



Narada konsultantów wojewódzkich w dziedzinie psychiatrii oraz konsultantów wojewódzkich w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, Warszawa, 28 czerwca 2002 r.

*Meeting of Regional Consultants in Psychiatry and Regional Consultants
in Child and Adolescent Psychiatry, Warsaw, 28 June 2002*

Aktualne problemy psychiatrycznej opieki zdrowotnej i zadania konsultantów wojewódzkich

*The current problems of mental health care and the responsibilities
of regional consultants*

STANISŁAW PUŻYŃSKI*

Z II Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

RZĄDOWY (NARODOWY) PROGRAM OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Instytut Psychiatrii i Neurologii, Konsultant Krajowy w Dziedzinie Psychiatrii i Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego wielokrotnie zgłaszały postulat ustanowienia Rządowego (Narodowego) Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego oraz potrzebę „umocowania” prawnego takiego programu (najlepiej w drodze nowelizacji w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego).

Jak dotychczas nasze wysiłki nie zostały uwieńczone sukcesem prawdopodobnie głównie z przyczyn ekonomicznych. Sądzę, że niezbędne są dalsze działania zmierzające do nadania właściwej rangi temu Programowi, co byłoby zgodne z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia i oczekiwaniami społecznymi.

Zapisy zawarte w Strategicznych Kierunkach Działań Ministra Zdrowia: „Narodowa Ochrona Zdrowia” w latach 2002-2003 dotyczą jedynie fragmentów zagadnień związanych z ochroną zdrowia psychicznego.

W sprawie ustanowienia Rządowego (Narodowego) Programu występowałem wielokrotnie do ministrów zdrowia w latach 2000-2002, postulat w tej sprawie zgłaszałem dwukrotnie Sejmowej Komisji Zdrowia.

PRZESTRZEGANIE PRAW OSÓB CHORYCH PSYCHICZNIE W SZPITALACH PSYCHIATRYCZNYCH

Chociaż wprowadzenie Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego przyczyniło się wydatnie do poprawy przestrzegania praw osób chorych psychicznie w naszym kraju – prowadzona przez Instytut Psychiatrii i Neurologii ocena realizacji ustawy wskazuje, że węzłowe dla ochrony tych praw zapisy dość często nie są przestrzegane, dotyczy to m.in. przyjęć bez zgody, stosowania przymusu bezpośredniego, zasady wyrażania zgody na stosowane metody terapii i in.

Ocenę taką potwierdzają kontrole NIK (w tym w woj. dolnośląskim). Na poważne nieprawidłowości na tym polu wskazują też publikacje prasowe (w tym roku już kilka).

* Konsultant Krajowy w dziedzinie Psychiatrii.

Nadzór nad przestrzeganiem praw osób chorych psychicznie w szpitalach psychiatrycznych należy uznać za priorytetowe zadania konsultantów wojewódzkich. Sądzę, że zachodzi też pilna potrzeba zatrudniania rzeczników praw chorych w szpitalach psychiatrycznych.

DOCELOWA SIEĆ ZAKŁADÓW PSYCHIATRYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Opracowana w 2001 r., zmodyfikowana (dostosowana do zmiennego podziału administracyjnego kraju) docelowa sieć psychiatrycznej opieki zdrowotnej oczekuje w Ministerstwie Zdrowia na dalsze decyzje (stosownie do art. 55 ust. 1 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego powinna być opublikowana w formie rozporządzenia).

Wyjaśnienia i uściślenia wymagają relacje pomiędzy wspomnianą „siecią” a „krajową siecią szpitali publicznych”, o której mowa w dokumencie „Narodowa Ochrona Zdrowia – strategiczne kierunki działań Ministra Zdrowia w latach 2002-2003”.

SYTUACJA FINANSOWA SZPITALI PSYCHIATRYCZNYCH

W pierwszej połowie 2002 r. sytuacja nie zmieniła się w porównaniu z rokiem ubiegłym, w części szpitali uległa nawet pogorszeniu – narasta zadłużenie niektórych szpitali i zagrożenie ich dalszej działalności (m.in. w woj. dolnośląskim). Utrzymuje się brak środków na niezbędne prace remontowe i niezbędny sprzęt, liczne szpitale nie stać na zakupienie leków psychotropowych drugiej generacji.

Działalność dyrekcji wielu szpitali jest ukierunkowana na przetrwanie, zaś ich restrukturyzacja ulega zahamowaniu (m.in. z powodu braku środków finansowych na niezbędne, niekiedy niezbyt kosztowne prace adaptacyjne oddziałów, które mogłyby być przeznaczone na oddziały lub zakłady leczniczo-opiekuńcze).

W związku z planowaną w przyszłym roku zmianą sposobu finansowania opieki zdrowotnej (likwidacja kas chorych, ustanowienie Narodowego Funduszu Zdrowia wraz z oddziałami wojewódzkimi) pragnę zachęcić konsultantów wojewódzkich do pilnego określenia aktualnych potrzeb z zakresu psychiatrycznej opieki zdrowotnej w województwach oraz ich zgłoszenie do zarządów Funduszu. Konsultanci wojewódzcy nie mogą być pominięci przy decyzjach dotyczących kontraktowania usług z zakresu psychiatrii.

AMBULATORYJNA PSYCHIATRYCZNA OPIEKA ZDROWOTNA

Utrzymuje się dezintegracja szpitalnej i ambulatoryjnej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, wywierająca przemożny wpływ na ciągłość opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi.

W licznych poradniach zdrowia psychicznego okres oczekiwania na wizytę jest długi (wielotygodniowy).

Proces prywatyzacji poradni często nie idzie w parze z poprawą zakresu i jakości świadczeń, zdarza się, że jest wręcz przeciwnie – zakres usług ulega zawężeniu do tych, które są opłacalne.

Psychoterapia jest coraz częściej dostępna za pieniądze chorych, co powoduje utrwalanie biologicznego modelu terapii zaburzeń psychicznych.

ODDZIAŁY PSYCHIATRYCZNE PRZY SZPITALACH OGÓLNYCH

Do pozytywnych wydarzeń w latach ostatnich należy dynamiczny rozwój oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych, które w świetle Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego powinny zapewniać opiekę szpitalną osobom z zaburzeniami psychicznymi. Potencjalne możliwości w tym zakresie stworzył przeprowadzony w ramach programu restrukturyzacji, przegląd zasobów całego leczenia. Ujawnił on duże rezerwy w szpitalach ogólnych, które, przy

sprzyjającej gotowości kas do kontraktowania świadczeń, wykorzystano m.in. na tworzenie nowych oddziałów psychiatrycznych. Zrównanie w ramach reformy praw zakładów prywatnych z publicznymi spowodowało powstanie pierwszych trzech oddziałów niepublicznych, z którymi kasy chorych zawarły umowy na nieodpłatne dla pacjentów świadczenia zdrowotne. Ogółem w latach 1999-2002 zorganizowano 21 nowych oddziałów psychiatrycznych, publiczne w: Łomży, Rabce, Janowie Lubelskim, Aleksandrowie Kujawskim, Przasnyszu, Nowej Dębie, Sosnowcu, Ciechanowie, Siedlcach, Tomaszowie Mazowieckim, Kolnie, Gryfinie, Miłowodach, Katowicach-Ochojcu (kliniczny), Hajnówce, w Lipsku n. Wisłą, Grajewie i Warszawie (Szpital Bielański), oraz niepubliczne w: Miastku, Szczecinku, Człuchowie. Otwarto także 4 nowe oddziały odwykowe w: Bydgoszczy, Radziejowie, Krośnie i Węgorzewie.

Zadania konsultantów: nadzór nad działalnością merytoryczną (diagnostyka, terapia) tych oddziałów, ochrona przed likwidacją (pojawiły się sygnały, że takie próby są podejmowane).

ZAKŁADY (ODDZIAŁY) LECZNICZO-OPIEKUŃCZE

Wciąż nierozwiązanym problemem jest finansowanie zakładów opiekuńczo-leczniczych. Oddziały o charakterze opiekuńczym są szczególnie zalecaną formą przekształceń bazy szpitalnej, także psychiatrycznej.

Do końca 2001 r. 12 szpitali psychiatrycznych przeznaczyło łącznie ok. 2500 łóżek na zorganizowanie takich oddziałów. Brak właściwych uregulowań dotyczących ich finansowania może w istotnym stopniu ten proces zahamować. Kasy regionalne kontraktowały świadczenia na poziomie 40-50% rzeczywistych kosztów pobytu pacjentów w oddziałach opiekuńczo-leczniczych, ponieważ zgodnie z art. 31a ust. 3 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym

„Kasy chorych nie finansują kosztów wyżywienia i zakwaterowania ubezpieczonego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym. Koszty te finansowane są na podstawie odrębnych przepisów”. Bardzo niskie dochody osobiste (renty, zasiłki) osób przebywających w tych oddziałach, stanowiące podstawę potrąceń na koszty wyżywienia i zakwaterowania, pokrywają średnio jedynie ok. 15% dziennego kosztu pobytu (pozwalają na dopłatę w granicach 8-10 zł do „osobodnia”). W rezultacie dzienna stawka kształtuje się znacznie poniżej kosztów rzeczywistych. Pobyt pacjentów w tej formie opieki jest w tej sytuacji kredytowany przez szpitale.

DOMY POMOCY SPOŁECZNEJ

Psychiatryczna pomoc osobom z zaburzeniami psychicznymi przebywającym w domach pomocy społecznej od dawna budzi zastrzeżenia, w domach tych często brakuje psychiatry, jeżeli jest zatrudniony – ilość czasu, który może poświęcić podopiecznym jest dalece niewystarczająca (np. w Górze Kalwarii na 737 pensjonariuszy, wśród których 63% stanowią osoby z zaburzeniami psychicznymi, zatrudniony jest psychiatra w wymiarze $\frac{3}{4}$ etatu). Osoby przebywające w takich domach często otrzymują duże dawki leków psychotropowych, nierzadko bez istotnych wskazań, pospolitym zjawiskiem jest polipragmazja. Poprawie sytuacji nie sprzyja brak uprawnień konsultantów wojewódzkich do sprawowania nadzoru specjalistycznego w domach pomocy społecznej.

Zwracam się z prośbą do konsultantów wojewódzkich o informowanie wojewodów o istniejących trudnościach i nieprawidłowościach w działalności domów pomocy społecznej.

PSYCHIATRIA SĄDOWA I ORZECZ- NICTWO SĄDOWO-PSYCHIATRYCZNE

Poziom orzecznictwa, zwłaszcza w sprawach karnych, od wielu lat budzi zastrzeże-

nia, dotyczy to zarówno treści orzeczeń, jak również ich formy.

W latach ostatnich pojawił się (a może raczej – narósł) nowy problem w postaci nadużywania rozpoznań psychiatrycznych w interesie oskarżonych. Zjawisko to ma prawdopodobnie charakter marginalny i brak jest podstaw aby oskarżać ogół orzekających psychiatrów o nadużycia, tym niemniej pojawiające się w prasie informacje muszą głęboko niepokoić (tytuły: „Chorzy gangsterzy” – *Życie*, „Ośmiornica w depresji” – *Życie*, „Skrupulatnie z tą depresją – fikcyjna choroba” – *Gazeta Wyborcza*, „Depresja gangstera” – *Gazeta Wyborcza*, „Jak lekarzki pomagały gangsterom – aresztowania w Lublinie” – *Gazeta Wyborcza*).

Problemem, który rzutuje na sprawy związane z orzecznictwem sądowo-psychiatrycznym jest wynagradzanie biegłych oraz pokrywanie przez sądy i prokuratury kosztów obserwacji sądowo-psychiatrycznych. Liczne sądy i prokuratury nie wywiązują się z obowiązku terminowego regulowania należności, narastają zaległości płatnicze zarówno wobec szpitali, jak też indywidualnych biegłych, w związku z tym niektóre szpitale odmawiają przyjęć na obserwacje sądowo-psychiatryczne. W tej sprawie Instytut wielokrotnie interweniował w Ministerstwie Sprawiedliwości nie zyskując satysfakcjonującej odpowiedzi.

Obecnie trwają prace nad ustawą o biegłych sądowych oraz rozporządzeniem wykonawczym w sprawie wynagradzania biegłych (w tym stawek za poszczególne czynności). Można mieć nadzieję, że drażliwy problem wynagradzania biegłych znajdzie właściwe rozwiązanie.

Realizacja zapisów zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia dotyczącym środka zabezpieczającego przebiega na ogół sprawnie:

- czynne są wszystkie trzy regionalne ośrodki psychiatrii sądowej,

- trwają prace adaptacyjne w kilku ośrodkach o średnim stopniu zabezpieczenia (finansowane ze środków Ministra Zdrowia),
- zakończono remont kapitalny obiektu w Garwolinie – będzie to pierwszy ośrodek w kraju przeznaczony dla młodzieży. Termin uruchomienia 1.01.2003 r.).

STANDARDY DIAGNOSTYKI I TERAPII

Kontynuowane jest wydawanie zbiorowego opracowania trzytomowego podręcznika psychiatrii (III tom ukaze się w IV kwartale br.). Podręcznik ten powinien przyczynić się do ujednoczenia zasad rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych. Temu ostatniemu celowi służą też standardy terapii zaburzeń psychicznych. Obecnie kontynuowane są prace nad drugą, aktualną wersją standardów (przewidywany termin zakończenia – III kwartał br., opublikowanie zaś – IV kwartał).

W latach ostatnich ukazało się kilkadziesiąt opracowań monograficznych, zbiorów prac poświęconych niemal wszystkim najważniejszym problemom psychiatrii klinicznej. Ukazuje się 8 czasopism o tematyce psychiatrycznej, można więc stwierdzić, że dostępność źródeł wiedzy z zakresu psychiatrii klinicznej jest w pełni wystarczająca, odrębnym problemem jest wykorzystywanie zawartych tam informacji w praktyce klinicznej.

POZIOM DIAGNOSTYKI I TERAPII

Wrywkowa analiza dokumentacji lekarskiej, przeprowadzona w toku wizytacji szpitali psychiatrycznych w 2001 r. nie wykazała istotnych nieprawidłowości w zakresie postępowania diagnostycznego i terapeutycznego. Wciąż utrzymuje się tendencja do polipragmatyzacji, łącznego stosowania kilku leków psychotropowych, bez uwzględniania potencjalnych interakcji, niekiedy niewskazanych lub szkodliwych.

DOŚPIĘPNOŚĆ LEKÓW PSYCHOTROPOWYCH

Zmiany w listach refundacyjnych w sposób istotny nie wpłynęły na dotychczasową dostępność leków psychotropowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza chorych psychicznie.

Cena leków psychotropowych drugiej generacji (zarówno przeciwpsychotycznych, jak też przeciwdepresyjnych) często przekracza możliwości nabywcze wielu chorych, co oznacza, że leki lepiej tolerowane, bezpieczniejsze w stosowaniu są wciąż dostępne głównie osobom zamożnym.

Stanowisko konsultanta krajowego w tej sprawie było przedstawione wielokrotnie Ministerstwu Zdrowia w okresie minionych kilku lat. Sądzę, że leki psychotropowe niezbędne do zgodnej z postępem wiedzy terapii powinny być udostępniane osobom chorym psychicznie nieodpłatnie.

SPECJALIZACJE, SZKOLENIE PODYPLOMOWE

Aktualnie odbywa specjalizację z zakresu psychiatrii w nowym trybie ok. 900 lekarzy, ok. 300 – kontynuuje program specjalizacji w „starym” trybie. Liczba przyznanych miejsc specjalizacyjnych jest na ogół wystarczająca, poza nielicznymi wyjątkami – osoby zainteresowane psychiatrią uzyskują możliwość rozpoczęcia specjalizacji. „Wąskim gardłem” w terminowej realizacji nowego programu szkolenia specjalizacyjnego jest zbyt mała liczba miejsc stażowych w ośrodkach psychiatrii sądowej.

Proces specjalizowania odbywa się pod nadzorem akademickich katedr psychiatrii oraz Instytutu Psychiatrii i Neurologii, które są odpowiedzialne za realizację programu szkolenia i jego poziom. Staże cząstkowe odbywają się w akredytowanych oddziałach

psychiatrycznych i poradniach, których liczba powinna ulegać stopniowemu poszerzeniu.

Konsultanci wojewódzcy mają prawo i obowiązek określać aktualne i perspektywiczne potrzeby dotyczące kadr niezbędnych dla rozwoju psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w tym liczby lekarzy psychiatrów w swoim regionie.

INFORMACJA DLA SEJMOWEJ KOMISJI ZDROWIA

Aktualne problemy psychiatrycznej opieki zdrowotnej były przedmiotem zainteresowania Sejmowej Komisji Zdrowia, która w dniu 12.02.2002 r. zapoznała się ze sprawozdaniem Ministra Zdrowia dotyczącym wdrażaniu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. W sprawozdaniu tym (opracowanym w Instytucie Psychiatrii i Neurologii) przekazano do wiadomości Komisji informacje o najważniejszych problemach psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w tym te, które są przedmiotem mojego wystąpienia na tej naradzie.

RAPORTY, SPRAWOZDANIA KONSULTANTÓW WOJEWÓDZKICH

Jednym z podstawowych źródeł informacji o sytuacji w psychiatrycznej opiece zdrowotnej w poszczególnych województwach są raporty konsultantów wojewódzkich, do składania których są zobowiązani zgodnie z § 9 p. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 1 marca 2001 r. w sprawie konsultantów krajowych i wojewódzkich.

Uprzejmie proszę o przekazywanie kopii tych raportów oraz innych opracowań dotyczących sytuacji w psychiatrycznej opiece zdrowotnej w regionie do Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

Podstawowe problemy psychiatrii dzieci i młodzieży

Basic problems in child and adolescent psychiatry

IRENA NAMYSŁOWSKA

Z Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Zmiany społeczno-ekonomiczno-kulturowe zachodzące w ostatnich latach w znaczącym stopniu obciążały polskie rodziny, a tym samym stworzyły zagrożenie dla zdrowia psychicznego jej członków, a zwłaszcza dzieci i młodzieży. Wśród wskaźników niekorzystnych procesów dotyczących zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży można wymienić:

- narastanie agresji, a zwłaszcza obniżanie się wieku podejmowania działań przestępczych,
- znaczny stopień depresyjności młodzieży (badania populacji uczniów szkół ponadpodstawowych w Gdańsku i Krakowie),
- wzrost rozpowszechnienia uzależnień od substancji psychoaktywnych (badania Instytutu Psychiatrii i Neurologii),
- obniżanie się wieku inicjacji picia alkoholu,
- wzrost rozpowszechnienia zaburzeń odżywiania się wśród dziewcząt szkół licealnych (badania epidemiologiczne prowadzone w Krakowie).

Dane światowe wskazują na wzrost rozpowszechnienia całościowych takich zaburzeń rozwojowych, jak autyzm (polsko-francuskie badania epidemiologiczne są na etapie opracowywania uzyskanych informacji).

Te niepokojące wskaźniki wymagają zorganizowania adekwatnego systemu profilaktyki leczenia i rehabilitacji zaburzeń psychicznych w populacji dzieci i młodzieży. Tymczasem raport przygotowany przez Zespół Rzecznika Praw Obywatelskich na te-

mat przestrzegania podstawowych praw pacjentów w szpitalach psychiatrycznych dziecięcych, dyskutowany w trakcie dorocznej konferencji psychiatrów dzieci i młodzieży w Ciechocinku, wskazuje na duże braki w organizacji systemu opieki nad dziećmi i młodzieżą. Jego wnioski można podsumować następująco:

- należy wprowadzić nowy system opieki psychiatrycznej, leczenia i profilaktyki zdrowia psychicznego oraz odpowiedniej rehabilitacji społecznej,
- sieć poradni i oddziałów dziennych powinna gwarantować dostępność leczenia w każdym regionie,
- brak możliwości leczenia w systemie dziennym lub ambulatoryjnym stanowi z jednej strony ograniczenia dostępu do leczenia, a z drugiej strony powoduje, że w oddziałach szpitalnych są dzieci, które nie wymagają hospitalizacji.

Naszym zdaniem, raport w pełni oddaje sytuację panującą w organizacji opieki nad dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami emocjonalnymi i psychicznymi, znaną nam wszystkim od dawna. Dodać należy, że polityka kas chorych w zakresie refundacji usług psychoterapeutycznych, tak ważnych w planie terapeutycznym wobec dzieci i młodzieży, doprowadziła do likwidacji wielu bardzo dobrych placówek, braku dostępności psychoterapii w społecznej służbie zdrowia oraz całkowitej prywatyzacji tych usług.

Trudno więc liczyć na realizację postulowanego przez Projekt Sieci Usług Psychiatrycznych wzrostu liczby oddziałów dzien-

nych z obecnych ponad 15 do 100 oraz wzrost liczby poradni zdrowia psychicznego z 90 do 160. Za pozytywne zjawisko dla psychiatrii wieku rozwojowego należy uznać organizowane Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie oraz zbliżające się otwarcie Ośrodka Psychiatrii Sądowej w Garwolinie, który stworzy odpowiednie warunki i skróci czas oczekiwania na obserwację sądowo-psychiatryczną młodzieży.

Niepokój budzi także niezwykle mała kadra psychiatrów dzieci i młodzieży (obecnie około 150 osób). Ponieważ psychiatria dzieci i młodzieży została uznana za specjalizację szczegółową, trudno oczekiwać, że po pięciu latach specjalizacji w psychiatrii ogólnej, jakkolwiek lekarz zdecyduje się jeszcze na dwa lata dodatkowej specjalizacji, a poza tym, w trakcie pięciu lat szkolenia, prawdopodobnie zidentyfikuje się on z psychiatrią dorosłych. Ta sytuacja może mieć bardzo niekorzystne konsekwencje dla orga-

nizacji adekwatnego systemu opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą, w którym psychiatry powinni odgrywać kluczową koordynującą rolę.

Raz jeszcze podkreślić należy, że organizacja lepszego systemu opieki nad dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami emocjonalnymi wymaga koordynacji pracy resortu zdrowia, edukacji i sprawiedliwości, najlepiej w ramach rządowego lub państwowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego oraz integracji działania służb publicznych, sektora niepublicznego oraz organizacji pozarządowych.

Poprawa opieki nad dziećmi i młodzieżą może odbywać się przede wszystkim poprzez działania lokalne i znajomość lokalnych potrzeb w jej zakresie, stąd podstawową rolę powinni pełnić konsultanci wojewódzcy w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży.

Adres: Prof. Irena Namysłowska, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa

Informacja o sytuacji finansowej szpitali psychiatrycznych

The financial condition of psychiatric hospitals

WANDA LANGIEWICZ

Z Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Wydatki kas chorych (KCH) na świadczenia psychiatryczne (obejmujące także świadczenia lecznicze dla uzależnionych) kształtują się w ostatnich dwu latach na poziomie 850-900 milionów zł. Kwoty te uwzględniają wydatki na leczenie szpitalne, ambulatoryjne oraz innych form opieki, nie obejmują natomiast kosztów refundacji leków psychiatrycznych. W stosunku do całego budżetu kas na świadczenia zdrowotne wynoszą one 3,8%, a w stosunku do wydatków KCH na leczenie szpitalne i poradnic-

two specjalistyczne – 7%. W przeliczeniu na jednego mieszkańca kraju całość wydatków KCH to blisko 600 zł (595 w 2000 r.), podczas gdy wydatki psychiatryczne wynoszą ok. 22 zł. Ponieważ koszty leczenia szpitalnego dominują w całości kosztów związanych z leczeniem psychiatrycznym (85%), to na ogół wyższe wydatki przypadają na mieszkańców tych województw, w których jest większa baza łóżkowa.

Od początku reformy ubezpieczeniowej wiele szpitali psychiatrycznych sygnalizo-

wało zagrożenia związane z kontraktowaniem przez KCH świadczeń po kosztach znacznie niższych niż rzeczywiste. Groziło to wpadaniem w zadłużenia, mimo przeprowadzenia restrukturyzacji oraz uruchomienia różnych programów oszczędnościowych.

Ilustracją narastającego procesu zadłużania są wyniki ankiety zebranej przez Sekcję Szpitalnictwa PTP na początku tego roku. Szpitale zapytano o wynik finansowy w kolejnych latach po wprowadzeniu reformy. Odpowiedzi uzyskano z 33 jednostek, stanowiących dobrą reprezentację dużych i średnich szpitali psychiatrycznych. W skrócie placówki te charakteryzują się następującymi cechami: łącznie dysponują blisko 16 tys. łóżek, w okresie ostatnich 3 lat zwiększyły do poziomu 95% (a w kilku przypadkach nawet do 100%) i tak wysokie w psychiatrii wykorzystanie bazy łóżkowej, istotnie skróciły czas leczenia – o kolejne 7 dni, na co niewątpliwie wpłynął wzrost liczby przyjęć – o ok. 15-20%.

A oto jak – w największym skrócie – wyglądała sytuacja finansowa tej grupy szpitali w ciągu 3 lat reformy.

Pierwszy rok reformy jedynie 1/4 szpitali skończyło z ujemnym wynikiem finansowym, kolejny rok połowa – 50%, a ostatni, 2001 r. – 62%. Z roku na rok ulegała także pogłębieniu skala zadłużenia. W końcu 1999 r. najwyższe zadłużenie nie przekraczało 2 milionów zł, a po następnych dwu latach zdarzają się już szpitale nawet z kilkunastu milionowym zadłużeniem.

Obecnie w analizowanych szpitalach można wyróżnić trzy prawie równe liczebnie grupy: pierwsza – obejmująca 1/3 szpitali - wykazuje bardzo poważne zadłużenie, którego znaczna część dotyczy tzw. zobowiązań wymagalnych. Do najbardziej zadłużonych należą szpitale psychiatryczne woj. dolno-

śląskiego i lubuskiego. Niektóre szpitale w tych województwach, oprócz wyjątkowo niekorzystnych i rygorystycznych warunków kontraktów na świadczenia lecznicze, obciążone były prowadzeniem deficytowych oddziałów opiekuńczo-leczniczych, w których potrącenia z niskich dochodów pacjentów nie były w stanie wyrównać faktycznych kosztów ich bytu.

Zadłużenie w kolejnej grupie szpitali można uznać za stosunkowo niewielkie, ponieważ często mieszczą się w kosztach amortyzacji, i wreszcie ostatnia grupa – także obejmująca trzecią część szpitali – wykazuje stosunkowo niewielki, ale jednak dodatni wynik finansowy. Z nieoficjalnych wypowiedzi dyrektorów szpitali na „plusie” wynika, że taka sytuacja jest możliwa nie z powodu „opłacalności” świadczonych usług, ale na ogół dzięki przedsiębiorczości szpitali, które nauczyły się uzyskiwać dochody z różnych źródeł, w tym także z krótkoterminowych operacji bankowych.

Podsumowując – należy stwierdzić, że stałe finansowanie psychiatrii poniżej kosztów rzeczywistych może spowodować nie tylko pogarszanie się sytuacji szpitali już zadłużonych, ale także tych, które jeszcze sobie jakoś radzą. Z drugiej strony, samo oddłużenie, bez zmiany poziomu finansowania, będzie potrzebnym, ale doraźnym aktem pomocy, który nie zapobiegnie powtórzeniu się mechanizmu zadłużania (w zasadzie należy wykluczyć zjawisko niegospodarności, ponieważ skromne budżety wymuszały raczej bardzo oszczędne gospodarowanie środkami).

W grupie najbardziej zadłużonych, niewypłacalność wobec kredytujących szpitale dostawców energii, wody, żywności i leków, stwarza skrajne, ale zdarzające się zagrożenia, które mogą bezpośrednio odczuć pacjenci.

Ważniejsze nieprawidłowości w realizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego

The most important faults in the implementation of the Mental Health Protection Act

STANISŁAW DĄBROWSKI, WŁODZIMIERZ BRODNIAK, STEFAN WELBEL

Z Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Źródłem informacji o tych nieprawidłowościach są badania nad oceną realizacji trzeciej grupy przepisów ustawy prowadzone przez mały (3 osoby) zespół pracowników Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii monitorujących:

- z jednej strony – kilka przepisów administracyjno-medycznych regulujących postępowanie bez zgody za pomocą prostego kwestionariusza wypełnianego jeden raz na kwartał przez prawie wszystkie zakłady szpitalne (bez zakładów dla uzależnionych od alkoholu i innych substancji),
- z drugiej strony – szeroki wachlarz przepisów za pomocą złożonego kwestionariusza wypełnianego przez członków zespołu monitorującego badających kilkusetosobową grupę pacjentów dobieranych w sposób losowo-celowy.

Szerokimi badaniami objęto 4 grupy:

A. 238 pacjentów psychotycznych przyjętych za zgodą,

- B. 200 pacjentów (100 psychotycznych i 100 niepsychotycznych) przyjętych za zgodą,
- C. 202 pacjentów psychotycznych przyjętych bez zgody,
- D. 209 pacjentów w większości psychotycznych przyjętych za i bez zgody.

Podsumowanie badań przedstawiono w kolejności udzielanych świadczeń przed i podczas hospitalizacji (skierowanie z badaniem, transport do szpitala, pobyt w oddziale i wypisanie).

SKIEROWANIE DO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

1. Wbrew wymogom § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia do art. 49 znaczna część kierowanych (27%) trafia do szpitala z pominięciem właściwego druku (tabl. 1).
2. Wbrew wymogom art. 11 znaczna część pacjentów (30%) nie była badana przez kierujących lekarzy (tabl. 1).

Tablica 1. Okoliczności kierowania i przewozu do szpitala psychiatrycznego w porównywanych grupach chorych przyjętych bez zgody lub za zgodą (w odsetkach).

Analizowana zmienna	Przyjęci za zgodą (grupa A+B) N=438	Przyjęci bez zgody (grupa C) N=202	Ogółem (grupa A+B+C) N=640
Skierowanie			
- przyjęci ze skierowaniem	84	86	85
- skierowanie na druku urzędowym	73	72	73
- badanie udokumentowane	89	92	90
- nie badano (wg opinii pacjenta)	25	41	30
Przewóz			
- ogółem	52	78	60
- przymusowo (wg opinii pacjenta)	13	53	30

PRZEWÓZ DO SZPITALA

Wbrew wymogom art. 21 ust. 3 przewóz większości pacjentów z zastosowaniem przymusu bezpośredniego odbywa się bez udziału lekarza lub pielęgniarki. Przymus bezpośredni (wg opinii pacjentów) był stosowany czterokrotnie częściej wobec przyjętych bez zgody niż za zgodą (tabl. 1)

PRZYJĘCIE DO SZPITALA

Przyjęcia za zgodą

1. Przyjęcie 28% pacjentów za zgodą następuje z naruszeniem art. 22 ust. 1. Do najczęstszych usterek należy brak daty, rzadziej podpis pod nieczytelnie odbitą lub wadliwą

pieczętką, zawierającą m.in. zgodę na leczenie (tabl. 2). Blankietowa zgoda na wszelkie leczenie wyrażona w izbie przyjęć nie ma żadnego prawnego znaczenia. W 2001 r. NIK ujawniła brak pisemnej zgody części przyjętych.

2. Określony w art. 22 ust. 2 obowiązek identyfikowania i odnotowywania pacjentów budzących poważne wątpliwości co do zdolności wyrażenia zgody nie jest przestrzegany. Odsetki zarejestrowanych pacjentów ze świadomą zgodą (wg opinii lekarzy) są nieprawdopodobnie wysokie (tabl. 2).

3. Niedopuszczalną praktyką izby przyjęć jest wymuszanie zgody na przyjęcie w znacznym odsetku przyjmowanych (17%).

Tablica 2. Okoliczności wyrażenia zgody przy przyjęciu do szpitala (w odsetkach).

Zgoda na przyjęcie	Przyjęci za zgodą (grupa A) N=238	Przyjęci za zgodą (grupa B) N=200	Razem (grupa A+B) N=438
Zawiera podpis i datę	70	75	72
Chory zrozumiał informację	76	82	78
Zgoda swobodna	79	81	80
Zgoda wymuszona	16	18	17
Zgoda w ocenie lekarza dyżurnego	94	99	96
Zgoda w ocenie kontrolujących	76	83	78

Przyjęcia bez zgody

1. W większości przyjęć bez zgody nie przestrzega się art. 23 ust. 2 o obowiązku zasięgnięcia opinii drugiego psychiatry lub psychologa (30%).

2. Niedostatecznie jest realizowany wymóg art. 23 ust. 3 o wyjaśnieniu przyczyn przyjęcia bez zgody i poinformowaniu pacjenta o jego prawach (44%).

3. Z ustaleń NIK w 1997 i 2001 r. wynika, że niektóre szpitale nie zawiadamiały sądów o przyjęciach bez zgody, zwłaszcza tych pacjentów, którzy potem wyrazili zgodę na przyjęcie. Tabl. 3 pokazuje, że przesłanki przyjęcia do szpitali kontrolowanych i monitorowanych w całym kraju w 2001 r. nie różniły się istotnie.

Tablica 3. Przestanki przyjęcia bez zgody w placówkach kontrolowanych i monitorowanych w Polsce (w odsetkach).

Analizowana zmienna	Przyjęci bez zgody (grupa C) N=202	Przyjęci bez zgody w Polsce N=12 700
Przyjęcie bez zgody na mocy Ustawy zgodnie z:		
- art. 23	83	80
- art. 24	9	11
- art. 28	3	6
- art. 29	5	3,3
- art. 26	49	30
- art. 22.2	5,5	nie badano
Przestanki medyczne		
- psychozy schizofreniczne	78	nie badano
- psychozy organiczne	11	nie badano
- psychozy alkoholowe	5	nie badano
- psychozy afektywne i inne	6	nie badano
Przestanki społeczne		
- agresja wobec otoczenia	44	nie badano
- autoagresja	21	nie badano
- próba agresji wobec otoczenia	18	nie badano
- próba autoagresji	10	nie badano
- groźba agresji	7	nie badano

POBYT W SZPITALU

Zgoda na leczenie przyjętych za zgodą

1. Wbrew wymogom art. 32 ustawy o zawodzie lekarza ponad połowy (51%) badanych przyjętych za zgodą nie pytano o zgodę na leczenie, a niezdolnych do wyrażenia świadomej zgody nie zgłaszano do sądu opiekuńczego.

2. Stwierdzone przez NIK w 1997 i 2001 r. naruszenia praw pacjentów polegały również na niespektowaniu art. 32 i niezyskiwaniu odrębnej zgody pacjentów przyjętych za zgodą na stosowanie świadczeń o podwyższonym ryzyku.

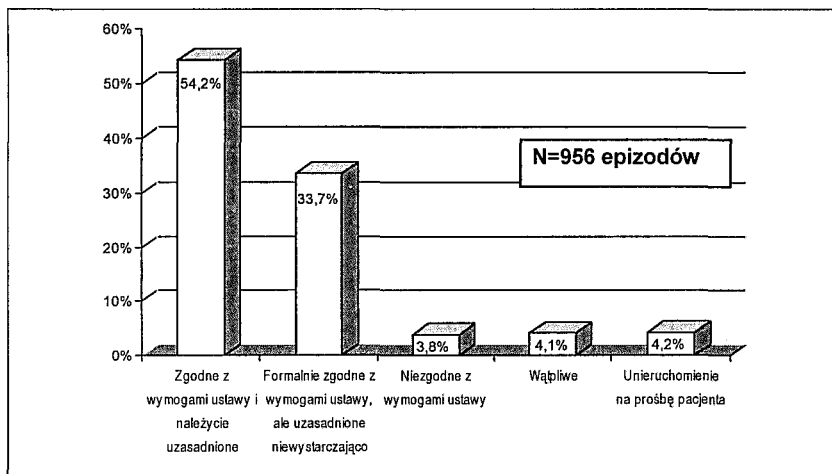
Przymus bezpośredni w oddziale

1. Do najczęstszych nieprawidłowości w stosowaniu art. 18 należy niedostateczne uzasadnienie prawie 34% epizodów przymu-

su i mechaniczna akceptacja zasadności stosowania przymusu przez lekarza zlecającego ten środek i przez kierownika szpitala (rys 1).

2. Według NIK naruszenie przepisów o stosowaniu przymusu bezpośredniego polegało m.in. na: nieodnotowywaniu częstego zastosowania przytrzymania i przymusowego podania leków, nielicznych przypadkach bezprawnego zastosowania unieruchomienia z powodu „głośności” lub „niezdyscyplinowania” pacjenta, niewypełnianiu karty zastosowania unieruchomienia lub izolacji, nieodnotowywaniu przyczyny i rodzaju unieruchomienia, m.in. w odniesieniu do pacjentów hospitalizowanych za zgodą, na kontrolowaniu stanu unieruchomionych rzadziej niż co 15 minut, niepowiadamianiu kierownika jednostki o zastosowaniu przymusu.

Rysunek 1. Powody zastosowania przymusu bezpośredniego



WYPISANIE ZE SZPITALA

Szpitala bardzo rzadko zawiadamiają sąd o wykonaniu postępowania, tj. o wypisaniu pacjenta ze szpitala (art. 35 ust. 3).

OCENA ORZECZNICTWA

Z niezakończonych badań pilotażowych nad orzecznictwem sądowo-psychiatrycznym w sprawach o przyjęcie bez zgody wynikają następujące nieprawidłowości:

1. Nieprawidłowości formalne:

- z reguły w opiniach brak jest wzmianki o: przedstawieniu się biegłego, wyjaśnieniu celu badania, sprawdzeniu tożsamości badanego, chociażby przez konfrontację danych personalnych z historii choroby. Uprowadzenie osoby badanej o przyczynach badania bez zgody jest ustawowym obowiązkiem (art. 21 ust. 2),
- bardzo często brak jest wpisu o stanie somatycznym (bez tego orzeczenie nie jest opinią lekarską), schematu opinii i uzasadnienia wniosków, w szczególności przesłanki behawioralnej. W większości opinie są lakoniczne i niepełne,
- część opinii sporządzonych odręcznie jest całkowicie nieczytelna i chociażby

z tego tylko względu niedostępna dla uczestnika postępowania,

- nierzadko prawidłowo zawiadomiony biegły nie stawia się na rozprawę i nie usprawiedliwia nieobecności,
- z reguły psychiatry wydający świadectwo dołączane do wniosku nie znają aktualnego brzmienia art. 30 ust. 1 i wydają „opinię” zamiast świadectwa. Często te opinie są zaświadczeniem wydanym na podstawie dokumentacji poradnianej, bez osobistego badania,
- w pojedynczych przypadkach biegły orzekł w sprawie osoby, która jest jego krewnym,
- niektóre szpitale używają druków niezgodnych z Ustawą o o.z.p. i rozporządzeniami.

2. Nieprawidłowości merytoryczne:

- często biegły opiniujący w sprawach z art. 23 i 24 nie wiedzą, czy też zapominają, o czym mają orzekać i zamiast o zachowaniu pacjenta bezpośrednio poprzedzającym przyjęcie, czy stosunku do przyjęcia (na podstawie skierowania i wywiadu), piszą we wnioskach o stanie psychicznym w chwili badania lub potrzebie leczenia. Nierzadko w protokole

sędziego wizytującego można znaleźć więcej informacji o przesłankach przyjęcia niż w opinii biegłego,

– w niektórych szpitalach lekarze dyżurni nadużywają trybu nagłego wobec:

- (1) osób z typowymi przesłankami art. 29 wyolbrzymiając banalne zachowania psychotyczne (np. odmowę jedzenia mieszkańca d.p.s.) jako bezpośrednie zagrożenie,
- (2) osób niezdolnych do wyrażenia zgody, ale niesprzeciwiających się przyjęciu,
- (3) osób wyrażających „wątpliwą” zgodę na przyjęcie (art. 22 ust. 2). Do tej nieprawidłowości przyczynia się niepotrzebne zawiadomienie sądu opiekuńczego,

– niektóre opinie nie zawierają opisu stanu psychicznego w chwili badania lub sporządzone są w sposób uniemożliwiający identyfikację osobistego badania,

– niektórzy biegli wydają zaświadczenia dołączane do wniosku i opinię biegłego w tej samej sprawie.

Na zakończenie tej jednostronnej oceny należy zaznaczyć, że nie są to wszystkie, lecz ważniejsze nieprawidłowości w realiza-

cji trzeciej grupy przepisów ustawy, i że w tej grupie uzyskano sporo osiągnięć w zakresie ochrony praw osób z zaburzeniami psychicznymi. Nieprawidłowości te wydają się następstwem:

- z jednej strony – niskiej świadomości prawnej głównych wykonawców ustawy, w tym części biegłych psychiatrów orzekających w sprawach o przyjęcie bez zgody,
- z drugiej strony – niewłaściwej postawy lub wadliwych stereotypów postępowania niezgodnych nie tylko z wymogami Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, lecz także Ustawy o zawodzie lekarza i Kodeksu etyki lekarskiej, a nawet wygody.

Postawy i stereotypy z trudem poddają się korekcji, przeto główny akcent należy położyć na podniesienie świadomości prawnej psychiatrów i innych lekarzy, przez szkolenie, monitorowanie i kontrole realizacji ustawy. Jak dotychczas do poprawy przestrzegania ustawy przyczyniają się głównie badania NIK oraz wizytacje szpitali organizowane przez Instytut Psychiatrii i Neurologii, a także wizytacje sędziów.

Adres: Prof. Stanisław Dąbrowski, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa