

NARADA KONSULTANTÓW WOJEWÓDZKICH I REGIONALNYCH W DZIEDZINIE PSYCHIATRII, WARSZAWA, 6-7 GRUDNIA 1995 R.

2. Streszczenia krótkich wystąpień

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

2. Summaries of brief presentations

O współpracy szpitali psychiatrycznych i sądów rodzinnych w zakresie realizacji przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego

Collaboration between mental hospitals and family courts in the implementation of the Mental Health Act regulations.

JOANNA BANASIEWICZ

Z Departamentu Spraw Rodzinnych i Nieletnich Ministerstwa Sprawiedliwości w Warszawie

W I półroczu 1995 do sądów rejonowych wpłynęło 5200 spraw z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, z czego rozpoznano 4474 sprawy. Spośród 2214 spraw zakończonych orzeczeniem merytorycznym, w 2078 przypadkach uwzględniono w całości lub w części żądanie, a jedynie w 120 sprawach (5.4%) orzeczenie było negatywne (oddalenie wniosku lub niestwierdzenie przesłanek do umieszczenia w szpitalu bez zgody pacjenta w sprawie wszczętej z urzędu). Spośród spraw o umieszczenie w zakładzie psychiatrycznym bez zgody pacjenta zdecydowaną większość stanowiły sprawy dotyczące art. 23 ust. 1 ustawy.

Nie bagatelizując sygnałów o niekiedy długotrwałych postępowaniach sądowych w sprawach z Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (dotyczy to przede wszystkim spraw wnioskowych), stwierdzić należy, że w zasadzie sprawy te rozpoznawane są sprawnie i traktowane priorytetowo. Za I półrocze w 1995 r. sprawność postępowania w tych sprawach wynosi 0,7 miesiąca, a w sprawach rozpoznawanych z urzędu - 0,5 miesiąca, co oznacza, że postępowania trwają około 14 dni.

Praktyka sądów, co do miejsca, w jakim odbywają się rozprawy (sąd lub szpital psychiatryczny) nie jest jednorodna, a na podejmowane w tym względzie decyzje mają wpływ zarówno okoliczności leżące po stronie sądów, jak i szpitali. Oczywistym jest, że z punktu widzenia praw pacjentów pożądaną jest rozpoznawanie tych spraw w szpitalach, co daje maksymalną możliwość bezpośredniego uczestniczenia przez nich w rozprawach. Zgodnie jednak z art. 151 kodeksu postępowania cywilnego zasadą jest, że posiedzenia sądowe odbywają się w budynku sądowym. Ewentualna decyzja o odbyciu rozprawy w innym miejscu każdorazowo należy wyłącznie do sędziego. Wizytacje sądów oraz kontrola przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi przeprowadzane przez sędziów w szpitalach psychiatrycznych na podstawie art. 43 ust. 1 ustawy pozwalają stwierdzić, że występujące w tym zakresie uchybienia nie mają zasadniczego charakteru i są sporadyczne. Sędziowie zwracają często uwagę na niezwykle trudne warunki bytowe pacjentów szpitali psychiatrycznych.

Regulacja prawna dotycząca obserwacji sądowo-psychiatrycznej

Legal regulations concerning psychiatric observation on the court decision

DANUTA HAJDUKIEWICZ, LESZEK CISZEWSKI

Z Kliniki Psychiatrii Sądowej IPiN w Pruszkowie

W obowiązujących przepisach prawnych brak uregulowań odnoszących się do miejsca gdzie mają być prowadzone obserwacje sądowo-psychiatryczne - zarówno osób pozbawionych wolności, jak i odpowiadających z tzw. "wolnej stopy".

Analiza odpowiedzi ze szpitali psychiatrycznych, oddziałów przy szpitalach ogólnych i klinikach pozwala sformułować następujące wnioski:

- (1) Wszystkie wyżej wymienione zakłady prowadzą i wyrażają dalszą gotowość prowadzenia obserwacji sądowo-psychiatrycznych osób nie pozbawionych wolności.
- (2) Żaden ze szpitali psychiatrycznych nie ma zabezpieczeń skutecznie uniemożliwiających samouwolnienie się z nich osób pozbawionych wolności.
- (3a) Obserwacje części (wyselekcjonowanych) osób pozbawionych wolności chce prowadzić 6 szpitali psychiatrycznych posiadających oddziały psychiatrii sądowej i Klinika Psychiatrii Sądowej w Pruszkowie (razem 7)

oraz 17 szpitali w ramach oddziałów subrejonowych, co wydaje się uzasadnione.

- (3b) 5 oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych deklaruje chęć prowadzenia obserwacji osób pozbawionych wolności, co w opinii konsultantów regionalnych, jak i autorów tego opracowania wydaje się kontrolersyjne.
- (4) W przypadku uzyskania informacji sugerujących możliwość podejmowania prób ucieczek i poważnych trudności ze strony osób pozbawionych wolności przebywających na obserwacji (kontakty z grupą przestępczą, członkowie mafi, przejawy stereotypów zachowań agresywnych) winno się je kierować do oddziałów psychiatrii sądowej przy aresztach śledczych.

Powyższe wnioski stanowią wprowadzenie do dyskusji nad wykazem zakładów opieki zdrowotnej podległych Ministrowi Zdrowia i Opieki Społecznej - jednego dla osób pozbawionych wolności, drugiego dla osób bez aresztu.

O leczeniu uzależnień lekowych

Current situation of the drug treatment system

ELŻBIETA STEINBARTH-CHMIELEWSKA

Z Oddziału Uzależnień Zespołu Profilaktyki Leczenia Uzależnień IPiN w Warszawie

Dane z leczenia stacjonarnego w 1994 roku wskazują na wzrost o 10.4% liczby leczonych w stosunku do roku poprzedniego. Należy podkreślić fakt, że w latach 1990-1994, po okresie kilkuletniej względnej stabilizacji odnotowano postępujący wzrost rozpowszechnienia narkomanii w Polsce. Odpowiednie wskaźniki wykazują prawie dwukrotny wzrost: od 1989 r. - 6,98/100 tys., do 1994 r. - 12,12/100 tys.

Podstawowymi placówkami leczenia uzależnień lekowych są poradnie specjalistyczne lub punkty konsultacyjne, oddziały detoksykacyjne i ośrodki rehabilitacyjne. W 1994 r. funkcjonowały 32 poradnie i 18 punktów konsultacyjnych Monaru. W 11 województwach dotychczas nie zorganizowano żadnych specjalistycznych placówek typu ambulatoryjnego. W 1994 roku funkcjonowało 12

oddziałów detoksykacyjnych w 11 województwach.

Istnieją 32 ośrodki rehabilitacyjne zorganizowane przez służbę zdrowia, Monar oraz TZN. Wśród nich 5 przeznaczonych jest dla młodzieży do lat 18.

Poważnym problemem są pacjenci zakażeni HIV, wymagający często w związku z chorobami towarzyszącymi leczenia przez innych specjalistów.

Organizacja i modele leczenia uzależnień lekowych wymagają reorganizacji. Dotychczasowe leczenie oparte o leczenie stacjonarne jest mało efektywne i bardzo kosztowne. Niezbędny jest rozwój leczenia na bazie ambulatoryjnej przy wspomaganiu metadonem, tym bardziej, że ponad 75% leczonych - to osoby leczone uzależnione od opiatów.

Podstawowe zadania pomocy społecznej wynikające z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego

Basic tasks of social welfare services in the light of the Mental Health Act

JERZY GIERLACKI

Z Departamentu Pomocy Społecznej Ministerstwa Pracy i Polityki Socjalnej w Warszawie

Osoby z zaburzeniami psychicznymi wymagające wsparcia mogły je uzyskiwać w ramach pomocy społecznej do 1994 roku na zasadach przewidzianych Ustawą z dnia 29 listopada 1990 roku o pomocy społecznej. Dostęp wielu osób z zaburzeniami psychicznymi do niektórych form pomocy, zwłaszcza usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, był jednak utrudniony, m.in. z powodu braku podmiotów wyspecjalizowanych w ich udzielaniu.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego wyznaczyła pomocy społecznej nowe zadania. Jednostki organizacyjne i inne podmioty działające na podstawie ustawy o pomocy społecznej w porozumieniu z zakładami psychiatrycznej opieki zdrowotnej będą organizować na obszarze swojego działania oparcie społeczne. Polega ono w szczególności na podtrzymywaniu i rozwijaniu umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, organizowaniu w środowisku społecznym pomocy ze strony rodziny, innych grup, organizacji społecznych i instytucji oraz udzielaniu pomocy finansowej, rzeczowej oraz innych świadczeń na zasadach określonych w Ustawie o pomocy społecznej, dostosowanych do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi. Np. pomoc mieszkaniowa, jako forma usługi opiekuńczej może polegać m.in. na udostępnieniu

miejsca w środowiskowym domu samopomocy. Domy takie stosownie do potrzeb będą organizowane, prowadzone i finansowane przez organy do spraw pomocy społecznej na zasadach określonych w przepisach Ustawy o pomocy społecznej. Dla osób z zaburzeniami psychicznymi, które nie będą zdolne do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i nie będą miały możliwości korzystania z opieki innych osób, a nie wymagają leczenia szpitalnego będą organizowane przez wojewodów domy pomocy społecznej.

Minister Pracy i Polityki Socjalnej w porozumieniu z Ministrem Zdrowia i Opieki Społecznej opracowują ostateczną wersję docelowej sieci domów pomocy społecznej dla osób psychicznie chorych oraz środowiskowych domów samopomocy, która ma być zrealizowana przez wojewodów do 20 stycznia 2005 roku. Jedną z głównych barier rozwoju pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi będzie zbyt mała liczba pracowników pomocy społecznej przygotowanych do pracy z tymi osobami. W tej sytuacji konieczne jest współdziałanie pracowników służb pomocy społecznej z pracownikami służby zdrowia w organizowaniu specjalistycznych szkoleń dla pracowników pomocy społecznej.

Stan psychiatrii dzieci i młodzieży w Polsce

Current state of child and adolescent psychiatry in Poland

IRENA NAMYSŁOWSKA

Z Krajowego Zespołu Konsultanta Medycznego w dziedzinie Psychiatrii Dzieci i Młodzieży

Psychiatrię dzieci i młodzieży w Polsce charakteryzuje:

- (1) dramatyczne różnicowanie pomiędzy regionami - są regiony prawie pozbawione służb psychiatrycznych (np. województwo suwalskie) oraz regiony o drastycznym nadmiarze łóżek (np. województwo warszawskie).
- (2) dominująca (poza regionem Krakowskim) orientacja typowa dla neuropsychiatrii dziecięcej traktująca szpital jako główne miejsce leczenia.

(3) stosunkowo mały rozwój służb pośrednich w leczeniu dzieci i młodzieży (brak oddziałów dziennych, hosteli itp.).

(4) brak kadry psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży - liczba psychiatrów specjalistów psychiatrii rozwojowej wynosi niewiele ponad sto. Wiąże się to z faktem, iż tylko w niektórych akademiach medycznych psychiatria rozwojowa jest przedmiotem uwzględnionym w szkoleniu przeddyplomowym.

Ostatnia wersja projektu docelowej sieci publicznych zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej

The final version of the project on the target network of state-sponsored psychiatric facilities

WANDA LANGIEWICZ

Z Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia IPiN w Warszawie

Powstanie projektu wynika z zapisu art. 55 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Omawiana wersja uwzględnia zarówno podstawowe założenia zawarte w Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego, jak i większość uwag oraz propozycji środowisk psychiatrycznych i administracji poszczególnych województw.

Projekt dotyczy placówek psychiatrycznej i odwykowej opieki całodobowej i środowiskowej. Przewiduje następujące zmiany w *opiece szpitalnej*:

- w całej opiece szpitalnej, w ramach wyrównywania różnic w dostępności, powstanie wielu nowych placówek, głównie przy szpitalach ogólnych, na łączną liczbę prawie 6,3 tys. łóżek, przy równoległym zmniejszeniu dużych szpitali o ponad 12 tys. łóżek; obecna liczba 33,3 tys. łóżek ulegnie redukcji o prawie 18%,

- w psychiatrycznej opiece szpitalnej dla dorosłych zaplanowano spadek liczby łóżek o 6,7 tys., tj. prawie o 1/4,
- w opiece szpitalnej dla dzieci z zaburzeniami psychicznymi (obecnie w 17 województwach), przewidziano powstanie oddziałów w kolejnych 7 województwach i zredukowanie zbyt dużej bazy łóżkowej w kilku funkcjonujących ośrodkach,
- zwiększone możliwości szpitalnego leczenia młodzieży z zaburzeniami psychicznymi zaplanowano poprzez potrojenie obecnej liczby oddziałów, tj. z 9 (w 6 województwach) do 27 (w 21 województwach),
- opiekę dla uzależnionych od alkoholu docelowo powinno zapewnić prawie 3,6 tys. łóżek we wszystkich województwach, tj. o 13% więcej niż obecnie. Około 20% przewidziano na cele detoksykacyjne,

- dwukrotnie zwiększoną liczbę łóżek dla uzależnionych od środków psychoaktywnych (z 393 do 792) przewidziano przede wszystkim na cele detoksykacyjne. Uzależnieni mogą także korzystać z pomocy 21 ośrodków Monaru działających na obszarze 17 województw i dysponujących około 600 łózkami.
- w opiece ambulatoryjnej przewidziano stosunkowo niewielki przyrost obu rodzajów poradni - w przypadku PZP o 22, a PO - o 42; dość gęsta ich sieć (PZP - 523, PO - 418) wymaga przede wszystkim wzmocnienia kadrowego - tak, by liczne nadal tzw. poradnie dojazdowe (około 40%) przekształciły się w poradnie dostępne przez cały tydzień,
- poprawę dostępności ambulatoryjnej opieki dla dzieci i młodzieży zapewni znacznie zwiększona (z 90 do 160) liczba poradni,
- poradnie dla uzależnionych od środków psychoaktywnych - ogółem około 100 - powinny działać we wszystkich województwach,
- psychiatryczne oddziały dzienne dla dorosłych, których jest 72 (1640 miejsc), działają w połowie województw; projekt przewiduje potrojenie ich liczby, tj. do 238 (4706 miejsc),
- oddziały dzienne odwykowe dla uzależnionych od alkoholu działają jedynie w 11 województwach (15 oddziałów - 219 miejsc); docelowo przewiduje się powstanie 88 takich placówek na łączną liczbę 1421 miejsc, w prawie wszystkich województwach,
- liczba oddziałów dziennych dla dzieci i młodzieży powinna wzrosnąć do 2005 roku z obecnych 13 (386 miejsc) do 105 (1778 miejsc),
- zespoły opieki środowiskowej i leczenia domowego zorganizowano dotychczas jedynie w 13 miastach; do roku 2005 powinno ich powstać 141, tj. prawie sześciokrotnie więcej niż obecnie (25).

Aktualny stan i propozycje w sprawie szkolenia podyplomowego w psychiatrii

Current state and propositions for post-graduate training in psychiatry

JACEK WCIÓRKA

Z I Kliniki Psychiatrycznej IPiN w Warszawie

Można mówić o trzech poziomach kształcenia zawodowego psychiatrów: podstawowym (specjalizacja), ustawicznym (podtrzymującym osiągnięty poziom) i zaawansowanym (osób odpowiedzialnych za kierowanie pracą i szkoleniem innych, tj. ordynatorów oddziałów i kierowników poradni). *Specjalizowanie się* przebiega według znanych (i słusznie krytykowanych) zasad. Przygotowany już projekt jednostopniowej specjalizacji w ramach rezydentury został skutecznie uśpiony przez MZiOS i obecnie trudno tu cokolwiek przewidywać. Specjalizujący się mają obecnie do dyspozycji coraz bardziej wszechstronny wybór podręczników, 3 czasopisma oraz cykl krótkoterminowych kursów CMKP. *Kształcenie ustawiczne* jest, jak dotąd, pozostawione własnej ambicji i pracowitości specjalistów, pozbawione jest mechanizmów kontrolnych - warto pomyśleć o systemie pun-

któw edukacyjnych, który pozwoliłby egzekwować niezbędne minimum zainteresowań i unowocześniania swej wiedzy przez specjalistów. Coraz liczniej organizowane ostatnio konferencje naukowe i szkoleniowe ułatwiają to. Szczególnie ważne zadanie *szkolenia osób pełniących funkcje kierownicze* - zmaterializuje się od roku 1997 w postaci obowiązkowych jednodniowych konferencji szkoleniowych organizowanych centralnie. W pierwszym roku przewidywane są konferencje z zakresu chorób afektywnych i schizofrenii. Tak więc w najbliższych latach powstaną warunki do wyrównania proporcji między dostępnością szkolenia (podręczniki i monografie, czasopisma, kursy, konferencje) a systemem egzekwowania korzystania zeń (egzamin specjalizacyjny, punkty edukacyjne, obowiązkowe szkolenia pełniących funkcje kierownicze).