780 | 2842 | 5217 | 5595 |
| afektywne | 1727 | 2072 | 2948 | 4226 |
| alkoholowe | 1525 | 4389 | 5117 | 5649 |
| Niepsychotyczne zaburzenia psychiczne: | 19145 | 25490 | 26682 | 30847 |
| zespół uzależnienia alkoholowego | 4253 | 9204 | 12043 | 15310 |
| uzależnienie od leków | 171 | 470 | 1252 | 1782 |

Tablica 7. Zakłady psychiatrycznej opieki stacjonarnej - leczeni ogółem (liczby bezwzględne)

| Rozpoznanie | 1970 | 1980 | 1990 | 1994 |
|--|-------|-------|-------|--------|
| Psychozy: | 78142 | 98107 | 99934 | 101771 |
| schizofreniczne | 45182 | 52261 | 57942 | 54785 |
| afektywne | 7252 | 9196 | 11343 | 14407 |
| alkoholowe | 3291 | 8832 | 10940 | 12253 |
| Niepsychotyczne zaburzenia psychiczne: | 38770 | 57693 | 63303 | 72854 |
| zespół uzależnienia alkoholowego | 11507 | 25382 | 31805 | 37900 |
| uzależnienie od leków | 390 | 1481 | 4402 | 6806 |

Tablica 8. Zakłady psychiatrycznej opieki stacjonarnej - leczeni ogółem (wskaźnik na 100 tys. ludności)

| Rozpoznanie | 1970 | 1980 | 1990 | 1994 |
|--|-------|-------|-------|-------|
| Psychozy: | | 275,7 | 262,2 | 264,1 |
| schizofreniczne | 138,9 | 146,9 | 152,0 | 142,1 |
| afektywne | 22,3 | 25,9 | 29,8 | 37,4 |
| alkoholowe | 10,1 | 24,8 | 28,7 | 31,8 |
| Niepsychotyczne zaburzenia psychiczne: | 119,2 | 162,2 | 166,0 | 189,0 |
| zespół uzależnienia alkoholowego | 35,4 | 71,4 | 83,4 | 98,3 |
| uzależnienie od leków | 1,2 | 4,2 | 11,5 | 17,7 |

Tablica 9. Psychiatryczna opieka ambulatoryjna - leczeni po raz pierwszy (wskaźnik na 100 tys. ludności)

| Rozpoznanie | 1970 a | 1980 b | 1990 | 1994 |
|--|--------|--------|-------|-------|
| Psychozy: | 81,2 | 72,5 | 68,0 | 91,3 |
| schizofreniczne | 29,6 | 16,7 | 18,9 | 22,5 |
| afektywne | 11,6 | 14,9 | 16,7 | 26,2 |
| alkoholowe | . | 2,4 | 4,5 | 5,2 |
| Niepsychotyczne zaburzenia psychiczne: | 276,2 | 400,8 | 360,2 | 400,9 |
| zespół uzależnienia alkoholowego | . | 103,4 | 85,1 | 88,6 |
| uzależnienie od leków | 1,2 | 3,1 | 3,5 | 3,9 |

a Dane wyłącznie z poradni zdrowia psychicznego.

b Ze względu na system sprawozdawczości obowiązujący w tym okresie pacjentów z psychozami alkoholowymi leczonych w PZP wykazano w grupie zaburzeń niealkoholowych.

Tablica 10. Psychiatryczna opieka ambulatoryjna - leczeni po raz pierwszy (liczby bezwzględne)

| Rozpoznanie | 1970 a | 1980 b | 1990 | 1994 |
|--|--------|--------|--------|--------|
| Psychozy: | 26421 | 25777 | 25887 | 35196 |
| schizofreniczne | 9623 | 5958 | 7207 | 8676 |
| afektywne | 3762 | 5305 | 6374 | 10100 |
| alkoholowe | . | 851 | 1696 | 2012 |
| Niepsychotyczne zaburzenia psychiczne: | 89845 | 142574 | 137325 | 154509 |
| zespół uzależnienia alkoholowego | . | 36777 | 32444 | 34148 |
| uzależnienie od leków | 394 | 1099 | 1333 | 1485 |

a Dane wyłącznie z poradni zdrowia psychicznego.

b Ze względu na system sprawozdawczości obowiązujący w tym okresie pacjentów z psychozami alkoholowymi leczonych w PZP wykazano w grupie zaburzeń niealkoholowych.

Tablica 11. *Psychiatryczna opieka ambulatoryjna - leczeni ogółem (liczby bezwzględne)*

| Rozpoznanie | 1970 a | 1980 b | 1990 | 1994 |
|--|--------|--------|--------|--------|
| Psychozy: | 125798 | 156713 | 183664 | 215076 |
| schizofreniczne | 68448 | 67779 | 82637 | 90983 |
| afektywne | 14243 | 30412 | 39961 | 52502 |
| alkoholowe | . | 2199 | 5880 | 6373 |
| Niepsychotyczne zaburzenia psychiczne: | 249413 | 385282 | 412926 | 454011 |
| zespół uzależnienia alkoholowego | . | 99543 | 93561 | 91968 |
| uzależnienie od leków | 1110 | 3350 | 4663 | 5876 |

a Dane wyłącznie z poradni zdrowia psychicznego.

b Ze względu na system sprawozdawczości obowiązujący w tym okresie pacjentów z psychozami alkoholowymi leczonych w PZP wykazano w grupie zaburzeń niealkoholowych.

Tablica 12. *Psychiatryczna opieka ambulatoryjna - leczeni ogółem (wskaźnik na 100 tys. ludności)*

| Rozpoznanie | 1970 a | 1980 b | 1990 | 1994 |
|--|--------|--------|--------|--------|
| Psychozy: | 386,8 | 440,5 | 481,8 | 558,0 |
| schizofreniczne | 210,4 | 190,5 | 216,8 | 236,1 |
| afektywne | 43,8 | 85,5 | 104,8 | 136,2 |
| alkoholowe | . | 6,2 | 15,4 | 16,5 |
| Niepsychotyczne zaburzenia psychiczne: | 766,8 | 1082,9 | 1083,2 | 1177,9 |
| zespół uzależnienia alkoholowego | . | 279,8 | 245,4 | 238,6 |
| uzależnienie od leków | 3,4 | 9,4 | 12,2 | 15,3 |

a Dane wyłącznie z poradni zdrowia psychicznego.

b Ze względu na system sprawozdawczości obowiązujący w tym okresie pacjentów z psychozami alkoholowymi leczonych w PZP wykazano w grupie zaburzeń niealkoholowych.

Tablica 13. *Psychiatryczna opieka pośrednia*

| Wyszczególnienie | 1970 | 1980 | 1990 | 1994 |
|-----------------------------------|------|------|------|------|
| Oddziały dzienne: | | | | |
| liczba oddziałów | - | 53 | 76 | 91 |
| liczba leczonych | - | 6187 | 6917 | 7870 |
| Oddziały leczenia środowiskowego: | | | | |
| liczba oddziałów | - | - | 12 | 14 |
| liczba leczonych | - | - | 1208 | 2891 |
| Hostele: | | | | |
| liczba hosteli | - | - | 7 | 8 |
| liczba leczonych | - | - | 119 | 173 |

Tablica 14. Kadry (etaty przeliczeniowe) w psychiatrycznej opiece stacjonarnej - w szpitalach, sanatoriach ośrodkach leczenia odwykowego.

| Wyszczególnienie | 1970 | 1980 | 1990 | 1994 |
|------------------------------|------|------|------|------|
| Lekarze: | | | | |
| ogółem | 1098 | 1373 | . | 1506 |
| psychiatrzy (I i II stopnia) | 660 | . | . | 822 |
| Psycholodzy | 140 | . | . | 564 |
| Pracownicy socjalni | 7 | . | . | 195 |
| Terapeuci zajęciowi | 428 | . | . | . |
| Pielęgniarki | 4907 | 6045 | . | 7017 |