

Wybrane zagadnienia psychiatrycznej opieki zdrowotnej – 1997¹

Selected issues of psychiatric health care

STANISŁAW PUŻYŃSKI, WANDA LANGIEWICZ, BOŻENA PIETRZYKOWSKA

Z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE. Referat Konsultanta Krajowego przedstawiający aktualną sytuację epidemiologiczną oraz najważniejsze postanowienia i plany związane z organizacją psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce (red.).

SUMMARY. The paper presents the National Consultant's report on the current epidemiological situation in the country, as well as on major resolutions and plans concerning organization of psychiatric services.

Słowa kluczowe: psychiatryczna opieka zdrowotna / wskaźniki / organizacja
Key words: psychiatric health care / indices / organization

Narada poświęcona jest w dużym zakresie przestrzeganiu praw osób chorych korzystających z psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Problem ten ma wymiar zarówno prawny jak i moralny, dotyczy nie tylko przestrzegania zapisów zawartych w rozdziałach 2–4 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, ale również podstawowych praw człowieka, zwłaszcza jego godności i integralności.

Kontynuacją dzisiejszej narady będzie konferencja „Leczenie środowiskowe szansą psychiatrii”. Wybór tematu nie jest przypadkowy – bowiem rozwój psychiatrii środowiskowej w Polsce jest podstawowym założeniem „Programu ochrony zdrowia psychicznego”.

SYTUACJA EPIDEMIOLOGICZNA

Analiza statystyk z *lecnictwa ambulatoryjnego* za lata 1990–1996, wskazuje na zróżnicowaną dynamikę zmian rozpowszechnienia i zapadalności na zaburzenia psy-

chiczne w poszczególnych grupach zaburzeń psychicznych. W największym tempie wzrasta rozpowszechnienie i zapadalność na psychozy (odpowiednio o 24% i 45%) osiągając w 1996 r. poziom 578,8 i 92,1 na 100 tys. ludności. Przyrost ten w dużym stopniu wiąże się z bardzo dużym zwiększeniem liczby osób z rozpoznaniem psychoz afektywnych (odpowiednio o 53% i 87%), korzystających z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Na podkreślenie zasługuje, że po roku 1992 zachorowalność na psychozy afektywne przekracza takie wskaźniki u chorych na schizofrenię (w roku 1996 psychozy afektywne – 31,6, podczas gdy schizofrenia – 22,1 na 100 tys. ludności). Zapadalność na psychozy wieku podeszłego także zaczęła zwiększać się po 1992 r., osiągając w roku 1996 wskaźnik 13,6 na 100 tys.

W grupie zaburzeń alkoholowych ustabilizowanemu rozpowszechnieniu i zapadalności z powodu uzależnienia od alkoholu towarzyszy wzrost zgłaszalności ambulatoryjnej z powodu psychoz alkoholowych (odpowiednio o 16% i 22%). W grupie zaburzeń niepsychotycznych, które stanowią

¹ Wystąpienie w czasie dorocznej narady konsultantów oraz dyrektorów szpitali psychiatrycznych w Popowie, w czerwcu 1997 roku

przyczynę ponad połowy wszystkich zarejestrowanych ambulatoryjnie zaburzeń, oba omawiane wskaźniki epidemiologiczne wzrosły w latach 1990–1996 o 17%. Odnotowano także dużą dynamikę uzależnienia od środków psychoaktywnych (rozpowszechnienie wzrosło w porównaniu z rokiem 1990 o jedną trzecią, natomiast zapadalność blisko o 25%).

W analizie dynamiki rozpowszechnienia i zapadalności zarejestrowanej w *lecznictwie szpitalnym*, obejmującej lata 1990–1995 (brak danych za rok 1996) zwraca uwagę dość znaczny przyrost obu wskaźników w odniesieniu do zaburzeń alkoholowych (odpowiednio o 23% i 30%) oraz psychoz afektywnych (o 34% i 45%). Przy pozostałych zaburzeniach psychotycznych szpitalne wskaźniki rozpowszechnienia i zapadalności wykazują tendencję malejącą (schizofrenia – spadek odpowiednio o 12% i 5%, psychozy organiczne – o 22% i 19%).

Wśród zaburzeń niepsychotycznych największą dynamikę wzrostu wykazuje stosunkowo niewielka grupa uzależnień od środków psychoaktywnych, mianowicie szpitalne wskaźniki rozpowszechnienia zwiększyły się w stosunku do roku 1990 o 51%, a zachorowalności o 46%. W 1995 r. liczba hospitalizowanych z powodu uzależnienia od środków psychoaktywnych (narkomanii) wynosiła 4,5 tys. osób, w tym 1,5 tys. – po raz pierwszy.

Porównanie tendencji epidemiologicznych zarejestrowanych w lecznictwie ambulatoryjnym i szpitalnym wskazuje na występowanie dwu tendencji. W odniesieniu do psychoz alkoholowych, psychoz afektywnych i uzależnień od środków psychoaktywnych obserwuje się wzrost wskaźników rozpowszechnienia i zapadalności w obu typach psychiatrycznej opieki zdrowotnej, natomiast w przypadku pozostałych psychoz (w tym schizofrenii) oraz innych zaburzeń niepsychotycznych (w tym zaburzeń nerwicowych) występuje tendencja wzrastająca w lecznictwie ambulatoryjnym i malejąca – w placówkach typu szpitalnego.

DOCELOWA SIEĆ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW PSYCHIATRYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Lecznictwo psychiatryczne na świecie przechodzi daleko idącą transformację, której celem jest wdrożenie do praktyki zasad psychiatrii środowiskowej (naczelna zasada – udzielanie pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi w ich środowisku). Zadania szpitali psychiatrycznych, zwłaszcza dużych, które przez wiele lat były podstawowym, często jedynym miejscem pomocy osobom chorym psychicznie, są stopniowo przejmowane przez różnorodne pozaszpitalne formy pomocy w rejonie zamieszkania chorych (poradnie, oddziały dzienne, oddziały rehabilitacyjne, środowiskowe domy samopomocy, ośrodki oparcia społecznego, hostele i in.). Zapewniają one bardziej efektywną pomoc i ponadto są tańsze. Jak wynika z doświadczeń amerykańskich, włoskich, szwedzkich – reforma psychiatrii powinna być procesem stopniowym i ciągłym, wymaga przy tym przestrzegania odpowiedniej kolejności działań (najpierw tworzyć formy pozaszpitalne – potem zredukować szpitale!).

Sytuacja polskiego lecnicztwa psychiatrycznego w Polsce w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych nie różniła się od sytuacji w krajach Europy Zachodniej i USA. Proces transformacji rozpoczął się u nas już w połowie lat siedemdziesiątych, przebiegał jednak powoli i niekonsekwentnie. Powstał rozbudowany system poradniany, który jest najmocniejszą stroną psychiatrycznej opieki zdrowotnej, wprowadzono rejonizację usług szpitali psychiatrycznych. W latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych znacznie zmniejszono liczbę łóżek w dużych szpitalach psychiatrycznych, w to miejsce pojawiły się coraz liczniejsze oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych.

Potrzeba i ogólny kierunek zmian systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej na ogół nie budzą wątpliwości lub zastrzeżeń w środowisku psychiatrów, dyskusje dotyczą szczegółowych, lokalnych rozwiązań. „Pro-

gram ochrony zdrowia psychicznego” (przyjęty do realizacji wraz z harmonogramem w lutym 1995 r.) przewiduje, iż model psychiatrii środowiskowej jest głównym celem rozwoju psychiatrii w Polsce w najbliższych latach. Głównym ogniwem opieki psychiatrycznej winny stać się poradnie i różnorodne inne formy opieki pośredniej, takie jak: ośrodki interwencji kryzysowych, zespoły opieki środowiskowej, różne formy częściowej hospitalizacji (oddziały dzienne, nocne), różnorodne typy opieki dziennej (kluby, środowiskowe domy samopomocy, warsztaty terapii zajęciowej), a także różne formy zamieszkania (mieszkania chronione, hostele).

Placówki (ośrodki) te winny być prowadzone przez multiprofesjonalne zespoły terapeutyczne koordynujące leczenie pacjenta we wszystkich formach opieki we współpracy z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej, a także ośrodkami pomocy społecznej. Z tymi ostatnimi, jednostki opieki psychiatrycznej, szczególnie formy środowiskowe, powinny współdziałać w tworzeniu systemów oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi i organizowaniu środowiskowych domów samopomocy (wg Programu – 1 miejsce na 10 tys. ludności). Warto podkreślić, iż resort Pracy i Polityki Socjalnej dynamicznie realizuje w tym zakresie zapisy Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (wg nieoficjalnych jeszcze danych uzyskanych z tego Ministerstwa, utworzono już 95 środowiskowych domów samopomocy – średnio w województwie ok. 2 – a nie było ich wcale).

Należy przypomnieć, że projekt docelowej sieci publicznych zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej, przewidziany do realizacji do 2005 r., obejmuje również plan rozwoju w każdym województwie placówek opieki środowiskowej. Zaplanowano bardzo znaczny przyrost oddziałów dziennych i ośrodków zajęciowo-rehabilitacyjnych. W projekcie zaplanowano zwiększenie obecnej liczby 25 zespołów leczenia środowiskowego do 141 w 2005 r. Zwiększyć się również powinna, zgodnie z projektem, liczba hosteli (z 7 do

84, odpowiednio z 59 miejsc hostelowych do 734). Formy zakwaterowania chronionego zaplanowano jedynie w trzech województwach, na łączną liczbę 148 miejsc. W tej ostatniej sprawie szczególnie ważna jest współpraca z Ministerstwem Pracy i Polityki Socjalnej i ośrodkami pomocy społecznej, gdyż rozwój mieszkań chronionych jest przewidziany w ramach rozwijanej przez Ministerstwo Pracy i Polityki Socjalnej sieci środowiskowych domów samopomocy.

W świetle „Programu ochrony zdrowia psychicznego” oraz „Docelowej sieci publicznych zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej”, które są przełożeniem na język praktyki związanych zapisów zawartych w ustawie – proces modernizacji psychiatrycznej opieki zdrowotnej w naszym kraju musi ulec dużemu przyspieszeniu, bowiem horyzont czasowy realizacji „Docelowej sieci” wynosi 10 lat od dnia wejścia w życie ustawy (art. 55 pkt 3 ustawy).

Z rozeznania Instytutu Psychiatrii i Neurologii wynika, że jedynie w kilku województwach zadania dotyczące nowych placówek są stopniowo realizowane. Są to następujące województwa: szczecińskie (SPZOZ Szczecin-Zdroje), bielskie (SPZOZ Bielsko-Biała) (obie inwestycje stanowią zresztą kontynuację projektów zaplanowanych przed wielu laty), wrocławskie (obiekt w Michelinie), tarnowskie (oddział w Straszęcinie, zamiast Dębicy), legnickie (obiekty po wojskach radzieckich w Legnicy), opolskie (oddziały w Brzegu) i koszalińskie (oddziały w Drawsku i Białogardzie). Wszystkie wymienione przedsięwzięcia są realizowane głównie dzięki zasilaniu budżetu wojewodów dodatkowymi środkami (konsorcjum, rezerwa celowa).

W pozostałych województwach, w tym niestety także w łomżyńskim, ciechanowskim, ostrołęckim, krośnieńskim, rzeszowskim – pozbawionych w ogóle lub z minimalną liczbą łóżek psychiatrycznych, tworzenie placówek szpitalnych znajduje się w przewlekłym stadium początkowym, bądź nie wykroczyło poza deklaracje.

Plany dotyczące rozwoju opieki środowiskowej realizowane są także jedynie w niektórych województwach. Nowe oddziały dzienne zorganizowano już, bądź zostaną uruchomione w najbliższym czasie, w Bielsku-Białej, Gorzowie, Kaliszu, Kołobrzegu, Brzegu i Koźlu, Złotowie, Dziekanówce, Radomiu, Słupsku i Wrocławiu.

Wg powszechnej opinii konsultantów wojewódzkich, bez dodatkowego wspomaganie finansowego, niezależnego od budżetów wojewódzkich, nie ma większych szans na realizację planów zawartych w „Docelowej sieci”.

Zasadnicza część podstawowych świadczeń szpitalnych, zgodnie z założeniami, będzie miała zasięg wyłącznie wojewódzki, natomiast ok. 15–20% świadczeń, udzielanych w specjalistycznych oddziałach psychiatrycznych, m.in. sądowych, dziecięcych, młodzieżowych, przeciwgruźliczych, leczenia zaburzeń nerwicy i in. – będzie wykraczać poza granice województw. Niektóre z tych zadań są wykonywane przez oddziały już istniejące (np. przeciwgruźlicze, część oddziałów psychiatrii dziecięcej i sądowej), inne wymagają dopiero zorganizowania lub modernizacji.

Organizowanie oddziałów o ponadwojewódzkim, regionalnym, bądź jeszcze szerszym charakterze świadczeń wymaga finansowego wsparcia ze środków centralnych. W pierwszej kolejności odnosi się to do planów utworzenia specjalnych oddziałów psychiatrii młodzieżowej oraz ośrodków i oddziałów sądowo-psychiatrycznych. Potrzeba tworzenia oddziałów, w których będą przeprowadzane obserwacje sądowo-psychiatryczne tzw. trudnej młodzieży, wynika z narastającej przestępczości osób nieletnich. Przewiduje się utworzenie tych oddziałów (335 łóżek) w strukturze 13 dużych szpitali psychiatrycznych (Choroszcz, Świecie, Starogard Gdański, Lubliniec, Branice, Jarosław, Lublin, Łódź, Gniezno, Międzyrzecz-Obrzyce, Radom, Zagórze-Garwolin, Lubiąż).

Dodatkowych środków finansowych wymaga także zaplanowany proces przekształ-

cania się dużych szpitali psychiatrycznych w placówki mniejsze, o bardziej sprofilowanej strukturze świadczeń, m.in. z zakresu geriatrii, rehabilitacji, chorób somatycznych i in. Ten proces w wielu szpitalach już trwa, po roku 1990 duże szpitale zmniejszyły się o ok. 5 tys. łóżek, przeprowadzono także szereg przekształceń organizacyjnych. Należy do nich tworzenie w strukturze szpitala oddziałów funkcjonujących na zasadach obowiązujących w zakładach opiekuńczo-leczniczych, tj. z odpłatnością obowiązującą w domach pomocy społecznej. W końcu ub. roku takie oddziały działały już w 5 szpitalach (łącznie liczą 818 łóżek). Nowelizowana ustawa o zakładach opieki zdrowotnej jednoznacznie ureguluje pozycję tej formy opieki.

Instytut Psychiatrii i Neurologii podjął starania o wydzielenie w budżecie centralnej rezerwy na realizację części zadań wynikających z Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Głównie chodzi o zapewnienie finansów na realizację międzywojewódzkich lub regionalnych zadań „Docelowej sieci publicznych zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej”. W rezerwie tej mogą też znaleźć się środki na realizację zadań regulowanych rozporządzeniem MZiOŚ z 20.10.1995 r., w sprawie organizowania zajęć rehabilitacyjnych w szpitalach psychiatrycznych i nagradzania uczestników tych zajęć.

Potencjalna możliwość wydzielenia tej rezerwy w żadnej mierze nie zwalnia wojewodów od preeliminowania kwot na realizację „Docelowej sieci” w budżecie województwa, a konsultantów wojewódzkich i regionalnych od wywierania nacisku na wojewodów w tej sprawie. Przypomnieć w związku z tym należy, że w świetle zapisu art. 6 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego:

„Wojewoda, zgodnie z potrzebami wynikającymi w szczególności z liczby i struktury społecznej ludności województwa: (1) tworzy i prowadzi zakłady psychiatrycznej opieki zdrowotnej w ramach docelowej sieci tych zakładów, określonej przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, (2) organizuje

usługi i domy pomocy społecznej dostosowane do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi; domy pomocy społecznej są tworzone na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 listopada 1990 r. (obecnie znowelizowanej)”.

Podstawowe środki na rozwój i modernizację psychiatrycznej opieki zdrowotnej pozostają więc w gestii wojewody. Obowiązkiem władz jest ich właściwy podział, uwzględniający również potrzeby psychiatrii. Dotychczasowe doświadczenia wskazują, że bez czynnej postawy (jeżeli zajdzie potrzeba – zdecydowanego nacisku) osób bezpośrednio odpowiedzialnych za lecnicstwo psychiatryczne (konsultantów regionalnych i wojewódzkich, dyrektorów przychodni i szpitali) właściwe wykorzystanie nakładów finansowych przeznaczonych na opiekę zdrowotną może okazać się złudne, psychiatryczna opieka zdrowotna bywa pomijana wśród innych potrzeb, które, zdaniem władz lokalnych, są ważniejsze.

Nowym wyzwaniem, stojącym także przed zakładami psychiatrycznej opieki zdrowotnej, jest decyzja o przekształcaniu się z jednostki budżetowej w samodzielną finansowo. Do czasu wejścia w życie ustawy ubezpieczeniowej, wszystkie publiczne zakłady opieki zdrowotnej przekształcały się w zakłady samodzielne. W chwili obecnej samodzielnymi zakładami są 4 placówki psychiatryczne i odwykowe województwa suwalskiego, Sanatorium w Mosznej i ZLO w Charcicach. W dość zaawansowanej fazie przygotowań są m.in. szpitale w Gostyninie i Łodzi, a kilka innych znajduje się na różnych etapach przygotowań.

Niejednородne warunki działania oraz niejednakowa, chociaż na ogół wszędzie bardzo trudna bieżąca sytuacja finansowa placówek psychiatrycznych rzutuje na nastawienie dyrektorów szpitali do decyzji o przekształceniu się w jednostki samodzielne. Powściągliwość w tej sprawie powodowana jest przede wszystkim obawą, iż finansowanie kontraktowe może się okazać ryzykowne, a może nawet niekorzystne. Trudno

w tej sprawie o jednoznaczną opinię – dobre doświadczenia placówek lecznictwa psychiatrycznego w województwie suwalskim nie gwarantują podobnych rezultatów w innych mniej reformatorsko nastawionych województwach, wskazują jednak, że omawiane zmiany zasad finansowania mogą okazać się nie tylko korzystne, ale również mogą torować przemiany strukturalne w psychiatrycznej opiece zdrowotnej.

W związku z nieodległą perspektywą przekształcenia się wszystkich placówek w zakłady samodzielne, należy wyraźnie stwierdzić, że proces ten nie powinien kolidować z założeniami i planami określonymi w „Docelowej sieci”. Możliwe są pewne modyfikacje, przebiegające jednak zgodnie z podstawowymi założeniami, można zatem np. stworzyć mniej niż zaplanowano łóżek w oddziałach przy szpitalach ogólnych, ale tylko wówczas, gdy powstanie w zamian więcej środowiskowych form opieki, nie zaś dlatego, że alternatywą pozostanie nadal duży, odległy szpital psychiatryczny. Kierunek zmian określony w „Docelowej sieci” powinien zatem być uwzględniany zarówno przez przekształcające się placówki psychiatryczne, ale także przez organ założycielski (najczęściej wojewodów).

Warunkiem stworzenia nowoczesnego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej jest zapewnienie kwalifikowanych kadr, bez których realizacja programu może okazać się iluzoryczna. Należy przy tym uwzględnić podstawową rolę lekarzy innych specjalności niż psychiatria w sprawowaniu opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi. Dotyczy to zwłaszcza lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (lekarze rodzinni, domowi), którzy sprawują i będą sprawować opiekę nad dużym odsetkiem chorych z problemami psychiatrycznymi. Od ich wiedzy i kompetencji zależy wczesna wykrywalność licznych form zaburzeń psychicznych, w odniesieniu do części zaburzeń (w tym również psychotycznych) – prawidłowe leczenie farmakologiczne (zwłaszcza tzw. podtrzymujące).

PSYCHIATRIA SĄDOWA

Zarówno w „Programie ochrony zdrowia psychicznego”, jak i w „Docelowej sieci” przewidziano zorganizowanie trzech regionalnych ośrodków psychiatrii sądowej dla szczególnie niebezpiecznych przestępców chorych psychicznie. Najbardziej zaawansowane są prace w ośrodku w Gostyninie, gdzie przystępuje się właśnie do odbioru technicznego budynku (przewidywany termin otwarcia – przełom września i października br.). Szybko postępują, rozpoczęte w styczniu tego roku, prace remontowe w ośrodku w Branicach. Przewiduje się, że ośrodek winien rozpocząć działalność pod koniec 1998 r. Podobnie zaawansowane są prace w ośrodku w Kocborowie, którego otwarcie przewiduje się wiosną 1998 r. Dotrzymanie tych terminów jest zależne, przede wszystkim, od systematycznego dopływu środków finansowych preliminowanych w budżecie MZiOS.

Finalizowane są prace nad rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej dotyczącym wykazu zakładów opieki zdrowotnej, w których są przeprowadzane badania psychiatryczne połączone z obserwacją, w tym osób pozbawionych wolności, oraz warunków zabezpieczenia tych zakładów.

Dążeniem Instytutu i nadzoru krajowego było uwzględnienie we wspomnianym wykazie również oddziałów psychiatrycznych przy aresztach śledczych. Ostatnio uzgodniona (ale wciąż nie ostateczna) wersja rozporządzenia przewiduje, że do tych oddziałów będą kierowane osoby, które wg oceny sądu lub prokuratora wykazują znaczny stopień demoralizacji lub zagrożenia społecznego, albo co do których zachodzi uzasadniona obawa ucieczki i ukrywania się, albo podejrzane o popełnienie przestępstwa w zorganizowanej grupie lub związku mającym na celu przestępstwo. Rozwiązanie takie (gdyby zostało przyjęte) odciążałoby oddziały psychiatryczne od nader trudnej klienteli, której obecność w szpitalu niekiedy radykalnie zmienia obraz i zadania szpitala psychiatrycznego.

Sprawą wciąż nie rozwiązana pozostaje sprawa niezbędnych prac adaptacyjnych oddziałów psychiatrycznych przeznaczonych do obserwacji sądowo-psychiatrycznej osób aresztowanych. Zdaniem Instytutu zadania te powinny być finansowane ze środków centralnych, o co Instytut i nadzór krajowy od dłuższego czasu konsekwentnie występuje.

Problemem, który budzi niepokój, jest zróżnicowany poziom orzecznictwa sądowo-psychiatrycznego w kraju. Jak wynika z analiz orzeczeń przeprowadzanych w Instytucie Psychiatrii i Neurologii, a również wypowiedzi niektórych uczestników dwóch kolejnych sympozjów Sekcji Psychiatrii Sądowej PTP – poziom merytoryczny orzeczeń wydawanych przez część biegłych odbiega od przyjętych standardów. Podstawowe znaczenie w poprawieniu tej niepokojącej sytuacji przypada szkoleniu, które powinno być organizowane zwłaszcza na szczeblu regionalnym. Poprawie poziomu orzecznictwa sądowo-psychiatrycznego służyć powinna atestacja biegłych, której dobrą okazją będzie sporządzanie nowych list biegłych sądowych na początku przyszłego roku. Instytut zamierza wystąpić do Ministra Sprawiedliwości o udział konsultantów wojewódzkich i regionalnych przy weryfikowaniu tych list.

DOKUMENTACJA MEDYCZNA

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17.12. 1992 r., w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania zalecało opracowanie nowych wzorów dokumentacji medycznej. Na tej podstawie oraz na podstawie Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z 19 sierpnia 1994 r. w Instytucie Psychiatrii i Neurologii przygotowano nowelizację formularzy dokumentacji medycznej dla potrzeb zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Ostatnio (w czerwcu br.) Minister zatwierdził znowelizowaną dokumentację i zalecił jej wprowadzenie lekarzom wo-

jewódzkim. Po wydrukowaniu nowych wzorów dokumentacji medycznej, stare formularze zostaną wycofane z użytku. Zamawianie znowelizowanych formularzy będzie realizowane bezpośrednio w Wydawnictwie Akcydensowym przez zainteresowane jednostki organizacyjne oraz finansowane z ich własnego budżetu.

Należy zwrócić uwagę, że po raz pierwszy zostaje wprowadzony: (1) wzór karty informacyjnej leczenia szpitalnego (symbol: 3-90-Mz/Szp-37a), który jest specjalnie przystosowany do potrzeb psychiatrycznego leczenia szpitalnego, (2) załącznik do formularza historii choroby – szpital psychiatryczny – w sprawie przyjęcia z mocy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z art. 22 ust. 2 i 5, art. 23, 24, 29. Formularz ten wypełnia lekarz przyjmujący do szpitala pacjenta, który nie wyraża zgody na hospitalizację. Wycofany natomiast z użycia zostaje druk pt. „Karta informacyjna dla poradni zdrowia psychicznego” (symbol: Mz/Szp-70a). Znowelizowano następujące formularze dokumentacji medycznej:

-
- Historia choroby – szpital psychiatryczny (3-90-Mz/Szp-70),
 - Karta informacyjna leczenia szpitalnego (3-90-Mz/Szp-37a),
 - Historia choroby – poradnia zdrowia psychicznego (3-90-Mz/Ps-1),
 - Historia choroby – poradnia odwykowa (3-90-Mz/Alk-1),
 - Karta ewidencyjna pacjenta szpitala (oddziału) psychiatrycznego i odwykowego (3-90-Mz/Szp-77a),
 - Karta ewidencyjna pacjenta poradni psychiatrycznej i odwykowej (3-90-Mz/Ps-22).
-

Nowe wzory dokumentacji medycznej nie obejmują oddzielnego dokumentu w postaci „epikryzy” lub „skróconego odpisu historii choroby”, który dotychczas niejako „automatycznie” przesyłano do poradni zdrowia psychicznego. Praktyka taka nie znajduje

uzasadnienia w obowiązujących przepisach i powinna być zaniechana z chwilą pojawienie się nowych druków (formularzy) „Kart informacyjnych”. Nowa karta zawiera znacznie szerszy zakres informacji niż dotychczasowa (m.in. zwięzłe dane o przebiegu choroby) i za zgodą pacjenta może być przekazana do zakładu opieki zdrowotnej lub do lekarza, który będzie sprawował dalszą opiekę.

Jednym z pytań kierowanych do Instytutu Psychiatrii i Neurologii była sprawa okresu czasu archiwizowania historii chorób w szpitalach psychiatrycznych. Wg zaleceń Instytutu historie choroby winny być przechowywane do 20 lat, a epikryzy do lat 30.

SPRAWA ZMIANY PROGRAMÓW SPECJALIZACJI

W roku 1993 Kolegium Psychiatryczne przedstawiło działającej wówczas Komisji Edukacji Podyplomowej projekt rezydentury w psychiatrii. Projekt uwzględniał przyjmowane wtedy założenia dla rezydentur w tzw. specjalnościach podstawowych.

Jedną z nich miała stać się psychiatria, natomiast na liście tych specjalności nie znalazła się psychiatria dzieci i młodzieży. Oznaczało to wprowadzenie do programu rezydentury w psychiatrii obligatoryjnych i fakultatywnych staży z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży oraz skrócenie staży w zakresie psychiatrii dorosłych. Projekt został zaakceptowany przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, nadzór specjalistyczny oraz specjalizujących się w psychiatrii.

Jednak, mimo upływu lat, szkolenie specjalizacyjne jest nadal realizowane wg starych, nie zmienionych zasad i programów. Taki stan rzeczy uważamy za wysoce niezadowalający, ponieważ:

1. jest niezgodny z modelem psychiatrycznej opieki zdrowotnej wpisanym do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z 19 sierpnia 1994 r. oraz przyjętym do realizacji „Programem ochrony zdrowia psychicznego”,

2. dotychczasowy tryb i programy szkolenia w psychiatrii i psychiatrii dzieci i młodzieży są już przestarzałe – koncentrują się na wiedzy i doświadczeniach gromadzonych w toku staży szpitalnych w szpitalach, a pomijają umiejętności konieczne w pracy środowiskowej i ambulatoryjnej, dostępne w toku staży w pozaszpitalnych jednostkach psychiatrycznych lub opierają się na nich w niedostatecznym stopniu,
3. umożliwiałoby uzyskiwanie pierwszego, a następnie drugiego stopnia specjalizacji na podstawie szkolenia w peryferyjnie usytuowanych szpitalach psychiatrycznych, także tych, które nie dysponują niezbędnymi do tego kadrami i warunkami,
4. umożliwiałoby kierowanie specjalizacją osobom nie gwarantującym jego dostatecznej jakości, np. ordynatorom zatrudnionym w takim szpitalu od 20 lat i niezbyt zainteresowanym uzupełnianiem nabytych wiadomości i umiejętności.

Przygotowany projekt programu rezydentury w psychiatrii spełnia warunki nowoczesności i odpowiada standardom programu rezydentury w krajach Unii Europejskiej z zastrzeżeniem, że rezydentura winna trwać 5 lat (program Kolegium, zgodnie z wytycznymi MZiOS, przewidywał szkolenie przez 54 miesiące).

Polskie Towarzystwo Psychiatryczne wspólnie z Instytutem Psychiatrii i Neurologii, krajowym nadzorem w dziedzinie psychiatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży zwróciło się do dyrektora Departamentu Nauki MZiOS z interwencją w tej sprawie.

STOSOWANIE PLACEBO

W ostatnich miesiącach pojawił się ponownie problem badania leków psychotropowych z zastosowaniem procedury placebo (zwykle w podwójnie ślepej próbie). Przedstawiciele niektórych firm specjalizujących się w organizowaniu badań klinicznych intensywnie namawiają do udziału w takich programach podkreślając przy tym ich niezbęd-

ność dla rejestracji leków w Polsce. Problem jest nader ważny i zasługuje na komentarz. Regulacje prawne pomijają tę sprawę, dotyczy to również kodeksów deontologicznych oraz deklaracji i uchwał międzynarodowych. Jak wiadomo, głównym celem stosowania placebo jest wykluczenie lub określenie niespecyficznego wpływu czynników związanych z procedurą każdego postępowania terapeutycznego, w danym przypadku stosowania leku, i co za tym idzie – uzyskanie rzetelnych dowodów, że badany preparat rzeczywiście wykazuje specyficzne działanie terapeutyczne. Przesłanki merytoryczne stosowania placebo są więc uzasadnione, tym bardziej, że – jak wynika z wieloletnich obserwacji – niektóre leki uchodzące za aktywne i skuteczne, okazały się środkami mało wartościowymi, których działanie lecznicze wiązało się głównie z efektem placebo (cena tych leków była oczywiście wielokrotnie większa niż koszt placebo). W niektórych sytuacjach klinicznych, zwłaszcza w stanach, w których oddziaływaniom psychoterapeutycznym i czynnikom związanym z sugestią przypada podstawowe lub duże znaczenie, pominięcie omawianej procedury mogłoby być źródłem fałszywie pozytywnych wyników, dezinformacji, strat materialnych. Dotyczy to m.in. części zaburzeń nerwicowych, niektórych zaburzeń snu, zaburzeń procesów poznawczych, zwłaszcza pamięci. Stosowanie (okresowe) placebo w tych zaburzeniach, w toku badania nowych leków, na ogół nie budzi poważniejszych zastrzeżeń natury etycznej i prawnej, chociaż mogą tu pojawić się różne zastrzeżenia i ograniczenia. Lekarz powinien odpowiedzieć na kilka pytań. Czy wolno mu narażać pacjenta na dyskomfort związany z odczuwanymi dolegliwościami? Jak długo taki dyskomfort może być utrzymywany? Jakie następstwa mogą wynikać z utrzymujących się zaburzeń? Czy nie wchodzi w grę alternatywne sposoby rzetelnej oceny nowego leku? Sprawa jeszcze bardziej komplikuje się, gdy w grę wchodzi zaburzenia depresyjne o dużym nasileniu, zaburzenia psychotyczne, nasilony lęk i niepokój. Stoso-

wanie placebo w takich sytuacjach należy wyeliminować lub ograniczyć do minimum (w tym długość stosowania), tym bardziej, że wpływ terapeutyczny czynników związanych z efektem placebo w tych stanach nie jest znaczny, a ponadto można tu wykorzystać do porównań leki standardowe o ustalonej pozycji terapeutycznej, nie pozbawiając chorego pomocy leczniczej.

Z procedurą placebo integralnie wiąże się problem informowania pacjenta o jej stosowaniu. Przekazanie informacji, że pacjent zamiast leku czynnego będzie przyjmował okresowo lub przez dłuższy czas substancję nieczynną może wydatnie wpływać na wyniki terapii, jednak pominięcie takiej informacji jest wprowadzeniem w błąd pacjenta, a więc nadużyciem.

STANDARDY DIAGNOSTYKI I TERAPII W PSYCHIATRII

Trwają prace nad drugim wydaniem „Zasad rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych”, których celem jest przybliżenie kryteriów diagnostycznych zawartych w 10 wersji „Międzynarodowej klasyfikacji chorób”. Opublikowany na początku 1997 r. podręcznik do tej klasyfikacji również służy ujednoczeniu klinicznych kryteriów diagno-

stycznych zaburzeń psychicznych. Zaawansowane są również prace prowadzone w Instytucie Psychiatrii i Neurologii, przy współpracy z Zarządem Głównym PTP, dotyczące standardów farmakoterapii i psychoterapii w psychiatrii. Mamy nadzieję, że II wydanie „Zasad...” zawierać będzie standardy terapii zaburzeń schizofrenicznych i urojeniowych, zaburzeń lękowych, zaburzeń afektywnych. Wdrożenie takich standardów, poza przesłankami ściśle klinicznymi, wiąże się z reformą ubezpieczeń i nowymi zasadami refundowania kosztów leczenia.

Kończąc – pragnę jeszcze raz podkreślić, że obecnie najważniejszym zadaniem konsultantów regionalnych i wojewódzkich jest nadzór nad wdrażaniem „Docelowej sieci publicznych zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej”, której realizacja jest podstawowym warunkiem unowocześnienia polskiej psychiatrii. Bez modernizacji struktury organizacyjnej i bazy – rozważania o przestrzeganiu praw człowieka w leczeniu psychiatrycznym powracać będą jak bumerang. Obowiązkiem konsultantów regionalnych i wojewódzkich jest zamieszczanie w sprawozdaniach rocznych informacji o realizacji docelowej sieci, a również bieżące informowanie o pojawiających się trudnościach.

*Adres: Prof. Stanisław Pużyński,
IPiN, Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa*