



Narada specjalistów wojewódzkich i dyrektorów szpitali

(Warszawa, 4–5.12.1998 r.)

Conference of regional specialists in psychiatry and of directors of mental hospitals

(Warsaw, 4–5 December 1998)

**Aktualne problemy psychiatrycznej opieki zdrowotnej
i nadzoru specjalistycznego (1998)¹**

Current problems of psychiatric care and supervision in psychiatry (1998)

STANISŁAW PUŻYŃSKI, WANDA LANGIEWICZ,
BOŻENA PIETRZYKOWSKA

Z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

**ROZPOWSZECHNIENIE ZABURZEŃ
PSYCHICZNYCH W POLSCE**

W 1997 r. w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej zarejestrowano blisko 2% mieszkańców Polski, tj. 750 tys. osób (1940 na 100 tys. ludności), w tym 207 tys. po raz pierwszy (536 na 100 tys. ludności). W porównaniu z rokiem 1990 wskaźnik rozpowszechnienia wzrósł o 19%, a zachorowalności o 20%. Najwyższą dynamikę wzrostu wykazują zaburzenia depresyjne (choroby afektywne), schizofrenia oraz psychozy alkoholowe.

W opiece szpitalnej w 1996 r. leczono 142 tys. osób (368,4 na 100 tys. ludności), w tym po raz pierwszy – 59 tys. (153 na 100 tys. ludności). Wśród leczonych przeważają osoby z zaburzeniami psychotycznymi, których ogólny wskaźnik w porównaniu z rokiem 1990 zmniejszył się o 3,7%, natomiast leczonych po raz pierwszy wzrósł o 12%. Na uwagę zasługuje duży wzrost wskaźnika rozpowszechnienia i zachoro-

walności z powodu chorób afektywnych (o 40% i 58%) oraz uzależnienia od alkoholu. Osoby uzależnione od alkoholu stanowią blisko 30% ogółu leczonych w szpitalach i oddziałach psychiatrycznych.

W świetle szacunków Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych liczba osób uzależnionych od alkoholu sięga 1 mln., zaś z analizy Instytutu Psychiatrii i Neurologii wynika, że liczbę osób uzależnionych od środków narkotycznych należy szacować od 20 do 40 tys. (nie dotyczy to „eksperymentujących” i przyjmujących środki sporadycznie).

Innym miernikiem rozmiarów patologii jest wskaźnik samobójstw dokonanych, który po nagłym spadku w roku 1981 do poziomu 9,6 na 100 tys. powoli lecz systematycznie wzrasta i obecnie osiąga wartość 14–15 na 100 tys. ludności.

**PROGRAM OCHRONY
ZDROWIA PSYCHICZNEGO**

W marcu 1998 r. Komisja Zdrowia Sejmu uchwaliła Dezyderat nr 2, w którym uznała, iż z uwagi na znaczenie Programu Ochrony

¹ Sprawozdanie Konsultanta Krajowego na naradzie specjalistów wojewódzkich i dyrektorów szpitali (Warszawa, 4–5.12.1998 r.)

Zdrowia Psychicznego dla całego społeczeństwa, a zwłaszcza dla młodego pokolenia, konieczne jest przekształcenie go w program rządowy.

W nowelizowanym przez Instytut projekcie szczególny nacisk położono na zadania związane z promocją zdrowia, w tym na rozwój programów edukacyjnych wzmacniających kompetencje, wiedzę i umiejętności jednostki w kształtowaniu zachowań i stylu życia korzystnego dla zdrowia psychicznego. Program przewiduje podjęcie działań legislacyjnych prowadzących m.in. do znowelizowania kilku ustaw, których przepisy wpłyną na usprawnienie wielostronnej i dostępnej opieki psychiatrycznej. Tak jak poprzedni, tak i znowelizowany program, zakłada rozwój środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Poprawa poziomu usług świadczonych przez psychiatryczną i odwykową opiekę zdrowotną wymaga *zwiększenia w ciągu najbliższych 10 lat kadr do następującego poziomu:*

wskaźniki na 100 tys. populacji:

- psychiatrzy – 10,0,
 - psychologowie – 9,5,
 - pracownicy socjalni – 10,0,
 - pielęgniarki – 30,5,
 - terapeuci zajęciowi – 8,0,
 - instruktorzy terapii odwykowej – 6,5.
-

W ramach opieki psychiatrycznej dla dorosłych przewiduje się funkcjonowanie co najmniej:

-
- jednej poradni zdrowia psychicznego na 50 tys. ludności,
 - 1–3 miejsc na 10 tys. ludności miejskiej w oddziałach dziennych,
 - 10 miejsc na 10 tys. ludności w psychiatrycznych oddziałach leczenia środowiskowego, a
 - w opiece całodobowej – osiągnięcie równomiernej dostępności na poziomie: 50 łóżek

na 100 tys. mieszkańców, przy odległości nie przekraczającej 50–60 km od miejsca zamieszkania pacjenta.

Wymaga to tworzenia oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych i równoczesne zmniejszanie do 350² liczby łóżek w dużych szpitalach psychiatrycznych oraz organizowanie w nich wyspecjalizowanych oddziałów np. geriatrycznych, rehabilitacyjnych i innych.

Przewiduje się *zwiększenie dostępności i zróżnicowanie psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży*, poprzez organizowanie gęstej sieci:

- poradni zdrowia psychicznego,
- poradni pomocy rodzinie,
- psychiatrycznych oddziałów dziennych dla dzieci i młodzieży i
- zespołów leczenia środowiskowego dla dzieci i młodzieży.

Program przewiduje zapewnienie równomiernej opieki szpitalnej dla dzieci i młodzieży dostępnej na poziomie: 0,3–0,4 łóżka na 10 tys. mieszkańców, w tym utworzenie

- ośrodków obserwacyjno-leczniczych dla młodzieży trudnej oraz
 - ośrodków rehabilitacyjnych dla młodzieży uzależnionej.
-

Program zakłada poprawę dostępności i zróżnicowanie opieki zdrowotnej *dla osób uzależnionych od alkoholu*, przy następujących założeniach:

- dla jednego lub dwu powiatów – jedna przychodnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia;

² Uwzględniono zmiany wniesione do „Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego” w lutym 1999 r.

- w każdym mieście powyżej 25 tys. mieszkańców – jedna poradnia dla osób z problemami alkoholowymi;
- w każdym większym mieście – oddział dzienny;
- oddziały całodobowe – wg wskaźnika 1 łóżko na 10 tys.

Program zakłada konieczność utworzenia zakładów leczenia odwykowego realizujących środek zabezpieczający.

Poprawę dostępności i zróżnicowania odwykowej opieki zdrowotnej dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych przewiduje się przez utworzenie:

- nie mniej niż dwóch poradni leczenia uzależnień w województwie,
- specjalistycznych poradni pomocy rodzinie (co najmniej jedna w województwie),
- oddziałów całodobowych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (0,3 łóżka na 10 tys. ludności).

DOCELOWA SIĘĆ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW PSYCHIATRYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

W lipcu 1997 r., w ramach ostatniej nowelizacji Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, wprowadzono istotną zmianę w art. 55, który w obecnym brzmieniu zobowiązuje Ministra Zdrowia do ogłoszenia docelowej sieci w drodze rozporządzenia. Z uwagi na konieczność uwzględnienia zasadniczych zmian wprowadzonych reformą administracyjną w terytorialnym podziale kraju oraz w kompetencjach różnych organów władzy wydanie tego rozporządzenia do chwili obecnej nie było możliwe. Ponieważ obecnie samorząd województwa tworzy i prowadzi zakłady psychiatrycznej opieki zdrowotnej zgodnie z potrzebami ludności województwa, ostateczne ustalenia „Doce-

lowej sieci...” powinny stać się dokumentem wiążącym dla władz samorządowych. Od opracowania „Sieci” w 1995 r. minęły już trzy lata i nastąpiły w tym czasie pewne zmiany. W opiece środowiskowej – powstały dwa nowe ośrodki psychiatryczne w Legnicy i Szczecinie, liczba dziennych oddziałów psychiatrycznych wzrosła o 10, a zespołów opieki środowiskowej o 5. W opiece szpitalnej zwiększyła się liczba oddziałów psychiatrycznych, powstały nowe oddziały w Szczecinie, Suwałkach, Bełchatowie, Krakowie, Białogardzie, Łomży oraz Instytucie.

W ostatnich dwu latach postępował jednocześnie proces redukcji łóżek w dużych szpitalach. Spośród 28 dużych szpitali w 17 liczba łóżek zmniejszyła się o blisko 2 tys. (o 16% ich stanu). Największe redukcje (od 100 do 360 łóżek) miały miejsce w szpitalach w Łodzi, Gorzowie, Międzyrzeczu, Kościanie, Rybniku, Lublińcu, Starogardzie Gd. i Gostyninie, w pozostałych 11 – liczba łóżek nie uległa zmianie.

Opieka szpitalna w ramach nowego podziału administracyjnego kraju, tj. 16 województw, przedstawia się następująco (tab. 1): największa koncentracja łóżek występuje w woj. lubuskim (24,4 na 10 tys.) i dolnośląskim (14,1), najmniejsza – w zachodniopomorskim (4,4), kujawsko-pomorskim (4,7) i małopolskim (5,1). Gdyby przyjęte dotychczas założenia „Sieci” zostały utrzymane (tab.2), to w liczbach bezwzględnych największe redukcje łóżek powinny nastąpić przede wszystkim w dużych szpitalach woj. dolnośląskiego (o 2200, tj. 57% łącznej liczby łóżek), mazowieckiego (o 1310 – 36%), lubuskiego (o 1162 – 50%) i śląskiego (o 1146 – 42%). W dużych szpitalach pozostałych województw zmiany są skromniejsze, jednak na ogół oznaczają konieczność zmniejszenia od 25 do ponad 50% obecnej liczby łóżek.

Drugim, podstawowym elementem „Docelowej sieci” są nowe oddziały psychiatryczne i odwykowe, których liczbę i wielkość planowano odrębnie dla mieszkańców każdego z 49 dotychczasowych województw.

Tablica 1. Stan łóżek psychiatrycznych wg aktualnego podziału administracyjnego kraju

Lp.	Województwo	Liczba łóżek		Wskaźnik na 10 tys. ludności	
		1997 r.	2005 r.	1997 r.	2005 r.
OGÓŁEM		31 941	27 706	8,3	7,2
1	Dolnośląskie	4 201	2 271	14,1	7,6
2	Kujawsko-pomorskie	995	1 332	4,7	6,3
3	Lubelskie	2 157	1 692	9,6	7,5
4	Lubuskie	2 484	1 372	24,4	13,5
5	Łódzkie	1 744	1 654	6,5	6,2
6	Małopolskie	1 647	1 974	5,1	6,2
7	Mazowieckie	4 550	3 799	9,0	7,5
8	Opolskie	1 061	947	9,7	8,7
9	Podkarpackie	1 195	1 468	5,6	6,9
10	Podlaskie	1 150	1 125	9,4	9,2
11	Pomorskie	1 801	1 649	8,3	7,6
12	Śląskie	3 919	3 233	8,0	6,6
13	Świętokrzyskie	1 115	846	8,4	6,4
14	Warmińsko-mazurskie	1 012	1 098	6,9	7,5
15	Wielkopolskie	2 156	2 129	6,4	6,4
16	Zachodniopomorskie	754	1 117	4,4	6,5

Tablica 2. Dotychczasowe plany zmian w rozmieszczeniu łóżek psychiatrycznych wg aktualnego podziału administracyjnego kraju

Lp.	Województwo	Redukcja łóżek w szpitalach			Nowe placówki	
		Liczba placówek	w liczbach bezwzględnych	w %	liczba placówek	liczba łóżek
OGÓŁEM		34	9 670	41,6	94	5 237
1	Dolnośląskie	6	2 200	56,8	5	360
2	Kujawsko-pomorskie	1	170	25,1	4	400*
3	Lubelskie	2	604	44,1	8	330*
4	Lubuskie	3	1 162	49,6	2	50
5	Łódzkie	2	300	28,4	5	235
6	Małopolskie	1	540	53,2	20	865
7	Mazowieckie	6	1 310	36,0	10	550*
8	Opolskie	1	135	25,0		57*
9	Podkarpackie	2	330	35,3	7	600*
10	Podlaskie	1	305	32,4	5	220
11	Pomorskie	1	325	30,9	3	150
12	Śląskie	3	1 146	41,6	3	280*
13	Świętokrzyskie	1	375	42,9	4	150*
14	Warmińsko-mazurskie	2	128	23,7	1	65*
15	Wielkopolskie	2	640	39,3	10	610*
16	Zachodniopomorskie	–	–	–	7	315

* Łącznie ze wzrostem liczby łóżek w oddziałach już istniejących.

Zaplanowano ok. 100 takich placówek przy szpitalach ogólnych na łączną liczbę łóżek przekraczającą 5 tys. Największa liczba przypada na województwo małopolskie (20 oddziałów – 865 łóżek), wielkopolskie (12 – 610), mazowieckie (11–550), podkarpackie (9–600) i lubelskie (9–330), najmniejsza – na województwo lubuskie (2–50) i warmińsko-mazurskie (2–65). W województwie opolskim przewiduje się jedynie powiększenie 15-łóżkowego oddziału w Brzegu do 72 łóżek. Zmieniony układ terytorialny kraju, który ma w zasadzie charakter regionalny, wymaga ponownego przeanalizowania potrzeb dotyczących zarówno liczby, jak i wielkości, nowych placówek opieki szpitalnej.

Podstawowe założenia „Docelowej sieci” w zakresie opieki środowiskowej nie tylko pozostają aktualne, ale należy je traktować jako minimalne w świetle wskaźników zalecanych przez Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. W ramach nowego podziału administracyjnego kraju, najważniejszym terytorium do oceny zapotrzebowanie na opiekę ambulatoryjną i świadczenia oddziałów dziennych jest poziom powiatu. Tak więc ostateczny kształt „Docelowej sieci”, który ukaże się w ramach rozporządzenia będzie odbiegał od dotychczasowego.

Podsumowując, najważniejszy kierunek zmian w przekształcaniu „infrastruktury” urzędów psychiatrycznych nadal wyznaczać powinny następujące cele:

- intensywny rozwój opieki środowiskowej (poradniczej i pośredniej),
- powstawanie oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych w rejonach pozabawionych tej formy opieki,
- wyraźne zmniejszenie dużych szpitali psychiatrycznych, połączone z tworzeniem w ich strukturze oddziałów o wyspecjalizowanym przeznaczeniu (rehabilitacyjnych, geriatrycznych, psychosomatycznych i in.),
- rozwój różnorodnych form opieki odwykowej (zgodnie z rozporządzeniem w tej sprawie),

- tworzenie placówek i programów opieki nad uzależnionymi
- dalszy rozwój form organizacyjnych pomocy chorym psychicznie w ramach programu (docelowa sieć) Ministerstwa Pracy i Polityki Socjalnej.

FORMY ORGANIZACYJNE PODLEGŁE RESORTOWI POMOCY SPOŁECZNEJ

Według danych Ministerstwa Pracy i Polityki Socjalnej w połowie 1998 r. były w Polsce 184 środowiskowe domy z 5,5 tys. miejsc. W większości były to domy dziennego pobytu, kilka to mieszkania chronione. Stosunkowo dynamicznemu rozwojowi domów dziennego pobytu nie towarzyszy równie szybki wzrost liczby miejsc w chronionych warunków mieszkaniowych. Część polskich psychiatrów wykazuje niezbyt duże zainteresowanie tą cenną formą pomocy osobom chorym psychicznie, co być może wynika ze zróżnicowanej „podległości” zakładów opieki zdrowotnej (MZIOS) i jednostek określanych nazwą „oparcie społeczne” (MPiPS).

Zupełnie nową formą pomocy są wspomniane już „usługi opiekuńcze”, które dopiero teraz pojawiły się na rynku usług oferowanych osobom chorym psychicznie. Nie dysponujemy pełnym rozeznaniami co do zamiarów tego typu działalności w skali kraju.

PSYCHIATRIA SĄDOWA I REGIONALNE OŚRODKI PSYCHIATRII SĄDOWEJ

W 1998 r. kontynuowano prace adaptacyjne w przygotowywanych trzech regionalnych ośrodkach psychiatrii sądowej w Branicach, Gostyninie oraz w Kocborowie. Prace adaptacyjne w ośrodkach w Branicach oraz w Kocborowie są zaawansowane, w Gostyninie – zakończone. Ośrodek jest dobrze wyposażony i przygotowany do przyjęcia pierwszych pacjentów. Komisja kwalifikująca rozpoczęła pracę i prawdopodobnie jeszcze

w grudniu pierwsi chorzy znajdują się w tym ośrodku. Informacja na temat przygotowywanego w Instytucie projektu nowego rozporządzenia w sprawie realizacji środka zabezpieczającego przez zakłady psychiatrycznej i odwykowej opieki zdrowotnej zostanie omówiona oddzielnie.

SZKOLENIE PODYPLOMOWE I SPECJALIZACJA W ZAKRESIE PSYCHIATRII

Wprowadzona przed 2 lata nowa forma szkolenia ordynatorów oddziałów psychiatrycznych, w postaci jednodniowych konferencji poświęconych aktualnym problemom diagnostyki i terapii, cieszy się dużym zainteresowaniem. Konferencje te będą kontynuowane.

W 1998 r., podobnie jak w roku poprzednim, obserwuje się wzmożone zainteresowanie zakończeniem specjalizacji II st. w zakresie psychiatrii. Wydatnie wzrosła liczba uczestników kursów organizowanych w Instytucie oraz osób odbywających staże kliniczne w klinikach Instytutu (okresowo brakuje wolnych miejsc).

Z dniem 28 września 1998 r. Minister Zdrowia wstrzymał otwieranie nowych specjalizacji na dotychczasowych zasadach we wszystkich działach medycyny. Projekt nowego rozporządzenia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów przewiduje możliwość uzyskania tytułu specjalisty (specjalizacja jednostopniowa) w specjalnościach głowych (jest wśród nich psychiatria) oraz szczegółowych (wśród nich psychiatria dzieci i młodzieży), rozpoczynanych po uzyskaniu określonych specjalizacji głowych.

Projekt zakłada 5-letni okres stażu specjalizacyjnego w zakresie psychiatrii. Szkolenie ma się odbywać w wybranych (akredytowanych) ośrodkach, spełniających określone wymogi zapewniające nabycie specjalizującemu się odpowiedniej wiedzy i doświadczenia klinicznego. Liczba miejsc szkoleniowych w tych ośrodkach będzie ograniczona i określana przez Ministra Zdrowia.

STANDARDY DIAGNOSTYKI I TERAPII

Kontynuowane są prace nad standardami postępowania diagnostycznego i terapeutycznego w zaburzeniach psychicznych. W 1998 r. wydano – we współpracy z wydawnictwem „Vesalius” – „Badawcze kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania wg ICD-10”. Ponadto ukazały się: „Zasady stosowania psychoterapii”, „Standardy i algorytmy leczenia schizofrenii” oraz „Standardy i algorytmy leczenia chorób afektywnych”. W przygotowaniu są: „Standardy leczenia zaburzeń lękowych”, „Standardy leczenia zespołów otępiennych” oraz „Standardy leczenia zaburzeń snu”. W 1999 r. ukazuje się II wydanie „Zasad rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych”.

ZAKUPY APARATURY DIAGNOSTYCZNEJ ZE ŚRODKÓW CENTRALNYCH

Tak jak w latach ubiegłych, w 1998 r. zakupiono z tzw. środków centralnych, których dysponentem jest Minister Zdrowia – 35 aparatów diagnostyczno-laboratoryjnych dla szpitali psychiatrycznych, w tym 15 analizatorów jonoselektywnych i 20 hematologicznych. Nie jest jasne, czy tego rodzaju zakupy będą możliwe w przyszłym roku.

BADANIA NOWYCH LEKÓW

Przemiany polityczne i ekonomiczne, otwarcie polskiego rynku sprzyjają współpracy międzynarodowej w zakresie przemysłu farmaceutycznego, torują dostęp licznych produktów farmaceutycznych na polski rynek. Ośrodki akademickie coraz szerzej uczestniczą w programie międzynarodowych badań substancji o działaniu psychotropowym lub potencjalnie – psychotropowym. Tym korzystnym procesom towarzyszą jednak również zjawiska niekorzystne, niekiedy niepokojące. Pod naporem firm farmaceutycznych i instytucji pośredniczących, organizujących próby kliniczne – zda-

rza się, że badań podejmują się osoby lub zespoły nie w pełni przygotowane, zbyt pochopnie podejmowane są decyzje o udziale w badaniach, w których jest stosowana procedura *placebo*, niektórzy podejmują się badań II fazy, wymagającej dużego doświadczenia klinicznego i odpowiedniego zaplecza diagnostycznego, gwarantującego bezpieczeństwo terapii. Ponieważ problem ten narasta – wymaga reagowania ze strony doświadczonych klinicystów, zwłaszcza pracowników naukowych oraz nadzoru specjalistycznego. Sądzę, że sprawa ta wymaga odpowiednich regulacji prawnych, przede wszystkim dotyczących kwalifikacji osób prowadzących badania nowych leków i warunków, w jakich mogą być prowadzone takie badania. W 1999 r. zorganizowana będzie w Instytucie konferencja poświęcona tym problemom, z udziałem osób czynnie zaangażowanych w badania nowych leków, przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Komisji Rejestracji Leków i Materiałów Medycznych oraz prawników.

SPRAWY WYMAGAJĄCE PILNEGO ROZWIĄZANIA

W związku z zawieraniem przez szpitale i poradnie wstępnych umów z regionalnymi kasami chorych, zachodzi konieczność uwzględnienia następujących postulatów, które wynikają ze specyfiki zadaniowej, organizacyjnej i prawnej lecznictwa psychiatrycznego:

1. Przy zawieraniu umów z usługodawcami należy w pierwszej kolejności uwzględnić oferty szpitali ogólnych, świadczących usługi psychiatryczne i odwykowe. Usługi te realizowane są w oddziałach przy szpitalach ogólnych, które stanowią podstawowy i docelowy element rozwoju lecznictwa psychiatrycznego. Oddziały te znajdują się najbliżej miejsca zamieszkania, dysponując 13% ogólnej liczby łóżek przyjmują 20% wszystkich wymagających hospitalizacji, przy średnim czasie pobytu prawie dwukrotnie niższym od pobytu szpitalnego. Sta-

nowią zatem najkorzystniejszą formę szpitalnego lecznictwa psychiatrycznego.

2. Każdy zakład lecznictwa psychiatrycznej i odwykowej opieki zdrowotnej powinien zapewnić w umowie z kasą chorych pierwszeństwo w uzyskaniu świadczeń mieszkańcom najbliższej położonych obszarów, niezależnie od ich przynależności do kasy regionalnej. Za takim rozwiązaniem przemawiają także względy medyczne (zapewnienie ciągłości opieki), organizacyjne (nierównomierne rozmieszczenie zakładów) i ekonomiczne (koszty dojazdu).

3. Zobowiązanie wszystkich szpitalnych zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej do określenia w zawieranych umowach rejonów przyjęć osób z zaburzeniami psychicznymi hospitalizowanych przymusowo z powodu zagrożenia życiu własnemu albo życiu lub zdrowiu innych (art. 23 i 29 ustawy o o.z.p.). Rejony przyjęć dla osób wymagających hospitalizacji w trybie przymusowym powinny być jasno określone oraz spełniać warunek kompletności i jednoznaczności, co w praktyce oznacza, że nie powinno być wątpliwości, jaki zakład psychiatryczny będzie miał obowiązek hospitalizacji osoby zamieszkałej w określonej gminie i spełniającej kryteria przyjęć w takim trybie.

4. W zawieranych umowach należy uwzględnić niezbędne organizacyjne różnicowanie lecznictwa psychiatrycznego przewidziane w art. 5 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, a więc formy pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej, a także świadczenia zdrowotne udzielane psychicznie chorym w ramach pomocy społecznej.

5. Jednostką świadczeń w poradniach zdrowia psychicznego powinna być nie tylko wizyta (porada), ale również czas przeznaczony na psychoterapię (np. 1 godzina psychoterapii).

Uwzględnienie tych postulatów zapobiegnie niekorzystnym zjawiskom, które mogą pojawić się w toku realizacji ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. W sprawie tej wystosowano pismo do Ministra Zdrowia,

dyrektorów szpitali psychiatrycznych oraz ordynatorów oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych. W piśmie do Ministra Zdrowia zwrócono także po raz kolejny uwagę, że tworzone obecnie trzy regionalne ośrodki psychiatrii sądowej (w Branicach, Gostyninie oraz Kocborowie) powinny być finansowane ze środków będących w dyspozycji MZiOS.

NADZÓR SPECJALISTYCZNY

Od początku przyszłego roku nastąpi zmiana struktury organizacyjnej nadzoru specjalistycznego. Mandat konsultantów regionalnych wygaśnie w czerwcu br., specjaliści wojewódzcy kończą swoją działalność

z dniem 31 grudnia 1998 r. Nowe zasady organizacji nadzoru specjalistycznego obejmują m.in. *powołanie nadzoru dwustopniowego*, mianowicie: (1) specjalistów lub konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach medycyny i zespołów specjalistycznych przy specjalistach krajowych, (2) specjalistów wojewódzkich, powoływanych i zatrudnianych przez Ministra Zdrowia na wniosek specjalisty lub konsultanta krajowego.

W sytuacji tej – obecna narada jest właściwym miejscem i czasem do przekazania serdecznego podziękowania i wyrazów uznania wszystkim, którzy podjęli się trudu uczestniczenia w nadzorze specjalistycznym, pracowali ofiarnie i społecznie (za symboliczne honoraria).

*Adres: Prof. Stanisław Pużyński, Instytut Psychiatrii i Neurologii,
Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa*