

## **Narada specjalistów wojewódzkich w dziedzinie psychiatrii oraz dyrektorów szpitali psychiatrycznych (Warszawa, 10.06.1994 r.)**

*Conference of regional specialists in psychiatry and of directors of mental hospitals  
(Warsaw, 10 June 1994).*

### **Zasady stosowania i monitorowania Klozapolu**

*Principles of Clozapol administration and monitoring.*

**ELŻBIETA BIDZIŃSKA**

*Z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie*

Wprowadzenie klozapiny do leczenia psychiatrycznego jest niewątpliwie największym krokiem naprzód w terapii przewlekłej schizofrenii, od czasu wynalezienia neuroleptyków.

Najpoważniejszy problem kliniczny przy stosowaniu klozapiny - zmiany hematologiczne (najczęściej leukopenia, granulocytopenia, agranulocytoza) ujawniły się dość późno. W 1975 r., wkrótce po wprowadzeniu klozapiny w Finlandii, odnotowano 16 przypadków agranulocytozy, tym 8 śmiertelnych. W tej sytuacji, w niektórych krajach lek wycofano całkowicie z użycia, w wielu innych znacznie ograniczono stosowanie. Zalety klozapiny były jednak tak duże, a brak jej tak silnie odczuwany, że stopniowo powróciła do leczenia psychiatrycznego, ale stosowanie obwarowano licznymi zaleceniami, takimi jak ściśle przestrzeganie wskazań i przeciwwskazań, prowadzenie monoterapii i ściśle monitorowanie obrazu białokrwinkowego. Ograniczyło to znaczne występowanie powikłań hematologicznych.

Częstość leukopenii wśród osób leczonych preparatami klozapiny oceniana jest obecnie na 2,5%, a agranulocytozy na ok. 1%. Agranulocytoza przebiega początkowo bezobjawowo. Przy zbyt późnym jej stwierdzeniu - w trakcie rozwiniętej już infekcji - współczynnik śmiertelności sięga 50%.

W Polsce przez wiele lat panowała znaczna dowolność w stosowaniu klozapiny, a badania krwi wykonywano niesystematycznie. Od czerwca 1993 r. obowiązuje Instrukcja Minister-

stwa Zdrowia w sprawie stosowania preparatów klozapiny, która czyni lekarza prowadzącego odpowiedzialnym za prawidłowy przebieg leczenia i systematyczne monitorowanie czynności układu krwiotwórczego (co tydzień przez pierwsze 18 tygodni leczenia, następnie raz w miesiącu). Instrukcja zależa stosowanie preparatów klozapiny wyłącznie do lekoopomych przypadków schizofrenii lub chorych, u których stosowanie innych neuroleptyków powoduje ciężkie i trudne do opanowania objawy neurologiczne (zespoły parkinsonowskie, późne dyskinezy). Preparaty klozapiny można stosować jedynie u osób z prawidłową liczbą leukocytów i prawidłowym obrazem białokrwinkowym, u których w przeszłości nie obserwowano reagowania granulocytopenią czy agranulocytozą na stosowanie jakiegokolwiek leku. Nie należy leku podawać osobom z chorobami układu krwiotwórczego, jaskrą, poważnymi schorzeniami wątroby i nerek, niedrożnością jelit, padaczką, zatrutym lekami i alkoholem, dzieciom, kobietom w ciąży i w okresie karmienia. Nie należy kojarzyć preparatów klozapiny z innymi neuroleptykami, lekami anksjolitycznymi i nasennymi ze względu na potencjalizowanie hamującego działania na ośrodkowy układ nerwowy, wzmożenie działania hipotensyjnego (możliwość zapaści), depresyjne działanie na ośrodek oddechowy. Nie należy podawać preparatów klozapiny z lekami miostatycznymi oraz lekami wywierającymi wpływ na układ krwiotwórczy (niektóre leki przeciw-

drgawkowe, przeciwreumatyczne, przeciwo-rączkowe, przeciwbólowe, antybiotyki, prokainamid, kaptopryl, nifedipina, leki przeciw-tarczycowe, leki antyhistaminowe, doustne leki przeciwcukrzycowe). Nie należy też łączyć klozapiny z węglanem litu.

Prowadzone od listopada 1993 r. monitorowanie leczenia Klozapolem wykazało, że wielu lekarzy nie zapoznało się ze wspomnianą Instrukcją, lek nadal jest często stosowany niezgodnie z zaleceniami (np. w przypadkach charakteropatii padaczkowych, stanów dysforycznych, w przebiegu upośledzenia umysłowego, w zespołach natręctw, zespołach depresyjno-lękowych). Częste jest również, kojarzenie z klozapiną kilku różnych leków. Zdarza się również, że przy prawidłowej liczbie krwinek białych, uwadze lekarza umyka fakt, że bezwzględna liczba granulocytów jest bardzo niska, czasem na pograniczu agranulocytozy.

Okresowa kontrola prawidłowości stosowania preparatów klozapiny jest pilnym zadaniem dla nadzoru specjalistycznego.

## DYSKUSJA (skrót)

*Prof. Andrzej Danysz (Instytut Farmaceutyczny).* Instytut Farmaceutyczny (producent Klozapolu) stwierdza absolutną ekwiwalentność dostępności biologicznej Klozapolu z preparatami zagranicznymi. Z powodu możliwości działania mielotoksycznego, konieczne jest monitorowanie działania leku. Szczególnie ważne jest dokładne rejestrowanie niepożąda-

nych działań leku. Wszystkie doniesienia na ten temat powinny wpływać nie tylko do konsultantów, ale także - zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami - do Ośrodka Działań Ubocznych Instytutu Leków. Instytut Farmaceutyczny jest zainteresowany wszelkimi informacjami dotyczącymi zaobserwowanych niepożądanych działań leku, a także wszelkich przekonań, wrażeń, sugestii dotyczących porównania Klozapolu z Leponexem (Sandoz).

*Maria Kosek (Instytut Farmaceutyczny).* Instytut Farmaceutyczny ma obowiązek zbierania wszystkich kart zgłoszeń, a następnie kart wypełnionych po 18 tygodniach, dotyczących pacjentów leczonych Klozapolem. System komputerowego nanoszenia tych danych wykazuje dość częsty brak zgodności między danymi z obu rodzajów kart. Zdarza się, że nie można ustalić, czy informacje na obu kartach dotyczą tego samego pacjenta. W związku z wpisywaniem nazwiska pacjenta na kartach, Instytut Farmaceutyczny zobowiązał osoby, które opracowują dane z kart, do podpisania deklaracji o zachowaniu tajemnicy. Nazwisko pacjenta jest istotne z chwilą wystąpienia niepożądanych działań leku. Na rynku znajdują się trzy prawie identyczne preparaty klozapiny objęte monitorowaniem i należy pamiętać, że karty dotyczące Leponexu należy przesyłać do firmy Sandoz, karty Klozapolu do Instytutu Farmaceutycznego, a karty Klocinalu do Stargardu Szczecińskiego.

*Prof. Stanisław Dąbrowski (IPiN).* Należy zwrócić uwagę na błędy dotyczące leczenia klozapiną stwierdzone w archiwalnych i aktualnych historiach chorób. Klozapol nie jest tani i nie można dopuszczać, żeby ten cenny lek stosować bezsensownie.

## Ważniejsze problemy i trudności leczenia psychiatrycznego

### *Major problems and difficulties of psychiatric care.*

STANISŁAW DĄBROWSKI, WANDA LANGIEWICZ, BOŻENA PIETRZYKOWSKA

*Z Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia IPiN w Warszawie*

Zmiany w ochronie zdrowia prowadzące do decentralizacji zarządzania i finansowania zakładów opieki zdrowotnej, wymagają dostosowania funkcji i struktury organizacyjnej nadzoru specjalistycznego do nowej sytuacji.

Zadania specjalistów - w przyszłości konsultantów - będą ukierunkowane głównie na ocenę jakości, dostępności i kultury świadczeń zdrowotnych oraz efektywności wykorzystania zasobów kadrowych i materialnych. Konsultanci bę-

dą również wykonywać zadania doradcze i opiniotwórcze dla kierownictwa służby zdrowia. Powinni łączyć funkcje oceny potrzeb zawodowych z organizowaniem kształcenia ustawicznego oraz wdrażaniem postępów nauki do praktyki medycznej. W większym stopniu powinni zwracać uwagę na narastające problemy etyczne i deontologiczne, co będzie wymagać współpracy z towarzystwami lekarskimi i samorządem lekarskim.

Propozycje kierownictwa Resortu przewidują 3 poziomy nadzoru: krajowy, regionalny i wojewódzki.

1. Na poziomie krajowym będą 3 organy:

– Rada konsultantów krajowych powoływana przez Ministra Zdrowia spośród przewodniczących zespołów konsultantów krajowych,  
– krajowi konsultanci i zespoły konsultantów krajowych powoływane na 3 lata. W skład tych zespołów wchodzi konsultanci regionalni. Przewiduje się powołanie konsultantów krajowych w 51 dyscyplinach, m. in. w dziedzinie psychiatrii i psychologii klinicznej.

2. Konsultanci regionalni będą powoływani na 3 lata przez Ministra Zdrowia, spośród specjalistów akademii medycznych na wniosek konsultanta krajowego w porozumieniu z rektorem A.M. Będą oni przewodniczyć regionalnym zespołom konsultacyjnym, w skład których wchodzi konsultanci wojewódzcy. Nadzór regionalny obejmuje 43 dyscypliny.

3. Konsultanci wojewódzcy będą powoływani na 3 lata przez wojewodę na wniosek dyrektora wydziału zdrowia, po porozumieniu z konsultantami regionalnymi. Zadaniem konsultanta wojewódzkiego ma być:

- ocena poziomu fachowego świadczeń i metod stosowanych w zapobieganiu, rozpoznawaniu i leczeniu chorób, a także działalności rehabilitacyjnej oraz kultury świadczeń,
- ocena stanu organizacyjnego,
- ocena działalności merytorycznej ordynatorów i kierowników innych komórek organizacyjnych,
- uczestniczenie w realizacji i nadzór nad wdrażaniem wyników badań naukowych do praktyki służby zdrowia,
- pomoc konsultacyjna w trudnych diagnostycznie i terapeutycznie przypadkach,
- ocena potrzeb kadrowych i współdziałanie w organizowaniu szkolenia podyplomowego,
- ocena wykorzystania aparatury diagnostycznej oraz potrzeb w tym zakresie i opiniowanie planowanych zakupów aparatury,
- pomoc merytoryczna w opracowywaniu programów rozwoju służby zdrowia województwa.

Konsultanci wojewódzcy będą powoływani tylko w 25 dyscyplinach reprezentowanych na

poziomie ZOZ i podstawowej opieki zdrowotnej.

Baza leczenia psychiatrycznego - podstawowe wskaźniki. Lecznictwo stacjonarne dysponowało w 1993 r. 149 zakładami, w których było 34,8 tys. łóżek. Nadal utrzymuje się tendencja do zmniejszania liczby łóżek w dużych szpitalach psychiatrycznych (0,5% w ostatnim roku). Przybywa oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych. W ub. roku uruchomiono dwa, w Cieszynie i Sochaczewie, a w 1994 r. - dwa następne. Mamy już ogółem 53 oddziały. Otwarto też dwa nowe ośrodki leczenia uzależnień. Wskaźnik liczby łóżek/10 tys. ludności wynosił w ub. roku 9,0 (9,1 w 1992 r.). Jest on jednak bardzo różny w poszczególnych województwach od zera w łomżyńskim, 0,4 w krośnieńskim, 0,6 konińskim do 33,7 w gorzowskim, 27,2 w jeleniogórskim. Około 50% pacjentów z 13 województw musi trafiać do szpitali w innych województwach, w ośmiu odsetek ten sięga 70-85%, a w łomżyńskim 100%.

Średni czas hospitalizacji wynosi 59,0 dni (59,2 w 1992 r.).

Sukcesywnie wzrasta liczba poradni zdrowia psychicznego. W ubiegłym roku przybyło 18 i było ich ogółem 653. Obejmują one opieką 555,5 tys. pacjentów. Nadal jednak tylko około 60% poradni czynnych jest cały tydzień. Mamy 422 poradnie odwykowe.

Z form pośrednich najlepiej rozwijają się oddziały dzienne, chociaż mniej intensywnie niż w minionej dekadzie. W ubiegłym roku powstały cztery nowe oddziały dzienne. Jest ich obecnie 84 i leczono w nich 7650 osób. Gorzej jest z innymi formami pośrednimi. Nie przybywa oddziałów leczenia środowiskowego, od 1990 r. jest ich 12, hosteli 7. Zmniejsza się liczba oddziałów opieki domowej, aktualnie są tylko trzy (11 w 1991 r., 7 w 1992 r.). Warto zastanowić się, jak przełamać impas w rozwoju tych form. Zgodnie z "Programem ochrony zdrowia psychicznego", opublikowanym w 1993 r. przez IPiN, rola form pośrednich powinna sukcesywnie rosnąć.

Dane statystyczne wskazują na stabilizację rozpowszechniania zaburzeń psychicznych leczonych stacjonarnie w granicach 420-450/100 tys. ludności leczonych stacjonarnie. Stopniowo wzrasta liczba leczonych w poradniach zdrowia psychicznego - w 1993 r. wynosiła 1444,6 na 100

tys., liczba leczonych w poradniach odwykowych - 226,9.

*Wskaźnik leczonych po raz pierwszy w zakładach stacjonarnych* utrzymuje się w ostatnich latach między 129 a 136 na 100 tys., natomiast w lecznictwie ambulatoryjnym stopniowo wzrasta i wynosi 385,7 na 100 tys. (373,8 w 1992 r.).

**Kadry.** Przez wiele lat problemem był niedobór kadr psychiatrycznych, zwłaszcza lekarskich. Ostatni spis specjalistów (1992) wykazał 1919 psychiatrów, co oznacza przyrost w stosunku do liczby sprzed trzech lat o ok. 90 osób. Notuje się wyraźną poprawę w tej dziedzinie. Dowodzą tego m.in. informacje o liczbie otwieranych specjalizacji. W ostatnich dwu latach co najmniej 250 osób rozpoczęło specjalizację, natomiast egzamin na pierwszy stopień zdało 136 osób. Największy wzrost odnotowano w woj. katowickim i krakowskim. O poprawie sytuacji świadczą także dane dotyczące zatrudnienia w szpitalach, gdzie tylko w ciągu 1993 roku przybyło 90 psychiatrów (w przeliczeniu na etaty). Stosunkowo niewiele, bo tylko o ok. 25 etatów powiększyło się w tym samym czasie zatrudnienie psychologów.

**Sytuacja finansowa psychiatrii.** Niedostateczne środki finansowe przeznaczone na psychiatrię stanowią obecnie najważniejszy problem. Z jednej strony poważnie utrudniają normalne funkcjonowanie bardzo zadłużonych placówek, z drugiej - ograniczają, bądź uniemożliwiają rozwijanie brakujących form opieki.

Ostry reżim budżetowy ostatnich lat pogorszył stan techniczny obiektów szpitalnych, nie dawał żadnej szansy na odtworzenie zużytego sprzętu medycznego i innych urządzeń technicznych. Sytuacja ta odbija się na warunkach leczenia pacjentów. Ubogi wybór leków psychotropowych i brak droższych preparatów o przedłużonym działaniu niekorzystnie wpływają na przebieg kuracji i czas leczenia. W wielu szpitalach pacjenci są na granicy niedożywienia, ubrani w zużytą, nie nadającą się do noszenia odzież, często bez możliwości wychodzenia poza oddział z powodu braku odpowiedniego obuwia. Zniszczona pościel, bielizna i ręczniki, przy braku środków czystościowych dopełniają obrazu warunków, w jakich przebywa duża część pacjentów.

Informacja o bardzo trudnej sytuacji finansowej szpitali psychiatrycznych została przekazana

w lutym br. ministrowi zdrowia oraz w czerwcu br. lekarzom wojewódzkim. W ostatnich dniach przekazaliśmy Ministerstwu dane o potrzebach zgłoszonych w związku z możliwością dofinansowania psychiatrii z rezerwy centralnej w 1995 roku. Łączna wartość zgłoszeń wyniosła ok. 650 mld. zł, tj. około połowy rocznych nakładów w skali kraju na samodzielne placówki psychiatryczne.

Przy okazji informujemy o niepowodzeniu naszych starań o pozostawienie w placówkach psychiatrycznych części świadczeń emerytalnych potrącanych przez ZUS z tytułu długotrwałej hospitalizacji. Decyzją ministra pracy i polityki socjalnej w porozumieniu z ministrem zdrowia zaniechano w ogóle odliczania jakichkolwiek kwot, pozostawiając je w pełnej wysokości. W tej sytuacji potrącanie części świadczeń na rzecz szpitala wydaje się mało prawdopodobne.

W związku z nieporozumieniami, skargami i sprawami sądowymi dotyczącymi pobierania opłat za świadczenia szpitalne i poradniane, przypominamy, że *według aktualnie obowiązujących przepisów wszyscy ubezpieczeni pacjenci są leczeni bezpłatnie. Nieubezpieczeni zwolnieni są od opłat, jeżeli są chorzy psychicznie lub zostali skierowani przez sąd lub prokuraturę na obserwację, bądź z tytułu środka zabezpieczającego.*

W ostatnich tygodniach poddano pod dyskusję środowiskową projekt ustawy pt. "Gwarancje państwa w zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej". Zapisy tego projektu potwierdzają, iż chorym psychicznie i upośledzonym umysłowo przysługuje prawo do nieodpłatnych świadczeń zdrowotnych gwarantowanych ze środków publicznych w zakresie i na warunkach określonych w ustawie (art. 1, 6, 10).

W projekcie Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego jest podobny artykuł o tym, że "świadczenia udzielane osobom chorym psychicznie lub upośledzonym umysłowo przez publiczne zakłady psychiatrycznej opieki zdrowotnej są bezpłatne".

Przy tak szeroko sformułowanych zapisach warto zastanowić się, czy słuszny jest brak jakiegokolwiek odpłatności za koszty utrzymania i żywienia w zakładach lecznictwa stacjonarnego pacjentów przebywających nieprzerwanie dłużej niż rok. Jak wiemy, odsetek tych pacjen-

tów w szpitalach psychiatrycznych wynosi około 31%, a 26% przebywa dłużej niż 2 lata.

Drugą sprawą budzącą kontrowersje w środowisku psychiatrycznym, jest odpłatność za leczenie uzależnionych oraz osób z zaburzeniami nerwicowymi. Nie ma również jednoznacznej opinii, czy tumusy rehabilitacyjno-terapeutyczne nie powinny być częściowo odpłatne.

**Orzecznictwo o zdolności do pracy w leczeniu nerwic.** W ostatnim okresie otrzymujemy sygnały z wielu poradni zdrowia psychicznego o zwiększonej zgłaszalności pacjentów z objawami i dolegliwościami typu nerwicowego. Wiąże się to prawdopodobnie z zagrożeniem lub faktem utraty zatrudnienia. Wizyta w poradni ogranicza się najczęściej do przepisywania leków uspokajających, bez podejmowania prób wyjaśniania sytuacji pacjenta i udzielenia mu pomocy typu psychoterapeutycznego i socjoterapeutycznego. W niektórych przypadkach dochodzi do udzielenia długotrwałych - nawet kilkumiesięcznych - zwolnień lekarskich, które mogą przyczynić się do utrwalenia zaburzeń i do zwiększonego nacisku pacjentów na uzyskanie renty inwalidzkiej. Według opinii nadzoru długotrwałe zwolnienie, jeśli już jest niezbędne, powinno być wykorzystane dla niezwłocznego podjęcia systematycznego leczenia w specjalistycznym ośrodku terapii nerwic.

Do projektu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego<sup>3/</sup> wprowadzono kilka ważnych zmian, które powinny przyczynić się do realizacji podstawowych zadań z zakresu promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym, do poprawy świadczeń leczniczych i opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, do pogłębiania ochrony tych praw, które są gwarantowane przez obowiązujące ustawodawstwo, ale naruszane m.in. poprzez bardzo trudne warunki w znacznej części szpitali psychiatrycznych, wreszcie do ochrony praw pacjentów poddawanych przymusowemu postępowaniu.

"Program<sup>4/</sup> Ochrony Zdrowia Psychicznego" (1992) był pomyślany jako rozwinięcie I rozdziału ustawy. Program nie został dotychczas zaakceptowany przez kierownictwo Resortu i należy przypuszczać, że nastąpi to dopiero po uchwaleniu ustawy. W międzyczasie pojawiła

się potrzeba wprowadzenia do Programu kilku nowych form, m.in. regionalnych ośrodków psychiatrii młodzieżowej i sądowej.

*Ośrodki młodzieżowe*, lokalizowane w dużych i średnich szpitalach psychiatrycznych, będą przeznaczone dla pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, głównie psychotycznymi w okresie dojrzewania w wieku od 15 do 19 lat. Zadaniem tych ośrodków będzie diagnoza, leczenie i rehabilitacja, a także orzecznictwo sądowo-psychiatryczne nieletnich sprawców czynów karalnych. Ośrodek będzie składać się z 20-łóżkowego oddziału stacjonarnego, oddziału dziennego i poradni.

*Regionalne ośrodki psychiatrii sądowej* będą przeznaczone dla szczególnie niebezpiecznych i wymagających wzmoczonego nadzoru sprawców czynów karalnych. Powstaną one w trzech szpitalach - Kocborowie, Gostyninie, Branicach - w miejsce wcześniej planowanego centralnego szpitala psychiatrii sądowej. W sumie będą dysponować od ok. 210 do 220 łóżkami. Gotowe są już projekty adaptacji trzech oddziałów. Najwcześniej, być może na wiosnę 1995 r., zostanie otwarty ośrodek w Gostyninie dla 75 pacjentów. Zarówno adaptacja jak i prowadzenie tych ośrodków będzie finansowane z budżetu centralnego, prawdopodobnie za pośrednictwem Instytutu Psychiatrii i Neurologii, który będzie bezpośrednio nadzorować funkcjonowanie tych oddziałów. W związku z powstaniem ośrodków przewiduje się istotne zmiany w projekcie zarządzenia Ministra Zdrowia o rejonizacji środka zabezpieczającego.

**Rzecznicy pacjentów.** W celu ułatwienia pacjentom dochodzenia swych praw, w niektórych krajach zachodnich, niezależnie od ustaw, powołuje się nową instytucję - adwokata pacjentów lub rzecznika praw pacjentów psychiatrycznych. W odróżnieniu od adwokata zatrudnionego przez szpital, rzecznik jest pracownikiem innej instytucji niezależnej od szpitala. Oprócz niezależności cechuje go również stronniczość, tzn. staje zawsze po stronie pacjenta, wszczyna postępowanie wyłącznie w odpowiedzi na skargę, traktuje każdą skargę poważnie, nawet jeśli lekarz jest skłonny interpretować ją jako wyraz zaburzeń psychicznych.

<sup>3/</sup> Ustawa uchwalona 19 sierpnia 1994 r. (tekst Post. Psychiatr. Neurol. 1994, 3, supl. 1) (red.)

<sup>4/</sup> Program przyjęty przez MZiOS w styczniu 1995 r. (red.)

Ogólne zadanie rzecznika polega na poradzie lub pomocy pacjentowi publicznego szpitala psychiatrycznego w dochodzeniu i wykozystaniu swoich praw, a w szczególności na: (1) informowaniu pacjenta o jego sytuacji prawnej w związku ze skargą lub pytaniem dotyczącym pobytu w szpitalu, (2) pośredniczeniu w kontakcie z personelem i pomocy w wyjaśnieniu czy załatwieniu skargi, (3) sygnalizowaniu i poddawaniu pod dyskusję niektórych powtarzających się skarg świadczących o strukturalnych mankamentach szpitala. Dwa pierwsze zadania zdecydowanie dominują w działalności rzecznika, który nie czeka na pacjenta w swoim pokoju, lecz często odwiedza różne oddziały, aby być łatwiej dostępnym.

Rzecznik ma prawo wizytować wszystkie oddziały w każdym czasie, może żądać wszelkiej informacji niezbędnej dla wypełnienia swojego zadania, ma prawo wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta za pisemnie wyrażoną przez niego zgodą.

Z badań nad pracą rzeczników w szpitalach holenderskich wynika, że: (1) obniża się liczba skarg dotyczących przymusowego przyjęcia i tzw. ogólnych problemów prawnych, (2) wzrasta znacząco liczba skarg związanych z leczeniem i przymusem bezpośrednim, co świadczy o tym, że pacjenci stają się coraz bardziej świadomi tego, że oni także mają jakieś prawa i że nie zawsze muszą akceptować to, co mówi lekarz.

W trzech naszych szpitalach pracuje od kilku miesięcy dwóch rzeczników: jeden w Bolesławcu na etacie szpitalnym i jeden dla szpitala w Pruszkowie i Drewnicy na etacie Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Ze sprawozdań tego ostatniego wynika, że pacjenci wysoko oceniają fakt, iż ktoś chce słuchać ich skarg. Większość spraw dotyczy bezprawnego - ich zdaniem - stosowania przymusu i przymusowego przetrzymywania w szpitalu. Często powtarzają się skargi na brak informacji dotyczącej sposobu leczenia oraz orientacyjnego czasu pobytu w szpitalu. Te ostatnie skargi wskazują na strukturalne mankamenty systemu leczenia i ignorancję lekarzy w zakresie obowiązujących przepisów. Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia, w tym również o przybliżonym okresie leczenia w szpitalu, nawet wtedy, gdy zastosowano wobec niego środek zabezpieczający.

Wiadomo mi, że kilkunastu dyrektorów chętnie widziałoby rzecznika u siebie. Jednym ze sposobów zapewnienia fundamentalnego wymogu, tj. niezależności, byłoby powołanie przez dyrektorów międzyszpitalnej "Fundacji Ochrony Praw Pacjentów Psychiatrycznych" (czy też jakiegoś towarzystwa), zatrudniającej rzeczników pracujących w tych szpitalach.

## DYSKUSJA (skrót)

*Dr Bohdan T. Woronowicz (IPiN).* Chciałbym krótko scharakteryzować sytuację leczenia odwykowego. Bazę leczenia odwykowego stanowiły 422 poradnie odwykowe (432 w 1992 r.) oraz 71 oddziałów odwykowych (74 w 1992 r.) z 3110 łózkami (3238 w 1992 r.). W szpitalach psychiatrycznych mieliśmy 46 oddziałów z 2133 łózkami, w 8 ośrodkach odwykowych - 15 oddziałów z 672 łózkami oraz 11 oddziałów odwykowych funkcjonujących przy ZOZ ogólnych z 305 łózkami. Nastąpiło więc zmniejszenie liczby poradni odwykowych oraz liczby łóżek. Pomimo spadku ogólnej liczby zakładów odwykowej opieki zdrowotnej i zmniejszeniu liczby łóżek w niektórych placówkach (Andrychów, Czarny Bór), powstało kilka nowych oddziałów odwykowych (krakowskie, leszczyńskie, łomżyńskie) oraz planowane jest otwarcie kolejnych oddziałów odwykowych i detoksykacyjnych (bydgoskie, pilskie, szczecińskie).

W 1993 roku, w porozumieniu z nadzorem specjalistycznym, utworzona została przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych tzw. "sieć PTU" (placówek terapii uzależnień). Placówki te (dziś jest ich ponad 30) są sponsorowane przez Agencję, ale w zamian mają obowiązek monitorowania przebiegu i efektów terapii u każdego pacjenta oraz wprowadzania dodatkowych zajęć terapeutycznych (wykraczających poza zajęcia standardowe).

W lecznictwie ambulatoryjnym (poradnie odwykowe i poradnie zdrowia psychicznego) zarejestrowano ogółem 5463 osoby z rozpoznaniem psychozy alkoholowej, tj. 14,2 na 100 000 oraz 87 119 osób z rozpoznaniem zespołu uzależnienia od alkoholu, tj. 226,5 na 100 000 (216,9 w 1992 r.).

W lecznictwie stacjonarnych leczono ogółem 11245 osób z rozpoznaniem psychozy alkoholowej, tj. 29,2 na 100 000 (w 1992 r. odpowiednio - 11078 i 28,9) oraz 33347 osób z rozpoznaniem zespołu uzależnienia od alkoholu, tj. 86,7 na 100 000 (w 1992 r. odpowiednio - 30764 i 80,2). Pacjenci z rozpoznaniem psychozy alkoholowej i zespołu uzależnienia od alkoholu stanowili łącznie 25,2% ogółu leczonych w stacjonarnych placówkach psychiatrycznej i odwykowej opieki zdrowotnej (24,9% w 1992 r.).

Wg danych Ministerstwa Sprawiedliwości obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu został nałożony na 6810 osób z tego 30,2% osób zobowiązano do leczenia w warunkach stacjonarnych. Na terenie aresztów i zakładów karnych istnieje 7 oddziałów odwykowych, a terapią odwykową obejmowane są również osoby przebywające w 23 oddziałach dla skazanych wymagających stosowania szczególnych środków leczniczo-wychowawczych oraz osoby korzystające z poradnictwa odwykowego w ambulatoriach zakładów karnych i aresztów śledczych. Na terenie zakładów penitencjarnych działa ok. 60 grup AA i 7 klubów abstynenckich.

Wśród spraw sygnalizowanych przez specjalistów wojewódzkich, od lat przewija się problem osób zobowiązanych do leczenia przez sądy. Nadal utrzymują się trudności w egzekwowaniu postanowień sądów, zbyt długie są okresy oczekiwania na miejsce w oddziale, a osoby leczone w tym trybie poważnie zaburzają funkcjonowanie wielu oddziałów. Dość powszechne są skargi na złą współpracę z sądami oraz brak kuratorów. W tym miejscu chciałbym jeszcze raz przypomnieć Państwu, że obowiązek leczenia rozgrywa się między sądem a osobą zobowiązaną, a my mamy jedynie stworzyć warunki do odbycia leczenia. Niektórzy specjaliści wskazują na potrzebę nowelizacji aktów prawnych dotyczących spraw związanych z obowiązkiem leczenia oraz konieczność realizacji art. 102 KK w specjalnych zakładach.

W sprawozdaniach znalazły się również postulaty dotyczące spraw, które nie leżą w kompetencjach Krajowego Nadzoru Specjalistycznego, a mogłyby zostać załatwione przy dobrej woli władz lokalnych. Negatywny wpływ na całość sytuacji w lecznictwie odwykowym w niektórych województwach ma niewątpliwie, sygnalizowany w sprawozdaniach, niejasny podział kompetencji między nadzorem specjalistycznym a pełnomocnikiem wojewody.

Pragnę przypomnieć, że od 10 lat organizowane są centralnie szkolenia w ramach Studium Pomocy Psychologicznej, a w ubiegłym roku rozpoczęło swoją działalność Studium Terapii Uzależnień. Nie wszystkim jeszcze wiadomo o prawnym usankcjonowaniu stanowiska terapeuty uzależnień. W związku z tym chciałbym poinformować i przypomnieć, że w Rozporządzeniu MZiOS z dnia 14.X.93 r. (Dz. U. Nr 104) opublikowany został taryfikator kwalifikacyjny, w którym znajdują się stanowiska: specjaliści terapii uzależnień (poz. 13), starszego instruktora terapii uzależnień (poz. 34) i instruktora terapii uzależnień (poz. 40).

Wśród najważniejszych spraw, które aktualnie są przedmiotem wspólnych prac nadzoru specjalistycznego i Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych znajdują się: projekt zmiany rozporządzenia w sprawie zakładów lecznictwa od-

wykowego, opracowywanie wymogów kompetencyjnych dla osób ubiegających się o certyfikaty specjalistów i instruktorów terapii uzależnień oraz zasad uzyskiwania licencji, czyli prawa świadczenia usług w zakresie terapii uzależnień.

*Prof. Zbigniew Lew-Starowicz (Instytut Seksuologii).* Na początku pragnę podziękować Panu prof. Dąbrowskiemu za przyjęcie seksuologii pod opiekunckie skrzydła psychiatrii i umożliwienie powołania podzespołu d.s. nadzoru w zakresie seksuologii. Było to konieczne, bowiem coraz więcej osób reklamuje się jako seksuolodzy nie mając żadnych stosownych kwalifikacji. Istnieje również wiele problemów wiążących się z orzecznictwem sądowo-seksuologicznym. Zdarza się np., że takie opinie są wydawane przez osoby niekompetentne. Ponadto niektórzy biegli ujawniają "wieloraką osobowość" - dowodem są zmiany treści opinii (w zależności od kierunku zmian politycznych) lub popadanie w sprzeczności (biegły w tej samej sprawie wypowiada się inaczej jako biegły psychiatra, a inaczej jako biegły seksuolog).

Obecnie nadzorem w regionie Polski południowej kieruje prof. J. Godlewski z Kliniki Psychiatrii Wydziału Lekarskiego UJ w Krakowie, a w regionie Polski północnej dr Wiesław Czernikiewicz z Zakładu Seksuologii CMKP w Warszawie. Dokonywana jest inwentaryzacja placówek i kadry lecznictwa seksuologicznego oraz merytoryczna ocena pracy tych placówek. Opracowano program specjalizacji z zakresu seksuologii oraz zasady przyznawania certyfikatów (zgodnie z wymogami Europejskiej Federacji Seksuologicznej). Wytypowano trzy ośrodki uprawnione do szkolenia: Zakład Seksuologii CMKP w Warszawie, Instytut Seksuologii w Warszawie oraz Pracownię Seksuologii Katedry Psychiatrii Wydziału Lekarskiego UJ w Krakowie. Ustalono listę specjalistów uprawnionych do kierowania specjalizacją oraz supervisorów dla ubiegających się o certyfikat seksuologa klinicznego. W maju 1994 roku odbyła się pierwsza w historii sesja egzaminacyjna w WAM w Łodzi. Wojskowa służba zdrowia zaczyna dysponować własną kadrami specjalistów. W maju 1994 r. odbyła się w Zakopanem IV Międzynarodowa Konferencja Seksuologiczna poświęcona seksuologii sądowej, prawnym i leczniczym aspektom przestępstw na tle seksualnym, problemom orzecznictwa w sprawach rozwodowych. Brało w niej udział ponad 100 uczestników.

Uważam, że w ramach krajowego nadzoru w dziedzinie psychiatrii istnieje pilna potrzeba współpracy podzespołów seksuologii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży w celu rozwiązania zagadnień wynikających z coraz częściej ujawnianych przypadków seksualnego molestowania dzieci i młodzieży. Wielu kolegów i koleżanek nie wie, jak sobie radzić z takim problemem.

**Mirosława Twarowska (IPiN).** W kilku szpitalach psychiatrycznych przeprowadzono ocenę warunków socjalno-bytowych, organizacji dnia pacjentów oraz wyposażenia oddziałów. Poniżej kilka uwag na ten temat. Życie pacjentów w oddziale skupia się głównie w salach dziennego pobytu. Na ogół spędzają oni czas beczynnie przy włączonym telewizorze. Nieliczni korzystają z zajęć organizowanych przez terapeutę. Na spacerach poza oddział wychodzi przeważnie stała, niewielka grupa chorych. Brak odpowiedniej odzieży bywa przyczyną ograniczonego udziału w spacerach. W wielu oddziałach z zasady nie udostępnia się pacjentom w ciągu dnia sal sypialnych - w rezultacie widuje się osoby pokładające się na stołach i podłodze. Dostęp do sanitariatów bywa także w ciągu dnia ograniczany. Otwiera się je w wyznaczonych godzinach lub na życzenie pacjenta. W miejscach tych nie zawsze zapewniono korzystającym warunki odpowiedniej intymności (brak wydzielonych boksów, brak drzwi). Pacjenci mają zbyt rzadką możliwość korzystania z usług fryzjerskich. Odzież szpitalna - jakkolwiek na ogół czysta - jest mocno zużyta i przeważnie za mała, co sprawia bardzo przygnębiające wrażenie. Prawie we wszystkich oddziałach pacjenci nie otrzymują noży i widelców do posiłków, co wynika jakoby ze względów bezpieczeństwa. W niektórych oddziałach wydzielone są - na ogół znacznie skromniej urządzone - odcinki obserwacyjne, na których przebywa wielu pacjentów przewlekle chorych. Pacjenci z tej części oddziału nie wychodzą poza oddział. Niektóre oddziały zapewniają pacjentom oprócz farmakoterapii zaspokojenie jedynie potrzeb biologicznych i bezpieczeństwa.

**Prof. Jerzy Aleksandrowicz (Kraków).** Przygotowywane regulacje prawne wprowadzą istotne zmiany w zakresie uprawnień do bezpłatnych świadczeń. Chorzy z zaburzeniami nerwicowymi zapewne nie będą mieć tych uprawnień.

Jak wynika z badań epidemiologicznych, przeciętnie 25% dorosłej populacji w krajach europejskich i w USA cierpi na zaburzenia psychiczne. Odsetek tych zaburzeń w populacjach wsi i małych miast sięga aż do 40%. Jest to więc ogromne zadanie społeczne, którego żadna służba zdrowia, żaden budżet udźwignąć nie potrafi. Równocześnie bardzo niewielu spośród ludzi cierpiących na te zaburzenia, będzie w stanie opłacać skuteczne leczenie, to znaczy takie, które nie sprowadza się wyłącznie do podawania leków tranquilizujących. Z chwilą wejścia w życie planowanych przepisów, może dojść do likwidacji i tak nielicznych (ok. 20) oddziałów leczenia nerwic. Niezależnie od tego, jakie są różnice w jakości świadczeń w tych placówkach, jest to jedyna możliwość uzyskania kwalifikowanej pomocy w zakresie tych zaburzeń. Tej roli nie spełnia sieć gabinetów prywatnych.

Należy zastanowić się nad wprowadzeniem regionalnych ośrodków leczenia nerwic. Miałoby to znaczenie nie tylko w udzielaniu świadczeń, lecz także w kształceniu lekarzy lecznictwa podstawowego i lekarzy rodzinnych w zakresie udzielania kwalifikowanej pomocy.

Psychoterapia została wprowadzona na listę certyfikatów i należy oczekiwać, że kształcenie w psychoterapii będzie oparte o programy wypracowane przez Sekcję Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Osobom, które odbyły długie szkolenie i złożyły dość trudny egzamin - PTP od 3 lat przyznaje certyfikat psychoterapeuty. Obecnie ok. 300 osób posiada takie certyfikaty. Dużo więcej osób legitymuje się różnymi innymi dokumentami, które jednak nie świadczą o rzeczywistych kwalifikacjach psychoterapeutycznych. Właściwą drogą kształcenia w zakresie psychoterapii i egzekwowania tych kwalifikacji jest kształcenie oparte na programach Sekcji Psychoterapii PTP. Obecnie można kierować chcących uzyskać wykształcenie psychoterapeutyczne do kilku atestowanych przez PTP ośrodków, których programy szkoleń przekonały do tego, że będą przygotowywały kandydatów w sposób rzetelny.

**Dr Leopold Cyganik (Wrocław).** Środki zaplanowane na lecznictwo psychiatryczne w ustawie budżetowej nie wpływają w całości do szpitali psychiatrycznych. We wrocławskim budżet psychiatrii zmniejszono o 9 mld zł, tj. o ok. 7%, a przecież pacjenci są głodni, niedoleczeni, jest skrajna nędza, dekapitalizacja pawilonów i oddziałów. Na fundusz płac przekazano szpitalom psychiatrycznym prawie o 3,5 mld zł mniej niż było zaplanowane w ustawie. Warto sprawdzić, jak to jest w innych województwach.

**Dr Zaleski (Kościan).** Nigdy nie za wiele ochrony dla pacjenta ze strony struktur pozaszpitalnych. Istniejące zasady komunikowania się z ordynatorem, lekarzem dyżurnym, pielęgniarką są niewystarczające i trudne do przezwyciężenia dla pacjentów. Dlatego dodatkowe zabezpieczenie praw chorych przez możliwość zwrócenia się do rzecznika praw pacjenta ma szczególne znaczenie dla chorego. Ważna jest również kwestia zdyscyplinowania personelu. Spotkamy się często z uwagami rodzin, że zwracanie się do chorych nie było takie, jak być powinno. Duże szpitale psychiatryczne powinny być konkurencyjne dla oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych. Może nastąpić taki czas, że pacjenci zaczną wybierać oddziały lepsze. Wielkopolska Unia Zdrowotna naciska na przez ekspertów, też chce zlikwidować duże szpitale psychiatryczne, sprzedając majątek szpitali, a w ich miejsce - nawet w tych samych miejscowościach - budując nowe oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych. Wyznaczono już dokładny termin (1998), w którym ma być powoli blokowane



przyjmowanie chorych do dużych szpitali psychiatrycznych. Jest to pociągnięcie zbyt drastyczne i gwałtowne. Powstawanie nowych oddziałów przy szpitalach ogólnych powinno odbywać się powoli.

Należy już teraz zacząć powoływanie rzecznika praw pacjenta. Problemem jest tryb powołania - w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej nie ma żadnego zapisu na ten temat. Może powinna to robić rada nadzorcza albo wojewoda. Problemem jest także wynagradzanie rzecznika. W Kościanie rolę rzecznika pełni honorowo prezes Sądu Rejonowego. Wiele osób chciałaby jednak mieć z tego tytułu jakąś gratyfikację.

**Senator dr Zdzisław Jarmużek.** Nakłady na służbę zdrowia w tym roku są niższe o 8%, niż w roku ubiegłym, a niektórzy wojewodowie jeszcze zmniejszyli sobie otrzymane od Ministra Finansów pieniądze, tak że w niektórych województwach te realne nakłady są ok. 15% niższe. Podejrzewam, że stało się to kosztem psychiatrii. W tej sprawie - poza jej nagłośnieniem - prawdopodobnie niewiele można zrobić.

**Dr Andrzej Plutecki (Kielce).** Na spotkaniu PTP w Kielcach powróciła propozycja wydłużonych (do 6 tygodni) urlopów dla pracujących w psychiatrii. Powstał projekt zarządzenia w tej sprawie. Ze wstępnej analizy skutków tych zmian wynika, że nie spowodowałyby ona zaburzeń w normalnej pracy szpitala i poradni.

**Posel dr Marek Balicki (Warszawa).** Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego nakłada na wszystkich, którzy będą brali udział w jej wykonywaniu, poważne obciążenie. Przepisy Ustawy są nowością i w zasadniczy sposób zmienia funkcjonowanie szpitali psychiatrycznych, przede wszystkim, jeżeli chodzi o przyjmowanie pacjentów bez zgody i stosowanie przymusu bezpośredniego. Będzie to bardzo poważne obciążenie, nie tylko dla lekarzy, ale dla całego personelu. Ważna jest też sprawa upowszechnienia informacji o jej zapisach, tak aby dotarły nie tylko do personelu, ale i do pacjentów. Pacjenci powinni otrzymać nie Dziennik Ustaw, ale Kartę Praw Pacjenta.

Obserwuje się coraz większe zrozumienie dla instytucji rzecznika praw pacjenta. W czasie prac podkomisji dyskutowano, czy warto wprowadzić tę kwestię do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Zdania w tej sprawie były rozbieżne. Prezentowałem stanowisko, że bez pełnej wizji instytucji rzecznika - jego kompetencji i trybu pracy - jest za wcześnie na wpisanie jej do ustawy. Po stworzeniu koncepcji należy znaleźć kadry, które należy przeszkolić. Komitet Helsiński prowadzi takie szkolenia w zakresie praw człowieka.

Prasa informowała, że Sejmowa Komisja Zdrowia przyjęła projekt ustawy o zawodzie lekarza, który został przygotowany przez samorząd lekarski. Projekt ten stanowi daleko idącą zmianę w stosunku do Ustawy z 1950 roku. Niektóre propozycje są kontrower-

syjne i na pewno będą wymagały poważnej debaty publicznej oraz w środowisku lekarskim.

Następna sprawa to trudności finansowe. Na posiedzeniu Sejmowej Komisji Zdrowia i Komisji Senatu d.s. Zdrowia i Polityki Społecznej kierownictwo resortu przedstawiło dramatyczny stan finansów służby zdrowia. Zadłużenie osiągnęło w tej chwili poziom 6-7 bln zł. (pełny budżet wynosi 90 bln zł.), co stanowi ok 8% corocznego budżetu. W większości dotyczy ono wydatków rzeczowych lub leków. Sytuacja finansowa szpitali w drugiej połowie roku, a zwłaszcza w czwartym kwartale może być trudna.

W momencie, gdy wejdzie w życie ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, ważne staną się problemy pracowników pionu psychiatrycznego. Obciążenie, które będzie daleko większe w psychiatrii niż w innych specjalnościach, powinno znaleźć odzwierciedlenie w prawach pracowniczych. Jest to nowa jakość w psychiatrii, zupełnie odmienna niż w innych dziedzinach medycyny.

**Prof. Stanisław Dąbrowski (IPiN).** Instytut Psychiatrii i Neurologii przygotował dla trzech województw: gdańskiego, lubelskiego i warszawskiego program metadonowy. Program ten funkcjonuje już w Warszawie w dwóch ośrodkach: w IPiN i Szpitalu Nowowiejskim. Leczenie narkomanów wygląda czasem na wyrzucanie pieniędzy, ponieważ ok. 60% pacjentów wypisuje się w ciągu pierwszych tygodni. Z drugiej strony metadon powoduje, że liczba detoksykacji z 60% spadła do 4%.

Następna sprawa: rzecznik praw pacjenta. Chciałbym jesienią zorganizować przy Sekcji Szpitalnictwa spotkanie z tymi dyrektorami, którzy pragnęliby u siebie mieć rzecznika.

Sprawa Ustawy - sama Ustawa nie zmienia sytuacji naszych pacjentów w zakresie przestrzegania tych praw, które już obowiązują. Przestrzeganie praw zależy od nas. Wiele rzeczy zależy od nas i w Ustawie się tego nie zapisze. Pacjent ma prawo do intymności. Trzeba się przejść po oddziale i zobaczyć, jak to wygląda. Ja rozumiem, że nie mamy pieniędzy np. na obuwie, ale mamy absurdalne zakazy, z którymi należy walczyć.

Urlopy - problem ten zostanie poruszony na planowanym zebraniu z dyrektorami szpitali. Są podstawy do wystąpienia o wydłużony urlop, ponieważ psychiatria jest jedyną specjalnością, w której wypadki przy pracy, spowodowane agresją pacjenta, stanowią 20% wszystkich wypadków przy pracy.

Szpitala psychiatryczne jeszcze długo będą potrzebne, ale muszą mieć na pewno inną funkcję niż obecnie. Oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych będą się nadal rozwijać i przyjmować ogólną psychiatrią, a szpitale muszą się specjalizować.

Tam, gdzie psychiatria ma kłopoty, potrzebne są zgodne opinie środowiska psychiatrycznego. Roz-

bieżne opinie stawiają dyrektorów wydziałów zdrowia czy lekarzy wojewódzkich w trudnej sytuacji i na tym psychiatria może bardzo przegrać.

Ukazało się kilka nowych, bądź znowelizowanych aktów prawnych, ważnych dla psychiatrii. Dokładniej określono zasady odpłatności za pobyt osób poddanych obserwacji sądowo-psychiatrycznej. W przepisach dotyczących wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia zakładu opieki zdrowotnej dopuszczono - w uzasadnionych przypadkach - możliwość odstępiania od niektórych wymagań (np. lokalizacji oddziału psychiatrycznego na kondygnacji wyższej niż określono). Wydano także przepisy regulujące leczenie zagranicą.

*Dr med. Leszek Ciszewski (IPiN).* Od początku roku trwają, prowadzone pod kierownictwem Specjalisty Krajowego przez Klinikę Psychiatrii Sądowej IPiN, ogólnopolskie badania oceniające realizację środka zabezpieczającego. Są nimi objęci wszyscy pacjenci przebywający na detencji w szpitalach psychiatrycznych, tj. ok. 1000 osób. Spodziewamy się, iż podstawowe wyniki dostępne będą jesienią br. Korzystając z okazji, chciałbym jednak już teraz podzielić się z Państwem niektórymi uwagami.

*Spostrzeżenia pozytywne:* (1) Wstępne szacunki wskazują, iż odsetek pacjentów szczególnie niebezpiecznych i wymagających wzmoczonego nadzoru jest niższy aniżeli zakładano i najprawdopodobniej mieści się w przedziale 5-10%. (2) Notowany w kraju wzrost przestępczości nie skutkuje, jak dotychczas, przyrostem liczby pacjentów przebywających na detencji. W części szpitali obserwuje się wzrost liczby internowanych, w innych - spadek. Kwestia ta wymaga dalszego monitorowania.

*Spostrzeżenia negatywne.* (1) Prawie w każdym szpitalu stwierdzić można pojedyncze przypadki nieuzasadnionego przedłużania detencji. Ta niekorzystna praktyka nie dotyczy jednak więcej aniżeli 5% ogółu internowanych. Jako bardziej jaskrawe przypadki nadużywania czasu trwania środka zabezpieczającego, wymienię dwudziestoletnie a nawet trzydziestoletnie utrzymywanie detencji orzeczonej w związku ze stosunkowo mało niebezpiecznymi czynami, np. z kradzieżą, wybiciem szyby wystawowej, nielegalnym przekroczeniem granicy. Psychiатrzy prowadzący leczenie tych pacjentów zwykle sami przyznawali, że ich podopieczni nie są już niebezpieczni dla porządku prawnego, a ich detencja ma charakter "socjalny". Co świadczy niestety o niezrozumieniu istoty stosowania środka zabezpieczającego i w rzeczywistości ma charakter "antysocjalny", gdyż blokuje np. możliwość przeniesienia pacjenta do domu pomocy społecznej. (2) Z drugiej strony, spotyka się przypadki zbyt pochopnego wnioskowania do sądu o zakończenie detencji. W jednym ze szpitali wystąpiono z takim wnioskiem w odniesieniu do pacjenta psychotycznego, internowanego od 4 miesięcy w związku z groźnym znęcaniem się nad rodziną, który ponadto, podczas przepustki udzielonej w trakcie detencji, bił domowników. (3) Stosunkowo często stwierdzano niedotrzymanie przez szpital sześciomiesięcznego terminu zawiadomienia sądu o przebiegu detencji. Stwierdzono pojedyncze przypadki, w których korespondencja na temat internowanego pomiędzy szpitalem a sądem przerwana została przed kilkunastoma laty.