

NARADA SPECJALISTÓW WOJEWÓDZKICH*

Meeting of regional supervising specialists

Najważniejsze problemy psychiatrycznej opieki zdrowotnej w ocenie krajowego nadzoru specjalistycznego

Main problems of psychiatric care in the opinion of national supervising authorities

STANISŁAW DĄBROWSKI¹, WANDA LANGIEWICZ², STANISŁAW WIERZBICKI²

¹Przewodniczący Krajowego Zespołu Specjalistycznego (KZS)

²Z Podzespołu Organizacji Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej KZS

Krajowy Zespół Specjalistyczny działa nadal w oparciu o 10 podzespołów problemowych. Od tego roku podzespołem uzależnień będzie kierować p. dr Karina Chmielewska - ordynator oddziału detoksykacyjnego, a podzespołem psychiatrii dzieci i młodzieży - p. doc. Irena Namysłowska - kierownik kliniki w Instytucie. KZS stale współpracuje ze specjalistami wojewódzkimi. W chwili obecnej nie ma specjalistów w dwóch województwach: stołecznym i jeleniogórskim.

STAN LECZNICTWA

Na początku przedstawimy kilka informacji o zmianach w bazie leczenia psychiatrycznego i sytuacji kadrowej oraz w rozmiarach udzielanych świadczeń.

Począwszy od drugiej połowy lat 70-tych liczba łóżek psychiatrycznych sukcesywnie maleje, a w ostatnich 2 latach ubyło ok. 2000 łóżek rzeczywistych głównie w wielkich szpitalach. Stopniowa redukcja liczby łóżek psychiatrycznych idzie w parze ze zmniejszeniem wskaźnika zagęszczenia, skróceniem długości hospitalizacji i poprawą warunków leczenia szpitalnego.

W latach 1991-1992 nie odnotowano poważnych zmian w liczbie placówek psychiatrycznych (ogółem 147). Uruchomiono w tym okresie dwa ośrodki MONAR (w Warszawie), ośrodek leczenia uzależnień w Różewcu, dwa oddziały przy szpitalach ogólnych: odwykowy w Skarżysku,

psychiatryczny w Międzybrodziu Żywieckim. Likwidacji natomiast uległy sanatorium dla dzieci w Piskwocicach, oddział nerwic w Głuszycy i oddział psychiatryczny w Otwocku.

Dostępne dane statystyczne wskazują na powolny (3%) wzrost liczby przyjętych do szpitali i stabilizację rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w granicach od 420-450 na 100 tys. ludności. *Zachorowalność w placówkach stacjonarnych wykazuje w ostatnich latach tendencję zwyżkową, głównie z powodu wzrostu liczby pierwszorazowych hospitalizacji osób z uzależnieniami.*

Ogólne wskaźniki zachorowalności i rozpowszechnienia odnotowane w ostatnich 3 latach w ambulatoryjnych placówkach psychiatrycznych rosną bardzo powoli (1%).

Nadzór krajowy nie dysponuje jeszcze aktualnymi danymi o liczbie lekarzy psychiatrów zatrudnionych obecnie w opiece zdrowotnej. Niepełne informacje z różnych stron kraju dotyczące sytuacji kadrowej wydają się optymistyczne. Ostatnio odnotowano znaczne zwiększenie liczby lekarzy rozpoczynających specjalizację w zakresie psychiatrii.

DZIAŁANIA KRAJOWEGO ZESPOŁU SPECJALISTYCZNEGO

Przedstawimy teraz Państwu kilka ważnych spraw, którymi zajmował się nadzór krajowy.

* Poniższe teksty są skróconymi wersjami wystąpień przedstawicieli nadzoru na naradzie w Warszawie (28 VI 1993r.)

W kwietniu ubiegłego roku odbyła się narada kierownictwa Resortu poświęcona sytuacji w psychiatrycznej i odwykowej opiece zdrowotnej. Ze szczegółowego harmonogramu licznych działań ustalonych na tej naradzie wybraliśmy dwie sprawy bardziej istotne dla opieki psychiatrycznej.

Wykonywanie środków zabezpieczających

Pierwsza wiąże się z pilnymi potrzebami w zakresie wykonywania środka zabezpieczającego dla osób szczególnie niebezpiecznych, wymagających specjalnego nadzoru. *Za optymalne rozwiązanie uznano już przed 20 laty utworzenie centralnego szpitala psychiatrii sądowej.* Jednak ze względu na brak szans realizacji tego zamierzenia w najbliższych latach powstał projekt zorganizowania kilku oddziałów bardziej skutecznie zabezpieczających przed możliwością ucieczki (łącznie na ok. 200-250 łóżek) w północnej, środkowej i południowej części kraju. Będą one adaptowane i finansowane z budżetu centralnego. W chwili obecnej brane są pod uwagę następujące szpitale: Kocborowo - dla północnej części kraju, Gostynin - dla części środkowej, oraz Branice dla części południowej. Jeżeli koncepcja ta będzie zrealizowana, wówczas projekt nowego zarządzania w sprawie wykonywania środka zabezpieczającego ulegnie znacznej zmianie w stosunku do wersji proponowanej ostatnio.

Finansowanie szpitali

Drugą sprawą omawianą na wspomnianej naradzie w MZiOS było finansowanie dużych szpitali psychiatrycznych. W związku z tym warto podać dwie informacje na temat sytuacji finansowej szpitali.

Po pierwsze: środki finansowe przyznawane na działalność bieżącą w większości szpitali *pokrywają jedynie 80-90% najpilniejszych potrzeb.* Dodatkowym utrudnieniem sensownego gospodarowania jest dekadowy sposób przekazywania tych środków.

Po drugie: w konsekwencji niedoborów finansowych *dochodzi do drastycznych ograniczeń w wydatkach* dotyczących różnych sfer działalności - od remontów, przez zakupy służące bezpośrednio pacjentom (odzież, pościel, bielizna itp.) aż po leki i żywność. W związku z tym obserwuje się narastające zadłużenie szpitali, sięgające w skrajnych przypadkach do poziomu 1/3 wartości przyznanych środków (Gorzów). Ministerstwo Zdrowia przewiduje powołanie specjalnego zespołu, który opracuje propozycje rozwiązań w tym zakresie.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego

Od lat stałym elementem informacji przedstawianych na naradach specjalistów są losy projektu Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Obecna sytuacja wygląda następująco.

Listopadowa wersja projektu Ustawy - rozestana do oddziałów PTP - była przedmiotem kolejnych uzgodnień międzyresortowych. W b.r. projekt został akceptowany przez Komitet Społeczny Rady Ministrów, a potem trafił do Komisji Prawniczej URM, która weryfikuje projekt pod względem formalnym przed przekazaniem go pod obrady Rządu. Do uzgodnienia pozostał jeszcze art. 7, który przewiduje organizację nauczania i specjalnego postępowania wychowawczego dla dzieci głęboko upośledzonych umysłowo m.in. w dziennych ośrodkach rehabilitacyjno-wychowawczych. Koncepcja tych ośrodków wcielona już w kilkunastu funkcjonujących jednostkach - budzi opór MEN i Ministerstwa Pracy i Polityki Socjalnej. Mamy nadzieję, że resorty te ustąpią*.

Inicjatywy Rzecznika Praw Obywatelskich

Ze sprawą Ustawy wiąże się ściśle propozycja z jaką wystąpił Rzecznik Praw Obywatelskich. Zaproponował on, *aby do czasu uchwalenia Ustawy wprowadzić w szpitalach psychiatrycznych tryb informacyjno-odwoławczy.* Polegałby on na pisemnym informowaniu każdej przyjmo-

* Aktualnie (listopad 1993) projekt ustawy został przekazany przez Rząd do Sejmu.

wanej przymusowo osoby o przysługującym jej prawie do wyrażenia zgody na przyjęcie lub do odmowy oraz o sposobach odwołania się od postanowienia o przymusowym przyjęciu lub leczeniu. Ta inicjatywa Rzecznika została zdecydowanie poparta.

Inaczej stało się z drugą propozycją Rzecznika, który w trosce o osoby tymczasowo aresztowane, wykazujące zaburzenia wymagające hospitalizacji, wystąpił z *inicjatywą wprowadzenia do projektu Kodeksu Postępowania Karnego nowego rodzaju środka zapobiegawczego w postaci umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym*. Tę propozycję uznaliśmy za bezzasadną, ponieważ obowiązujące obecnie przepisy są całkowicie wystarczające.

Zwróciliśmy natomiast uwagę na wiele mankamentów dotyczących współpracy między lecznictwem psychiatrycznym a organami ochrony porządku prawnego. W celu usprawnienia proponowaliśmy przyjęcie następujących *ustaleń w zakresie umieszczania osób tymczasowo aresztowanych na obserwację sądowo-psychiatryczną*:

1. obserwacja sądowo-psychiatryczna osób wymagających skutecznego zabezpieczenia przed możliwością ucieczki powinna odbywać się wyłącznie w oddziałach psychiatrycznych przy aresztach śledczych,
2. osoby sprawiające szczególne trudności diagnostyczno-orzecznicze, powinny być kierowane do Kliniki Psychiatrii Sądowej IPN,
3. pozostałe osoby powinny być kierowane do zakładów wymienionych w załączniku nr 1 projektu Zarządzenia w sprawie wykazu zakładów zobowiązanych do wykonywania rodka zabezpieczającego - w terminie uzgodnionym z dyrekcją szpitala.

Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej

Kolejną sprawą wymagającą komentarza są dwa rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej. Jedno dotyczy dokumentacji medycznej, drugie - wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym zakłady opieki zdrowotnej.

W związku z pierwszym rozporządzeniem - w *sprawie rodzajów dokumentacji medycznej* - chcielibyśmy poinformować Państwa, że wzory dokumentacji wymienione w tej regulacji zostaną przesłane wydziałom zdrowia urzędów wojewódzkich w III kwartale bieżącego roku, a pozostałe wzory dokumentacji - w terminie późniejszym. Instytut Psychiatrii i Neurologii będzie uczestniczył w pracach nad przygotowaniem nowych wzorów dokumentacji dostosowanych do potrzeb opieki psychiatrycznej.

W tym samym rozporządzeniu (ust. 1 paragraf 50) ustalono dziesięcioletni okres przechowywania dokumentacji zakładów opieki zdrowotnej, dopuszczając możliwość przedłużenia tego okresu, jeśli warunki techniczne zakładu na to pozwalają. Decyzję w tej sprawie pozostawiono kierownikom zakładów opieki zdrowotnej.

Z uwagi na specyfikę psychiatrycznej dokumentacji medycznej (wielokrotne hospitalizacje, postępowanie sądowe z wykorzystaniem materiałów z okresów dłuższych niż 10 lat i in.), należy kierować się następującymi zaleceniami:

1. epikryzy przechowywać możliwie najdłużej, nawet do 30 lat;
2. historię choroby - do 20 lat, jeżeli pozwalają na to warunki.

Drugie rozporządzenie, od września 1992 r., określa *wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia zakładów opieki zdrowotnej*. Zdajemy sobie sprawę, że stare obiekty nie spełniają wielu z tych wymagań i należy przewidywać, że wobec braku środków trzyletni okres dostosowawczy będzie nierealny dla wielu szpitali. Wydaje się, że koszty prac remontowo-adaptacyjnych, prowadzonych w celu uzyskania warunków zgodnych ze standardem, powinny być finansowane ze środków planowanych odrębnie, tj. poza planem finansowym wydatków bieżących szpitali. Należy jednocześnie podkreślić, iż przepisy o których mowa warto przede wszystkim potraktować jako szansę dla poprawienia warunków w zakładach psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Program Ochrony Zdrowia Psychicznego

Jako ostatnią sprawę przedstawiamy "Program ochrony zdrowia psychicznego", który

powstał jako końcowy efekt konferencji zorganizowanej w październiku 1992 r. z udziałem przedstawicieli WHO na temat "Polityka w zakresie ochrony zdrowia psychicznego w Polsce w okresie przemian lat 90-tych".

Program Ochrony Zdrowia Psychicznego jest zbiorem bliższych i dalszych celów, zadań i działań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego zarysowanych w sposób ogólny w I rozdziale projektu Ustawy. Wszystkie zagadnienia zostały ujęte w ramach ogólnie przyjętego czterostopniowego modelu prewencji.

W I rozdziale znajduje się *krótka socjomedyczna diagnoza sytuacji i zagrożeń* dla zdrowia psychicznego.

W II - *stan obecny* w zakresie prewencji I, II i III stopnia.

W III - *program promocji zdrowia psychicznego* oparty na działaniach skierowanych głównie, z jednej strony na jednostkę i z drugiej na zmianę środowiska społeczno-ekologicznego (prewencja I stopnia).

W IV rozdziale znajduje się *program rozwoju opieki zdrowotnej i pomocy społecznej* dla osób z zaburzeniami psychicznymi (prewencja II i III stopnia). Główny cel tej części programu jest identyczny z art. 2 pkt. 2 projektu Ustawy, tj. z

zapewnieniem osobom z zaburzeniami psychicznymi wszechstronnej i dostępnej opieki zdrowotnej i innych form pomocy i opieki niezbędnych dla życia w środowisku społecznym. Będzie on realizowany w ramach modelu opieki zdrowotnej przewidzianego w art. 5.

Do głównych zadań Programu należą:

1. prawna regulacja zagadnień ochrony zdrowia psychicznego,
2. poprawa jakości świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej,
3. poprawa poziomu psychiatrycznej i odwykowej opieki zdrowotnej,
4. zwiększenie udziału organów pomocy społecznej.

W rozdziale V zawarte są *zadania badawcze, głównie badania epidemiologiczne i ewaluacyjne* oraz rozwój systemów informacji zdrowotnej. (prewencja IV stopnia)

W pracy zespołu redakcyjnego uczestniczyli przedstawiciele: Krajowego Zespołu Specjalistycznego, Dyrekcji IPiN, Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia, Zakładu Psychiatrii Społecznej i Zarządu Głównego PTP.

Będziemy bardzo zobowiązani za przesłanie uwag do tego Programu.

Adres: Zakład Ochrony Zdrowia IPiN Al.Sobieskiego 119, 02-957 Warszawa.

Niektóre problemy leczenia uzależnień lekowych

Some problems of drug dependence treatment services

ELŻBIETA STEINBARTH-CHMIELEWSKA

Z Zespołu Uzależnień Lekowych KZS

Po okresie stabilizacji zjawiska narkomanii w latach 1985-1989 od 1990 r. obserwuje się *stopniowy wzrost wskaźników*. Podobnie jak w poprzednich latach można przyjąć, że woj. jeleniogórskie, legnickie, wrocławskie, warszawskie, białostockie, gdańskie należą do najbardziej zagrożonych narkomanią. Według danych Zakładu Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami Instytutu Psychiatrii i Neurologii, w 1991 r. w stosunku do 1990 r. notuje się wzrost aż o 28.1% liczby osób przyjętych do leczenia stacjonarnego.

Wśród uzależnionych *najliczniejszą grupę stanowią nadal osoby przyjmujące opiaty drogą dożylną* - stanowią one 80.2% ogółu leczonych. Drugą co do wielkości grupę stanowią uzależnieni od środków wziewnych - 7%. Notuje się także blisko dwukrotny wzrost liczby użytkowników środków nasennych i uspokajających. Wśród uzależnionych od opiatów zanotowano 14.4% nosicieli HIV, co stanowi wzrost do roku 1990 o ponad 40%. Wśród narkomanów seropozytywnych obserwuje się stałe pogarszanie stanu psy-

chicznego i fizycznego. Pacjenci ci są hospitalizowani w oddziałach chorych na AIDS, które doświadczają poważnych ograniczeń możliwości leczenia, np. AZT czy metadonem. Nie ma miejsc do realizowania środka zabezpieczającego psychicznie chorych nosicieli wirusa HIV.

W ciągu ostatnich 2 lat nastąpiła również *zmiana sceny lekowej* - coraz częściej przyjmowana jest dożylnie amfetamina, LSD i haszysz.

Obecne *leczenie uzależnień lekowych wymaga reorganizacji*. Koniecznym wydaje się zwiększenie efektywności profilaktyki narkomanii wśród młodzieży. Z naszych danych wynika, że 66% pacjentów opuszcza placówki lecznicze w ciągu pierwszych 2 tygodni pobytu, z czego już 34% w ciągu pierwszych dni pobytu. Należałoby rozważyć wprowadzenie metadonu do przeprowadzania detoksykacji, do leczenia w oddziałach dla chorych na AIDS oraz do terapii substytucyjnej osób, u których wielokrotne próby leczenia zakończyły się niepowodzeniem. Należałoby punkt ciężkości przesunąć z leczenia

długofalowego stacjonarnego na krótkoterminowe i ambulatoryjne. Realizacja tych postulatów w nielicznych województwach jest już podjęta.

Poważnym problemem staje się tworzenie miejsc pracy dla osób uzależnionych.

W placówkach leczenia stacjonarnego i ambulatoryjnego muszą istnieć *programy profilaktyki szerzenia się wirusa HIV* oraz ścisła współpraca z poradniami i oddziałami chorych na AIDS. Dla pacjentów w stanach terminalnych niezbędne jest przygotowanie hospicjów.

Wiele placówek w Polsce sygnalizuje *brak możliwości identyfikacji środków odurzających w materiale biologicznym* oraz nadal *brak oddziałów detoksykacyjnych w dużych skupiskach narkomanów*. W sprawozdaniach lekarzy wojewódzkich wielokrotnie podkreślany jest *brak kadry i systematyczny odpływ fachowych pracowników z leczenia uzależnień*, nie wspominając już o braku funduszy. Proponowane są również nowe systemy rozliczeń pomiędzy województwami za leczenie narkomanów i zakażonych HIV.

Adres: III Klinika Psychiatryczna IPiN Al. Sobieskiego 1/9. 02-957 Warszawa

Wybrane problemy leczenia odwykowego

Selected problems of alcohol treatment services

BOHDAN T. WORONOWICZ

Z Podzespołu Lecznictwa Odwykowego KZS

Szacuje się, że leczeniem odwykowym objętych jest w Polsce jedynie 15-20% zbiorowości osób uzależnionych od alkoholu. Bazę leczenia odwykowego stanowi ok. 450 poradni odwykowych i ponad 70 oddziałów odwykowych (w 1991 r. - 73 oddziały z 3374 łózkami, w tym - 46 z 2311 łózkami na terenie szpitali psychiatrycznych, 16 z 724 łózkami w 8 ośrodkach leczenia odwykowego oraz 11 z 339 łózkami przy ZOZ-ach ogólnych). Na przestrzeni ostatnich 5 lat wykorzystanie łóżek odwykowych wahało się granicach 69,2% - 93,6% a średni czas pobytu wynosił 3-5 tygodni.

Osoby uzależnione od alkoholu stanowiły w 1992 roku 26,7% leczonych ogółem w zakła-

dach psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz 36,6% leczonych po raz pierwszy. Niepokoić może, obserwowany w ostatnich latach, *wzrost liczby pierwszorazowych przyjęć do szpitali psychiatrycznych osób z objawami psychozy alkoholowej*, co pośrednio świadczy o wzroście spożycia alkoholu w Polsce (przyjęcia na 100 tys. : 1989-11,41, 1990-13,42, 1991-15,24).

Jednocześnie o ponad 13% *spadła liczba osób uzależnionych od alkoholu a korzystających z usług leczenia ambulatoryjnego*. Specjaliści wojewódzcy sygnalizują w swoich sprawozdaniach przypadki likwidacji placówek odwykowych połączone z redukcją personelu, brak własnej bazy łóżkowej w niektórych wojewódz-

twach, brak miejsc dla osób uzależnionych od alkoholu w domach pomocy społecznej. Dotyczy to na ogół województw, w których na dodatek nie utworzono jeszcze Wojewódzkich Przychodni Odwykowych.

W oddziałach odwykowych największy problem stanowią tradycyjnie osoby leczone na mocy postanowień sądów (zobowiązane i hospitalizowane w związku z art.102 kk). Wielokrotnie, do narastania tych problemów przyczyniamy się sami. W tym miejscu należałoby więc po raz kolejny przypomnieć, że *obowiązek leczenia rozgrywa się pomiędzy sądem a osobą zobowiązaną do leczenia*. Do kontroli procesu leczenia przewidziany jest kurator sądowy a placówki służby zdrowia powinny pełnić jedynie funkcje diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne, traktując jednakowo pacjenta dobrowolnego jak i zobowiązanego przez sąd. O tym należy informować sądy, które jak wynika z niektórych sprawozdań żądają, aby przetrzymywać pacjentów "na siłę" bądź przysyłają "agresywne teksty do szpitala". Spotykano niekiedy przypadki zobowiązania do leczenia odwykowego osób upośledzonych umysłowo oraz pomyłki diagnostyczne wymagają prawdopodobnie rewizji miejscowej listy biegłych orzekających w przedmiocie uzależnienia.

Niepokojący jest również fakt leczenia osób uzależnionych od alkoholu w oddziałach nerwicy czy dziennych oddziałach psychiatrycznych, które z przyczyn oczywistych nie uwzględniają specyfiki uzależnienia. U osób leczonych w takich warunkach, zamiast poprawy, uzyskujemy najczęściej umocnienie systemu zaprzeczeń, związaną z nim negację problemu alkoholowego i powtarzające się nawroty choroby.

Spotykana w pojedynczych województwach niewystarczająca ilość a nawet brak instruktorów terapii odwykowej wśród personelu placówek lecznictwa odwykowego czy też niewłaściwa, zdaniem specjalistów, jakość świadczeń w niektórych poradniach odwykowych, to problemy, które można niewątpliwie rozwiązać w ramach możliwości lokalnych.

Wśród *postulatów zgłaszanych przez specjalistów wojewódzkich*, na pierwszy plan wysuwają się: konieczność uaktualnienia aktów prawnych

(m.in. zniesienie lub modyfikacja art.102 kk), potrzeba szkolenia lekarzy opieki podstawowej w diagnozowaniu uzależnienia od alkoholu, potrzeba fachowej weryfikacji kierowników poradni odwykowych, potrzeba prowadzenia szkoleń finansowanych centralnie (ZOZ-y nie dają pieniędzy na delegacje), konieczność tworzenia oddziałów detoksykacyjnych i oddziałów dla kobiet (bądź koedukacyjnych) oraz zabezpieczenie miejsc dla osób uzależnionych od alkoholu w DPS.

Pomimo niewątpliwiej konieczności uregulowania zasygnalizowanych wyżej problemów, rozwój lecznictwa odwykowego na terenie coraz większej liczby województw przebiega w sposób właściwy. Tworzone są szerokoprofilowe placówki dla osób stykających się z problemem alkoholowym (np. ośrodki profilaktyki i terapii uzależnień), prowadzone są lokalne szkolenia kadry oraz kieruje się wiele osób na szkolenia organizowane przez Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości, Komisję Edukacji w dziedzinie Alkoholizmu Fundacji im. Stefana Batorego czy też na staże w Instytucie Psychiatrii i Neurologii. Coraz bardziej powszechne stają się zatrudnianie instruktorów terapii odwykowej, którzy stanowią ok.20% osób zatrudnionych w lecznictwie odwykowym, a coraz więcej poradni odwykowych organizuje na swoim terenie ambulatoryjne punkty detoksykacyjne itp..

Pewną nadzieję wzbudza fakt, że część zgłaszanych od lat postulatów ma coraz większe szanse na realizację, bowiem znalazły się one wśród *najpilniejszych zadań* w zakresie psychiatrycznej i odwykowej opieki zdrowotnej, które zostały zatwierdzone w kwietniu 1992 r. przez Kierownictwo MZiOS. Do zadań tych należą:

1. Poszerzenie zakresu wiedzy na temat problemów alkoholowych i leczenia uzależnień w programach kształcenia i szkolenia lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników medycznych.
2. Wdrożenie programów szkolenia w zakresie uzależnień dla osób z wykształceniem niemedyceńskim.
3. Uregulowanie statusu osób prowadzących terapię odwykową w zakładach opieki zdrowotnej.

4. Stworzenie warunków do leczenia kobiet uzależnionych w zakładach lecznictwa odwykowego poprzez organizację oddziałów koedukacyjnych lub oddziałów dla kobiet.
5. Utworzenie sieci hosteli dla osób uzależnionych od alkoholu m.in. przy zakładach lecznictwa odwykowego, szpitalach psychiatrycznych, domach pomocy społecznej.
6. Zwiększenie ilości oddziałów detoksykacyjnych.
7. Rozszerzenie zakresu i uregulowanie statusu świadczeń dla członków rodzin osób uzależnionych w placówkach lecznictwa odwykowego.
8. Zapewnienie przyjmowania osób uzależnionych od alkoholu do domów pomocy społecznej na zasadach ogólnych.
9. Opracowanie zasad akceptacji różnych rodzajów zakładów lecznictwa odwykowego oraz określenie warunków minimum w zakresie lokali, kadry, rodzaju świadczeń terapeutycznych dla poradni i oddziałów bez względu na źródło ich finansowania oraz podległość organizacyjną.
10. Odstąpienie od zobowiązania do leczenia i ograniczenia przymusu do postępowania w trybie probacyjnym wyłącznie w odniesieniu do sprawców przestępstw.
11. Opracowanie programu reorganizacji izb wytrzeźwień w celu utworzenia na ich terenie oddziałów detoksykacyjnych, hosteli lub oddziałów nocnych dla osób uzależnionych od alkoholu.
12. Opracowanie programu stopniowego usamodzielniania się lecznictwa odwykowego.

Kończąc swoje wystąpienie chciałbym poinformować, że prace nad nowelizacją ustawy zbliżają się ku końcowi. Przygotowany, we współpracy z Podzespołem d/s Lecznictwa Odwykowego KZS, resortowy projekt nowelizacji przekazany został do Urzędu Rady Ministrów a w Sejmie był dyskutowany, bardzo zbliżony do niego projekt poselski. Nowelizacja przewiduje m.in. zniesienie obowiązku leczenia odwykowego w obecnej postaci, utworzenie Państwowej Agencji Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, zobligowanie gmin do finansowania działań profilaktycznych i rozwiązywania problemów alkoholowych na swoim terenie. W projekcie umieszczono również postulat bezpłatnego leczenia i rehabilitacji zarówno osób uzależnionych od alkoholu, jak i ich bliskich. Niestety nie znalazł on na razie miejsca w pierwszej wersji projektu ustawy o zakresie świadczeń zdrowotnych gwarantowanych przez państwo ze środków publicznych.

Adres: Zespół Leczenia Uzależnień IPiN, Al. Sobieskiego 119, 02-957 Warszawa

Wynagradzanie pacjentów za pracę w szpitalu psychiatrycznym

Remuneration for inpatients' work in mental hospital

J. MEDER, A. STOŁOWSKA

Z Podzespołu Rehabilitacji Psychiatrycznej KZS

Trudnym i dotychczas nieregulowanym problemem są zasady opłacania pracy pacjentów przez szpitale psychiatryczne. Problem ten ma zasięg ogólnopolski, gdyż w większości szpitali stosuje się tę formę rehabilitacji.

Do 1989 roku sprawy te regulowała Instrukcja nr 4. z 1974 roku Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej (Dz. Urz. MZiOS nr 10 poz. 47) w sprawie rozliczeń za pracę chorych w zakładach lecz-

nictwa psychiatrycznego oraz cen i zbytu artykułów wyprodukowanych w toku rehabilitacji leczniczej i zawodowej. W 1989 roku instrukcję tę uchylono (Dz. Urz. MZiOS nr 2 poz. 2) i dotychczas nie wydano nowych przepisów odnośnie tej sprawy. Mimo braku uregulowań prawnych szpitale nadal starają się utrzymać tę formę rehabilitacji jako wieloletnią i sprawdzoną, napotykając jednak na coraz więcej trudności.

Krajowy Zespół Specjalistów i Instytut Psychiatrii i Neurologii stoją na stanowisku utrzymania tradycji zatrudnienia pacjentów do różnego rodzaju prac pomocniczych w szpitalach.

Przedstawiamy Kolegom propozycję rozwiązania tego problemu poprzez tworzenie Szpitalnych Warsztatów Terapii Zajęciowej, na zasadach podobnych jak w rozporządzeniu wydanym przez Ministra Pracy i Spraw Socjalnych z 8. IX. 1992 roku (Dz. Ustaw nr 71 poz 375).

Prosimy o wnikliwe przeanalizowanie tej propozycji i przesłanie uwag, uzupełnień lub innych odnośnych propozycji na adres Zakładu Rehabilitacji Psychiatrycznej IPiN.

Czekamy na Państwa odpowiedzi. Przygotujemy na ich podstawie raport dla Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z propozycjami rozwiązań kwestii wynagradzania pacjentów za pracę w placówkach lecznictwa psychiatrycznego.

Projekt zasad działania Szpitalnych Warsztatów Terapii Zajęciowej

Zasady tworzenia i działania warsztatów mogłyby być podobne jak w rozporządzeniu Min. Pracy i Polityki Socjalnej z dn. 8.IX.1992 roku (Dz. U. 1992 nr 71 poz. 357) z pewnymi modyfikacjami wynikającymi z potrzeb chorych psychicznie:

1. Warsztat utworzy jednostka psychiatrycznej służby zdrowia (np. szpital) dla aktualnych pacjentów którzy z różnych przyczyn nie mogą być wypisani, a ich program leczniczy wymaga rehabilitacji pracą.
2. Pacjentów do warsztatu kwalifikować będzie zespół rehabilitacyjny wyznaczony przez dyrektora szpitala w składzie: lekarz, psycholog, terapeuta.
3. Jednostka tworząca warsztat terapii zajęciowej opracuje zestaw różnego rodzaju prac o zróżnicowanym stopniu trudności, które mogą być wykonywane przez pacjentów w ramach warsztatów terapii zajęciowej. Rodzaj prac terapii zajęciowej powinien być stale aktualizowany, oceniany i zatwierdzany przez specjalistę wojewódzkiego, któremu placówka podlega.
4. Warsztat prowadzi działalność o charakterze niezarobkowym z zastrzeżeniem, że ewentualny dochód ze sprzedaży produktów i usług wykonanych w ramach programu rehabilitacji przeznaczają się na zaspokojenie potrzeb rehabilitacyjnych, kulturalnych i osobistych uczestników warsztatu.
5. Uczestnicy warsztatu otrzymują kieszonkowe w wysokości do 30% najniższego wynagrodzenia wyznaczonego przez Ministra Pracy i Polityki Socjalnej na podstawie Kodeksu Pracy. Wysokość kieszonkowego uzależniona jest od indywidualnego zaangażowania uczestnika w realizację programu rehabilitacji i ustalana przez kierownika warsztatu według zasad określonych w regulaminie warsztatu.

Ten projekt pozwoliłby na:

1. Objęcie programem rehabilitacyjnym dużej części pacjentów szpitali psychiatrycznych, hosteli, oddziałów dziennych, których z różnych przyczyn nie można chwilowo wypisać, a takich oddziaływać wymagający.
2. Kontynuowanie zatrudniania przy drobnych pracach porządkowych pacjentów z korzyścią zarówno dla szpitala, jak i dla poczucia przydatności zatrudnianych.
3. Programowe, a nie przypadkowe kierowanie pacjentów do pracy na terenie szpitala.
4. Zweryfikowanie rodzaju oferowanej pracy i jej walorów rehabilitacyjnych.
5. Regulowanie wynagradzania pacjentów za ich wysiłek - wielkość wypłaty uzależniona byłaby zarówno od wkładu pracy jak i stopnia inflacji
6. Ewentualnie można będzie wystąpić o uznanie (w niektórych wypadkach) okresu uczestnictwa w warsztacie terapii zajęciowej jako zachowującego ciągłość zatrudnienia.

Informacja w sprawie organizacji i funkcjonowania domów pomocy społecznej przejętych przez resort pracy i polityki socjalnej

A note on the organization and functioning of Nursing Homes Taken over by the Ministry of Labour and Social Policy.

STEFAN WELBEL

Z Podzespołu Opieki Społecznej KZS

Według danych uzyskanych w MPiPS, w 250 domach pomocy społecznej dla przewlekle chorych przebywało w 1992 r. 30.233 osób.

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 2 lutego b.r. w sprawie domów pomocy społecznej nie przewiduje organizowania typu placówek przeznaczonych dla osób z przewlekłymi schorzeniami układu nerwowego. Wyodrębniono jednak 83 placówki o tym profilu na 9.812 miejsc.

W najbliższym czasie MPiPS przewiduje realizację programów zmierzających do poprawy warunków bytowych, leczenia i rehabilitacji w domach pomocy społecznej dla przewlekle chorych. *Modernizacja i rozgęszczenie istniejących placówek spowoduje ograniczenia przyjęć nowych podopiecznych do domów pomocy społecznej.*

W związku z licznymi interwencjami specjalistów wojewódzkich d.s. psychiatrii dotyczącymi odmów przyjmowania do domów pomocy społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi, Departament Pomocy Społecznej MPiPS wyjaśnia, że sytuacja ta może wynikać z *nieznajomości treści rozporządzenia MPiPS z dn. 2 lutego, które dopuszcza przyjmowanie do DPS osób z zaburzeniami psychicznymi, o ile nie stanowią zagrożenia dla siebie i otoczenia.* Zdaniem przedstawicieli resortu zdarzają się jednak

także próby kierowania do DPS dla przewlekle chorych osób nie spełniających tych kryteriów. W tej sytuacji MPiPS zamierza w najbliższym czasie ponownie poinformować wszystkie wojewódzkie zespoły pomocy społecznej o treści tego rozporządzenia.

Organizację i sprawowanie nadzoru specjalistycznego nad domami pomocy społecznej, w których przebywają osoby z zaburzeniami psychicznymi zamierza resort pracy i polityki socjalnej pozostawić w kompetencjach poszczególnej wojewódzkiej zespołów pomocy społecznej. Specjaliści wojewódzcy d.s. psychiatrii mogą sprawować nadal nadzór specjalistyczny nad tymi placówkami po złożeniu do wojewódzkich zespołów pomocy społecznej ofert dotyczących ustalenia warunków i trybu sprawowania nadzoru nad poziomem opieki psychiatrycznej w tych placówkach.

Jak wynika z kilku sprawozdań specjalistów wojewódzkich d.s. psychiatrii, przejęcie przez MPiPS niektórych domów pomocy społecznej jest oceniane pozytywnie z uwagi na większe możliwości uzyskania poprawy warunków bytowych, leczenia i rehabilitacji pensjonariuszy związane z korzystniejszą sytuacją finansową resortu pracy i polityki socjalnej w porównaniu z resortem zdrowia.

Adres: Zakład Psychiatrii Społecznej IPiN, Al.Sobieskiego 119, 02-957 Warszawa.