

Aktualne problemy leczenia psychiatrycznego i zadania nadzoru specjalistycznego¹

Current problems of psychiatric care and tasks of specialist supervision

STANISŁAW PUŻYŃSKI

Z Krajowego Zespołu Konsultanta Medycznego w dziedzinie Psychiatrii

STRESZCZENIE. *Wystąpienie Konsultanta Krajowego omawiające zagadnienia organizacyjne i prawne stanowiące przedmiot działalności nadzoru krajowego w dziedzinie psychiatrii (red.).*

SUMMARY. *A presentation by the National Consultant for Psychiatry outlining organizational and legal issues dealt with by the national system of supervision in psychiatry (Eds.).*

Słowa kluczowe: leczenie psychiatryczne / zagadnienia organizacyjne

Key words: psychiatric care / organizational problems

TRANSFORMACJA I MODERNIZACJA LECZNICTWA

Rozpoczęty przed laty proces transformacji i modernizacji leczenia psychiatrycznego w Polsce ma szansę na duże przyspieszenie. Procesów tych, i co za tym idzie - poprawie pomocy dla osób psychicznie chorych, dotyczy kilka ważnych dokumentów, do których należą: *Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, Narodowy Program Ochrony Zdrowia na lata 1996-2005* oraz niektóre rozporządzenia wykonawcze do Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, zwłaszcza:

Docelowa sieć publicznych zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej (art. 55, p. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego), *Docelowa sieć domów pomocy społecznej dla osób psychicznie chorych oraz środowiskowych domów samopomocy* (art. 55, § 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego). Psychiatryczna opieka zdrowotna uczestniczyć też będzie w realizacji niektórych zadań wynikających z *Rozporządzenia Rady Ministrów*

w sprawie sposobu zorganizowania i prowadzenia działalności w dziedzinie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym (art. 4, p. 3 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego).

Program ochrony zdrowia psychicznego (zatwierdzony przez MZiOS w 1993 r.) był wielokrotnie omawiany w gronie konsultantów, jak też dyrektorów szpitali psychiatrycznych. Podstawowe tezy programu dotyczące transformacji i modernizacji leczenia psychiatrycznego legły u podstaw przygotowanego w Instytucie Psychiatrii i Neurologii projektu *Docelowej sieci publicznych zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej*, do opracowania której zobowiązany jest Minister ZiOS. Drugą, poprawioną wersję, przekazano do MZiOS w lipcu 1996 r. Obecnie trwają konsultacje projektu z wojewodami, poproszonymi o określenie nakładów finansowych, które przeznaczą na realizację sieci publicznych zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej w poszczególnych województwach. Większość wojewodów udzieliła odpowiedzi na

1 - Wystąpienie Konsultanta Krajowego na Konferencji Konsultantów Regionalnych i Wojewódzkich w Mikołajkach, w listopadzie 1996 roku.

to pytanie i można oczekiwać, że jeszcze w tym roku odpowiedni dokument zostanie przez Ministra Zdrowia opublikowany. Zastosowanie takiego sposobu opracowywania *Docelowej sieci* uznać należy za trafne, ponieważ wiąże się z uzyskaniem swego rodzaju zobowiązania wojewodów do przeznaczenia określonych środków finansowych na rozwój lecznictwa psychiatrycznego.

Jednym z zadań konsultantów regionalnych i wojewódzkich, a również dyrektorów szpitali, jest śledzenie dalszych działań władz administracyjnych w tej nader ważnej sprawie. Pragnę jednocześnie podkreślić, że zamieszczone w programie *Docelowej sieci* propozycje rozwoju zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej nie mogą być traktowane jako ściśle obowiązujące i niezmiennicze, mają bowiem charakter kierunkowy i powinny być dostosowywane do zmieniających się i zróżnicowanych potrzeb społeczności lokalnych.

Nie zawsze docenianym i zauważanym, ale coraz ważniejszym partnerem w udzielaniu pomocy osobom niesprawnym z powodu chorób psychicznych są instytucje pomocy społecznej. Pragnę zwrócić uwagę na dwa ważne dokumenty wskazujące na potencjalne możliwości tych instytucji. Jest to mianowicie *Ustawa o pomocy społecznej z dnia 29 listopada 1990 r.*, której nowelizacja przeprowadzona w dniu 14 czerwca 1996 r. wniosła szereg niezwykle ważnych zapisów dotyczących domów pomocy społecznej, ich zadań, standardów usług oraz ustanowiła "ośrodki wsparcia", w tym "środowiskowe domy samopomocy", "dzienne domy samopomocy", "dzienne domy pomocy". Na uwagę zasługuje art. 11 tej ustawy, który wśród zadań zalecanych gminom wyodrębnia m.in.: *świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych przysługujących na podstawie przepisów o ochronie zdrowia psychicznego oraz organizowanie i prowadzenie środowiskowych domów samopomocy*. Art. 21 omawianej ustawy przewiduje, że:

1. usługi opiekuńcze mogą być również świadczone w ośrodkach wsparcia oraz domach pomocy społecznej,
2. ośrodki wsparcia zapewniają całodzienny pobyt, podstawowe świadczenia opiekuńcze, rekreacyjno-kulturalne oraz edukacyjne, a także posiłki w czasie pobytu. W ośrodkach tych może być prowadzona działalność rehabilitacyjna.

Z zadowoleniem należy przyjąć opracowany przez MPIPS projekt *docelowej sieci* domów pomocy społecznej dla osób psychicznie chorych oraz środowiskowych domów samopomocy, który przewiduje wydatne zwiększenie liczby tych pierwszych i tworzenie sieci tych drugich. Nie muszę uzasadniać jak duże znaczenie przypadnie realizacji zapisów zawartych w tym dokumencie również w kontekście planów restrukturyzacji i modernizacji lecznictwa psychiatrycznego. Dotychczasowe doświadczenia wskazują, że nie jest to jedynie oferta na papierze, lecz realizowany już program. Pragnę zachęcić konsultantów regionalnych i wojewódzkich oraz dyrektorów szpitali psychiatrycznych do wspierania tych inicjatyw, do pomocy i ścisłej współpracy. Realizacja zadań pomocy społecznej zawartych w omawianej Ustawie, a również w programie "*docelowej sieci*", świadczonych na rzecz osób niesprawnych w związku z chorobami psychicznymi, nie będzie możliwa bez czynnego udziału wykwalifikowanych kadr, zatrudnionych m.in. w psychiatrycznej opiece zdrowotnej.

Na zakończenie tej części wystąpienia pragnę zwrócić uwagę na niektóre zadania zawarte w *Narodowym Programie Zdrowia na lata 1996-2005*, tzn. na okres realizacji istotnych dla rozwoju psychiatrycznej opieki zdrowotnej zapisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Wśród 18 celów operacyjnych znalazły się trzy dotyczące naszej dyscypliny. Są to:

- cel 4*: zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu,
- cel 5*: ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych,

cel 7: promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie występowaniu zaburzeń psychicznych.

W przyszłości celowe będzie poświęcenie temu zagadnieniu części narady konsultantów i dyrektorów, bowiem zapisy *Programu* mogą stanowić cenne narzędzie modernizacji psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

WAŻNIEJSZE CELE PROJEKTU DOCELOWEJ SIECI

Przesłanki projektu zawarte są w *Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego*, którego celem jest, między innymi, zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wszechstronnej i dostępnej opieki zdrowotnej. Rozdział 3.3: *Poprawa dostępności i zróżnicowania psychiatrycznej i odwykowej opieki zdrowotnej przewiduje:*

1. poprawę dostępności opieki środowiskowej przez zapewnienie:

1.1. poradni zdrowia psychicznego: - dla dorosłych w każdym ZOZ, - dla dzieci i młodzieży - co najmniej 1 na 250 tys. ludności
1.2. oddziału dziennego psychiatrycznego: - dla dorosłych - 2 do 3 miejsc na 10 tys. ludności miejskiej, - dla dzieci i młodzieży - 1 miejsce na 10 tys. ludności miejskiej
1.3. oddziału (zespołu) leczenia środowiskowego - 1 miejsce na 10 tys. ludności (od 1 do 3 wizyt tygodniowo)
1.4. ośrodka zajęciowo-rehabilitacyjnego dla psychicznie chorych - 0,5 na 10 tys. ludności)
1.5. poradni odwykowej w każdym ZOZ i co najmniej 1 oddziału dziennego odwykowego w każdym województwie

2. poprawę dostępności i zróżnicowania opieki całodobowej przez:

2.1. zapewnienie równomiernej dostępności podstawowych świadczeń opieki szpitalnej: - zwiększenie liczby oddziałów i łóżek psychiatrycznych w szpitalach ogólnych do poziomu co najmniej 5 łóżek na 10 tys. ludności, - adaptację różnych obiektów na placówki stacjonarne w 15 województwach, - szybkie zakończenie inwestycji w 4 województwach
2.2. zmniejszenie liczby łóżek w dużych szpitalach do 500-700
2.3. zmianę części zadań oddziałów szpitalnych w dużych szpitalach i przeznaczenie na specjalistyczne formy opieki: całodobowe i dzienne oddziały psychogeriatryczne i oddziały rehabilitacyjne, oddziały dla uzależnionych od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, regionalne ośrodki psychiatrii młodzieżowej, leczenia nerwic i psychiatrii sądowej, niektóre formy zakwaterowania chronionego (m.in. hostele), a także na zakłady opiekuńczo-lecznicze

Projekt sieci wojewódzkich zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej przygotowano z udziałem konsultantów wojewódzkich i dyrektorów szpitali z województw należących do 11 regionów akademii medycznych (region

AM w Warszawie i CMKP rozpatrywano łącznie). W części spotkań uczestniczyli niedawno powołani konsultanci regionalni. Przy opracowaniu sieci przestrzegano następujących dodatkowych założeń:

- * Każde województwo powinno być samowystarczalne w zakresie podstawowych świadczeń zarówno środowiskowych, jak i szpitalnych, a więc dysponować dla dorosłych 5 łózkami na 10 tys., a dla uzależnionych od alkoholu i innych substancji 1,3 łózkami na 10 tys., razem - 6,3. Wskaźnik ten powinien być wystarczający pod warunkiem zagęszczenia sieci oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych. W szeregu miast wojewódzkich możliwe jest już obecnie przyjęcie niższego wskaźnika. W kilku województwach wskaźnik 5 byłby nieosiągalny. Nieliczne odstępstwa od tej zasady - wskaźnik wyższy od 5 - przewidziano w tych województwach, gdzie będzie występować nadal nadmiar łóżek mimo planowanego znacznego zmniejszenia ich liczby (białostockie, gorzowskie, sieradzkie).
- * Zgodnie z wymaganiami *Programu* oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych planowano nie tylko w województwach, które mają obecnie wskaźnik niższy od 5 na 10 tys., lecz również tam, gdzie liczba łóżek w jednym, rzadziej dwóch, dużych szpitalach jest i będzie pokaźna. Przewiduje się tam pojedyncze oddziały w celu zagęszczenia sieci. Zdajemy sobie sprawę, iż realizacja tej zasady będzie bardzo trudna.
- * Wraz z przejmowaniem przez oddziały psychiatryczne szpitali ogólnych coraz większej ilości świadczeń podstawowych, duże szpitale będą szerzej realizować te zadania specjalistyczne, których większość oddziałów nie będzie w stanie wykonywać ze względu na małe rozmiary, ograniczone możliwości zaspokojenia zróżnicowanych potrzeb i dość wysokich kosztów. Dotyczy to zwłaszcza rehabilitacji. Do przewidzianych w *Programie* zadań specjalistycznych należą przede wszystkim oddziały: psychogeriatryczne całodobowe i dzienne, rehabilitacyjne całodobowe i dzienne, dziecięce i młodzieżowe, dla uzależnionych od alkoholu i innych substancji.
- * Rozwój znacznej części opieki specjalistycznej przewidziany jest w dużych szpitalach na poziomie regionalnym. Są to oddziały: nerwicowe, dziecięce, młodzieżowe, rehabilitacyjne dla narkomanów, gruźlicze, sądowo-psychiatryczne (w tym łóżka rozproszone), a także oddziały rehabilitacyjne i psychogeriatryczne, regionalne ośrodki psychiatrii młodzieżowej, leczenia nerwic i sądowo-psychiatryczne.
- * Przekazanie niektórych zadań o zasięgu krajowym przewiduje się tylko wobec nielicznych zakładów.
- * Biorąc pod uwagę stopniowe obniżanie się odsetka tzw. pacjentów chronicznych, planowaną przez MPiPS sieć domów pomocy społecznej, zalecany przez *Program Ochrony Zdrowia Psychicznego* rozwój oddziałów rehabilitacyjnych i przekształcanie części dużych szpitali w zakłady opiekuńczo-lecznicze - projekt sieci nie przewiduje oddziałów dla przewlekle chorych.

Projekt docelowej sieci placówek opieki całodobowej oraz środowiskowej

Opieka całodobowa

Projekt przewiduje zmiany liczby i wielkości placówek opieki całodobowej, polegające na zagęszczeniu sieci oddziałów przy szpitalach ogólnych oraz na redukcji łóżek - głównie w dużych szpitalach psychiatrycznych. W roku 2005 wszystkie placówki psychiatrycznej opieki całodobowej powinny dysponować 27452 łózkami (o 5810 (18%) mniej niż obecnie). Oznacza to w skali kraju spadek wskaźnika dostępności z 8,6 do 7,1 na 10 tys. mieszkańców. Wyraźnej poprawie ulegnie proporcja łóżek w oddziałach przy szpitalach ogólnych. Obecnie stanowią one około 12% ogólnej liczby łóżek, podczas gdy w 2005 roku odsetek ten powinien wzrosnąć do 36%.

* Główny kierunek zmian - to utworzenie 101 nowych placówek w ramach szpitali ogólnych, o łącznej liczbie 5055 łóżek oraz powiększenie 18 już funkcjonujących oddziałów o 1031 łóżek. Uwzględniając roz-

gęszczenie części oddziałów (zmniejszenie 11 oddziałów o 358 łóżek), bilans zmian wyraża się przyrostem prawie 5,7 tys. łóżek zlokalizowanych poza szpitalami psychiatrycznymi. W rezultacie, w docelowym 2005 roku, powinno funkcjonować 9,9 tys. łóżek w obrębie szpitali ogólnych, tj. 2,3 razy więcej niż obecnie.

* Drugi kierunek zmian - to znaczna (o 11,8 tys.) redukcja łóżek w dużych szpitalach psychiatrycznych. W 30 szpitalach redukcja objęła od 100 do prawie 700 łóżek. W przypadku kilku (5) małych szpitali zaplanowano ich powiększenie o 308 łóżek. Ogólny bilans zmian wyraża się redukcją 11,5 tys. łóżek szpitalnych. W roku 2005 w szpitalach psychiatrycznych powinno być jedynie 16,9 tys. łóżek (o 40% mniej niż obecnie). Nie planuje się żadnych zmian, w stosunku do obecnego stanu, w liczbie i wielkości placówek Monaru oraz innych ośrodków rehabilitacyjnych dla osób uzależnionych.

* W ogólnej, docelowej liczbie 27,5 tys. łóżek, na potrzeby poszczególnych rodzajów opieki przewidziano następującą ich liczbę: psychiatria dorosłych - 20,9 tys. (76,2%), psychiatria dziecięca - 0,9 tys. (3,2%), psychiatria młodzieżowa - 0,7 tys. (2,5%), leczenie dla uzależnionych od alkoholu - 3,6 tys. (13,1%), leczenie dla uzależnionych od środków psychoaktywnych - 0,8 tys. (2,9%). W projekcie ujęto także istniejące obecnie łóżka dla uzależnionych w ośrodkach Monar - 0,6 tys. (2,1%) - z założenia nie planując zmian w ich liczbie i wielkości, co nie wyklucza rozwoju tej formy opieki.

Opieka środowiskowa

Przemiany w opiece środowiskowej ujęto w odniesieniu do opieki poradnianej, opieki dziennej oraz innych form opieki środowiskowej.

Opieka poradniana. Najważniejsze zmiany ilościowe w opiece poradnianej dotyczą poradni dla dzieci i młodzieży, których liczba w

ciągu dziesięciolecia powinna ulec podwojeniu (z 90 do 160). Przewiduje się także znaczne zwiększenie liczby poradni lub punktów dla osób uzależnionych od środków odurzających (w roku 2005 powinno ich być w skali kraju około 100). W przypadku stosunkowo najgęstszej sieci poradni dla dorosłych oraz poradni odwykowych powinno przede wszystkim nastąpić ich wzmocnienie kadrowe. Dotyczy to zwłaszcza tzw. poradni dojazdowych, które przekształcając się w poradnie udzielające świadczeń przez 5-6 dni w tygodniu poprawią dostępność tej podstawowej formy opieki.

Oddziałyienne, ośrodki zajęciowo-rehabilitacyjne. Projekt przewiduje bardzo znaczny rozwój tej formy opieki. W 2005 roku powinno funkcjonować 238 oddziałów dziennych dla osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi (4706 miejsc), tzn. ponad trzykrotnie więcej niż obecnie. Jeszcze większy przyrost zaplanowano w odniesieniu do dziennych oddziałów dla uzależnionych od alkoholu (88 na 1421 miejsc) oraz oddziałów dziennych dla dzieci i młodzieży (105 na 1778 miejsc). W 9 województwach zaplanowano ponadto utworzenie 21 ośrodków zajęciowo-rehabilitacyjnych na 420 miejsc.

Zespoły leczenia środowiskowego, hostele, zakwaterowanie chronione. W projekcie zaplanowano zwiększenie obecnej liczby 25 zespołów leczenia środowiskowego do 141 - w roku 2005. Ponad dziesięciokrotnie powinna zwiększyć się, zgodnie z projektem docelowej sieci, liczba hosteli (z 7 do 84) i miejsc hostelowych (z 59 do 734). Formy zakwaterowania chronionego zaplanowano jedynie w trzech województwach na łączną liczbę 148 miejsc.

Samowystarczalność województw w zakresie podstawowej opieki psychiatrycznej jest niezbędnym warunkiem zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi (zgodnie z art. 2 ust. 2 ustawy) - wielostronnej i dostępnej opieki zdrowotnej. Spełnienie tego warunku, zwłaszcza w województwach wykazujących względny nadmiar łóżek psychiatrycznych, może budzić opory. Wiąże się to bowiem z koniecznością dokonania zasadniczego przełomu w dotychczasowej

przestarzałej i dehumanizującej strukturze psychiatrycznej opieki szpitalnej, polegającego na znacznej redukcji łóżek w dużych zakładach psychiatrycznych i zagęszczeniu sieci oddziałów przy szpitalach ogólnych.

LECZNICTWO ODWYKOWE

Opracowano wstępne wersje raportów dotyczących stanu lecznictwa dla osób uzależnionych od alkoholu oraz od innych substancji (tzw. lecznictwo odwykowe). Raporty te, po oceniu i nadaniu im ostatecznej formy, zostaną udostępnione konsultantom regionalnym i wojewódzkim oraz innym osobom zainteresowanym. Do najważniejszych wniosków, które wynikają z *Raportu w sprawie lecznictwa odwykowego dla osób z problemem alkoholowym* należą:

- * usunięcie tzw. "białych plam" - utworzenie adekwatnej do potrzeb sieci zakładów lecznictwa odwykowego w każdym województwie (oddziałów, poradni rejonowych i wojewódzkich przychodni odwykowych tam, gdzie ich jeszcze nie ma),
- * określenie dla zakładów lecznictwa odwykowego, w drodze rozporządzenia MZiOS, minimalnych norm pomieszczeń, wyposażenia, obsady kadrowej i jej kwalifikacji oraz treści programów terapeutycznych,
- * przeprowadzenie, na podstawie postulowanych norm, atestacji istniejących zakładów lecznictwa odwykowego,
- * wprowadzenie, w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, systemu potwierdzania kwalifikacji osób, zajmujących się profesjonalnie terapią osób uzależnionych,
- * rozbudowa bazy detoksykacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu,
- * rozwijanie i doskonalenie procedur "pierwszego kontaktu" polegających na rozbudzeniu motywacji do rozpoczęcia leczenia przez osoby zgłaszające się po pomoc,
- * modyfikacja programów terapeutycznych w kierunku tworzenia programów komplekso-

wych, uwzględniających potrzeby zarówno osób uzależnionych, jak i ich rodzin,

- * poprawa diagnostyki somatycznych powikłań spowodowanych długotrwałym pićm alkoholu u osób leczonych w zakładach lecznictwa odwykowego,
 - * wprowadzanie programów terapeutycznych uwzględniających specyficzne potrzeby różnych grup pacjentów (młodzieży, kobiet, osób w wieku podeszłym, bezrobotnych itp.) oraz rozwijanie tzw. form pośrednich,
 - * rozbudowa programów leczenia podtrzymującego dla osób, które odbyły leczenie w programie podstawowym,
 - * szersze wprowadzanie programów edukacyjnych oraz terapeutycznych dla członków rodzin osób uzależnionych (zarówno dla dzieci jak i dla dorosłych),
 - * dostosowanie dokumentacji stosowanej w zakładach lecznictwa odwykowego do aktualnych potrzeb lecznictwa,
 - * modyfikacja systemu zbierania danych zarówno na temat funkcjonowania lecznictwa odwykowego (m.in. jego bazy, wyposażenia, kadry i jej przygotowania zawodowego, osób leczonych, rodzaju i jakości świadczeń terapeutycznych),
 - * wprowadzenie systematycznego monitoringu stanu lecznictwa odwykowego i świadczeń udzielanych przez jego placówki, w tym również określenie oraz późniejsze monitorowanie rzeczywistych nakładów finansowych na to lecznictwo,
 - * wspieranie ruchów samopomocowych osób z problemem alkoholowym i ich rodzin oraz lecznictwa odwykowego w zakładach penitencjarnych,
 - * kontrola rodzaju oraz jakości usług związanych z terapią uzależnień, prowadzoną przez osoby fizyczne lub prawne, funkcjonujące poza publiczną służbą zdrowia.
- Ważniejsze wnioski, które przedstawiają autorzy *Raportu dotyczącego lecznictwa osób uzależnionych od innych środków* obejmują:
- * aktualny system leczenia uzależnień i rehabilitacji w Polsce jest kosztowny, mało efektywny i nie przystaje do oczekiwań oraz

- potrzeb uzależnionych. Dominują placówki stacjonarne, których programy są długotrwałe i kosztowne. Należy ograniczyć dalsze tworzenie ośrodków stacjonarnych, a środki finansowe przeznaczyć na leczenie ambulatoryjne, programy ograniczania szkód, krótkoterminowe pobyty rehabilitacyjne (do 3 miesięcy) i opiekę postrehabilitacyjną,
- * biorąc pod uwagę aktualną sytuację epidemiologiczną i prognozy na najbliższe lata należy w każdym województwie utworzyć specjalistyczne poradnie uzależnień z zapleczem laboratoryjnym, możliwością detoksykacji ambulatoryjnej lub domowej oraz programami psycho- i socjoterapeutycznymi,
 - * utworzyć i powiększyć o około 80 łóżek, szczególnie w regionach o dużym rozpowszechnieniu narkomanii, bazę łóżkową oddziałów detoksykacyjnych,
 - * skoncentrować środki finansowe na tworzeniu form pośrednich i rehabilitacji (oddziały dzienne, nocne, hotele i mieszkania zastępcze),
 - * zorganizować, wraz z zainteresowanymi resortami, naukę zawodu, stanowiska pracy chronionej oraz system wyszukiwania i kierowania do pracy narkomanów utrzymujących abstynencję,
 - * włączyć w większym zakresie organizacje pozarządowe w działalność profilaktyczną, informacyjną, edukacyjną i "postrehabilitacyjną",
 - * rozszerzyć działania mające na celu ograniczanie szkód związanych z używaniem narkotyków poprzez wymianę igieł i strzykawek, rozdawnictwo prezerwatyw oraz wprowadzenie programów metadonowych,
 - * zorganizować, na wzór leczenia odwykowego alkoholowego, system kształcenia terapeutów dla leczenia uzależnień lekowych,
 - * objąć nadzorem specjalistycznym wojewódzkim i regionalnym pozarządowe placówki ambulatoryjne i stacjonarne, zajmujące się pomocą i rehabilitacją osób uzależnionych,
 - * wprowadzić obowiązującą statystykę w placówkach pozarządowych,
 - * utworzyć w Biurze d.s. Narkomanii bank informacji dotyczących wszystkich działających na terenie Polski placówek rządowych i pozarządowych, ambulatoryjnych i stacjonarnych, zajmujących się leczeniem, rehabilitacją i postrehabilitacją osób uzależnionych,
 - * przeznaczyć odpowiednie środki finansowe na badania związane z monitorowaniem sceny lekowej w Polsce oraz oceną programów profilaktycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, finansowanych ze środków publicznych.
- Sukcesywnie wdrażane są w skali kraju *programy metadonowe*. W chwili obecnej, w Polsce stosują metadon u osób uzależnionych od opiatów (programy eksperymentalne) trzy ośrodki. Wszystkie są zlokalizowane w Warszawie. (1) Pierwszy w Polsce program substytucyjnego leczenia metadonem rozpoczęto 20.07.1992 r. w IPiN. W programie tym wzięło udział 180 osób, w tym 27 osób dwukrotnie. Obecnie program kontynuuje 45 pacjentów. Oprócz tego, w okresie minionych trzech lat 250 osób uzależnionych detoksykowano z zastosowaniem metadonu. W ramach programu PHARE, pod nadzorem fachowym IPiN, prowadzony jest w Starachowicach program metadonowy dla 12 osób. (2) Od lutego 1993 r. prowadzony jest program metadonowy w Szpitalu Nowowiejskim w Warszawie. Uczestniczyło 151 osób, kontynuuje 70 pacjentów. (3) Trzeci program, dla pacjentów z AIDS, jest prowadzony przez Poradnię Profilaktyczno-Leczącą w Warszawie. Objęto nim 107 pacjentów, w tym u 30-40% po kilka razy. Obecnie w programie pozostaje 27 osób.
- W zakresie substytucji metadonem przeszkolono (do 1994) 20 osób za granicą, a od 1995 r. 20 osób na kursach w IPiN. Poza tym przeszkolono na stażach personel punktu metadonowego w Starachowicach. Na zaznajomienie różnych odbiorców z programami metadonowymi przeznaczono około 100 godzin wykładowych. Opublikowano kilka-

naście artykułów oryginalnych i poglądowych. W dniach 12-14 września 1994 r. w Jadwisinie odbyła się międzynarodowa konferencja: *Program metadonowy na tle innych programów rehabilitacyjnych osób uzależnionych w profilaktyce HIV/AIDS*.

Dotychczasowe krajowe doświadczenia nabyte przy realizacji programów metadonowych są zachęcające. Kontrolowane stosowanie metadonu wiąże się z wyraźną poprawą stanu ogólnego osób uzależnionych, wydatnym zmniejszeniem ryzyka infekcji HIV/AIDS, socjalizacją i dekryminalizacją leczonych, torowaniem możliwości oddziaływań resocjalizacyjnych. Należy jednocześnie podkreślić, że substytucji metadonowej nie należy traktować jako "panaceum na narkomanię". Jest to jedna z metod pomocy ciężko uzależnionym, u których zawiodły inne metody postępowania terapeutycznego. Nieodzownym warunkiem jej stosowania w szerszej praktyce jest ściśle przestrzeganie określonych reguł, w szczególności wskazań i przeciwwskazań oraz zasad kontroli przyjmowania tego środka i innych substancji uzależniających. Metoda może być stosowana wyłącznie przez osoby odpowiednio przygotowane. Odstąpienie od tych reguł przynosi zazwyczaj więcej szkód niż pożytku.

IPiN opracował zasady stosowania metadonu (na podstawie doświadczeń własnych, jak również danych pochodzących z innych krajów) oraz program stopniowego wprowadzania tej metody w skali kraju. Oczekujemy na odpowiednie decyzje Ministerstwa Zdrowia w tej sprawie, bez których szersze wprowadzenie programów metadonowych do lecznictwa odwykowego nie jest możliwe.

PSYCHIATRIA SĄDOWA

Trwa realizacja projektu wyodrębnienia trzech regionalnych oddziałów psychiatrii sądowej przeznaczonych dla osób chorych, stwarzających szczególne zagrożenie dla otoczenia. Prace adaptacyjne oddziału przeznaczonego na taki cel w Szpitalu w Gostyninie

są zaawansowane, przewidywany termin ich zakończenia - II kwartał 1997 r., oddanie zaś oddziału do użytku - początek II półrocza przyszłego roku. W 1997 roku należy oczekiwać rozpoczęcia podobnych prac adaptacyjnych w oddziałach szpitali psychiatrycznych w Branicach i Kocborowie.

W związku z nowelizacją Kodeksu Postępowania Karnego, którego artykuł 154 zobowiązuje Ministra ZiOS (w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości) do opracowania wykazu zakładów, w których prowadzona jest obserwacja sądowo-psychiatryczna przygotowano założenia do projektu odpowiedniego rozporządzenia, które przekazano do Ministerstwa Zdrowia. Sprawa ta była dyskutowana na naradzie konsultantów i dyrektorów szpitali z udziałem przedstawicieli Ministerstwa Sprawiedliwości w dniu 24 kwietnia oraz przedmiotem konsultacji z dyrektorami szpitali psychiatrycznych i konsultantami regionalnymi.

Obecnie sprawcy czynów karalnych, pozbawieni wolności są poddawani obserwacji sądowo-psychiatrycznej w oddziałach psychiatrii sądowej przy aresztach śledczych, które są w gestii Ministerstwa Sprawiedliwości oraz w mniejszym stopniu w oddziałach psychiatrii sądowej szpitali psychiatrycznych i Klinice Psychiatrii Sądowej IPiN, podległych Ministrowi Zdrowia i Opieki Społecznej. Sporadycznie osoby takie są przyjmowane do oddziałów ogólnopsychiatrycznych szpitali nie posiadających oddziałów psychiatrii sądowej. W tym ostatnim przypadku przebywają razem z chorymi psychicznie wymagającymi leczenia. Oddziały ogólnopsychiatryczne nie posiadają żadnych zabezpieczeń, natomiast szpitalne oddziały psychiatrii sądowej nie mają dostatecznie skutecznych zabezpieczeń uniemożliwiających ucieczkę, w porównaniu z tymi, jakimi dysponują oddziały psychiatrii sądowej przy aresztach śledczych.

W 6 oddziałach psychiatrii sądowej szpitali przy aresztach śledczych (w Warszawie, Krakowie, Łodzi, Poznaniu, Szczecinie, Wrocławiu) znajdują się 204 łóżka obserwacyjne (w

tym 4 kobiece w Warszawie) i 58 łóżek leczniczych (razem 262 łóżka). W 1994 r. w oddziałach tych przeprowadzono około 1000 obserwacji sądowo-psychiatrycznych, zaś w 1995 r. liczba obserwacji w tych oddziałach wzrosła do 1149. Wszyscy obserwowani, jak to wynika z miejsca prowadzonej obserwacji, byli pozbawieni wolności.

Z ocen IPiN wynika, że we wszystkich szpitalach psychiatrycznych w Polsce w 1995 r. przeprowadzono około 1500 obserwacji, z których około 400 do 500 dotyczyło osób pozbawionych wolności. Większość z tych osób przebywała w oddziałach psychiatrycznych, nie posiadających odpowiednich zabezpieczeń przed możliwością samouwolnienia się. Z przeprowadzonej analizy obecnej sytuacji dotyczącej obserwacji sądowo-psychiatrycznej wynika, że ogółem w Polsce rocznie przeprowadza się około 1400 do 1500 obserwacji osób pozbawionych wolności. Zakładając szacunkowo, że przeciętny okres obserwacji trwa dwa miesiące, należy przyjąć, że liczba niezbędnych łóżek mieści się w przedziale 230-250, co wskazuje, że potrzeby w tym zakresie powinny być zaspokojone głównie przez oddziały psychiatrii sądowej przy aresztach śledczych.

Biorąc pod uwagę występowanie okresowych trudności w umieszczaniu osób pozbawionych wolności na obserwacji sądowo-psychiatrycznej w oddziałach przy aresztach śledczych należy uznać za celowe wytypowanie oddziałów w szpitalach psychiatrycznych, które mogłyby je wspomagać. Właściwe przygotowanie oddziałów w wytypowanych szpitalach wymaga jednak nakładów finansowych na przeprowadzenie remontów, adaptacji oraz zabezpieczeń. Docelowo przewidujemy, że 11 zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej będzie mogło prowadzić obserwacje sądowo-psychiatryczne osób pozbawionych wolności. Są to: Klinika Psychiatrii Sądowej IPiN w Pruszkowie, SPZOZ w Jarosławiu, SPZOZ w Lublinie, Szpital Chorych w Rybniku, Szpital w Świeciu, PWZZOZ w Gorzowie Wielkopolskim, SPZOZ w Choroszczy, Szpital w Kobie-

rzynie (oddział prowadzący obserwacje uległ awarii, koszt remontu ok. 1,2 mln zł).

Koszty remontów i adaptacji oddziałów lub pododdziałów obserwacyjnych w wymienionych sześciu szpitali psychiatrycznych (bez Kliniki IPiN) wyniosą około 1,0 mln zł, zaś wraz ze szpitalem w Kobierzynie około 2,2 mln zł.

Do tego systemu zakładów włączone zostaną, obecnie tworzone, trzy regionalne ośrodki psychiatrii sądowej (dla pacjentów sprawiających szczególne trudności), mianowicie w szpitalach: w Branicach, w Gostyninie, w Starogardzie Gdańskim.

Wobec nałożenia przez ustawę na Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej obowiązku określania warunków zabezpieczenia zakładów opieki zdrowotnej, prowadzących obserwacje sądowo-psychiatryczne osób pozbawionych wolności - nieodzownym warunkiem jest wprowadzenie zasady wstępnej kwalifikacji osób pozbawionych wolności do przyjęcia do zakładu opieki zdrowotnej przez organ zlecający badanie (prokuratura, sąd), a następnie akceptacji kandydata przez dyrektora szpitala psychiatrycznego:

- sprawcy czynów szczególnie niebezpiecznych, zwłaszcza wykazujący tendencje do ich powtarzania, przejawiający utrwalone stereotypy zachowań agresywnych, wykazujący skłonności do samouwalniania się, szukający kontaktu a osobami z zewnątrz, członkowie grup mafijnych, gangów przestępczych, zwłaszcza bez objawów choroby psychicznej - winni być kierowani do oddziałów psychiatrii sądowej przy aresztach śledczych,
- pozostali sprawcy pozbawieni wolności mogliby być kierowani do oddziałów (lub pododdziałów) psychiatrii sądowej zakładów opieki zdrowotnej,
- sprawcy, wobec których nie stosowano sankcji pozbawienia wolności, byliby kierowani do pozostałych zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Miejscem obserwacji powinien być wyodrębniony oddział (oddział psychiatrii sądowej)

lub pododdział (w oddziale psychiatrycznym) z następującymi zabezpieczeniami:

- (1) okratowane okna i drzwi wejściowe, zaopatrzone w dodatkowy bezpieczny zamek mechaniczny
- (2) elektroniczny system zabezpieczający przed samouwolnieniem (np. telewizja wewnątrzoddziałowa, system monitorowania okien i drzwi wejściowych, system dźwiękowy sygnalizujący nieuprawnione otwarcie drzwi i okien)
- (3) wydzielone i ogrodzone miejsce do spacerów, połączone z oddziałem (pododdziałem)

Należy podkreślić, że dotychczas (poza Kliniką Psychiatrii Sądowej), żaden z oddziałów psychiatrii sądowej w zakładach psychiatrycznej opieki zdrowotnej nie ma zabezpieczeń wymienionych w punkcie drugim, zaś dyrektorzy tych zakładów informują, że nie posiadają środków finansowych na ten cel. Z przedstawionych założeń wynika, że sprawa wykazu zakładów opieki zdrowotnej, prowadzących obserwacje sądowo-psychiatryczne osób pozbawionych wolności, wymaga: przeznaczenia dodatkowych środków finansowych w wysokości około 2,2 mln zł na remonty, adaptację i zabezpieczenia wytypowanych oddziałów szpitali psychiatrycznych oraz dalszych uzgodnień z Ministerstwem Sprawiedliwości w sprawie zadań oddziałów psychiatrii sądowej przy aresztach śledczych oraz zasad kierowania do tych oddziałów na obserwację sądowo-psychiatryczną.

WPROWADZANIE ICD-10

W związku ze zbliżającym się terminem wprowadzenia dziesiątej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, w I kwartale przyszłego roku ukaże się polski przekład obszernego podręcznika do V rozdziału Klasyfikacji pt.: *Clinical Descriptions and Clinical Guidelines*, w końcu roku zaś: *Diagnostic Criteria for Research*. Obie książki, przełożone na język polski przez zespół klinicystów IPiN, wyda Instytut wspólnie z Wydawnictwem "Vesalius", pod auspicjami IPN-WHO Collaborating Center. Pla-

nujemy ponadto zorganizowanie cyklu szkoleń dla ordynatorów oddziałów psychiatrycznych.

Trwają prace nad przekładem na język polski - nowej klasyfikacji i zasad rozpoznawania zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV).

STANDARDY POSTĘPOWANIA

W połowie 1997 r. przewidywane jest zakończenie prac nad drugą wersją *Zasad rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych* dostosowanych w zakresie diagnostyki do wymogów ICD-10, której uwzględnią również wykazy niezbędnych badań pomocniczych w poszczególnych grupach zaburzeń oraz postępy terapii. Opracowywany jest projekt standardów stosowania psychoterapii, w którym uwzględniono również kwalifikacje osób stosujących psychoterapię jako metodę leczenia.

DOKUMENTACJA MEDYCZNA

W najbliższym czasie będą wprowadzone nowe wzory podstawowej dokumentacji medycznej stosowanej w lecznictwie psychiatrycznym i odwykowym, których treść została dostosowana do wymogów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Będą to: historia choroby szpitalna (psychiatryczna), historia choroby poradni zdrowia psychicznego, historia choroby poradni odwykowej, karta statystyczna psychiatryczna, karta ewidencyjna poradni odwykowej, karta ewidencyjna pacjenta szpitala (oddziału) psychiatrycznego i odwykowego, epikryza. Pierwsza partia dokumentacji zostanie wydrukowana na zlecenie MZiOS i udostępniona lecznictwu.

DOSTĘPNOŚĆ LEKÓW PSYCHOTROPOWYCH

Wybór leków psychotropowych dostępnych na rynku farmaceutycznym w Polsce jest zadowalający, wszystkie leki niezbędne do leczenia podstawowych grup zaburzeń psychicznych są dostępne, systematycznie zwiększa

się wybór leków najnowszej generacji. Czynnikiem limitującym dostępność leków, zwłaszcza nowych, jest ich wysoka cena. Dotyczy to zwłaszcza szpitali psychiatrycznych, których często nie stać na zakupienie leków drogiej. Niektórzy lekarze udostępniają recepty rodzinom chorych z sugestią uzyskania tych leków nieodpłatnie w aptekach otwartych i przekazania do szpitala. Praktyka taka jest w sposób oczywisty niezgodna w przepisami. Sporo wątpliwości, a nawet emocji, wzbudzają listy leków udostępnianych nieodpłatnie lub z opłatą 50% osobom z chorobami przewlekłymi. W toku prac nad ostatnią taką listą zwróciłem się do konsultantów regionalnych o opinię w tej sprawie. Większość proponowała zamieszczenie na liście leków wydawanych nieodpłatnie chorym psychicznie i upośledzonym umysłowo niemal wszystkich leków psychotropowych, co oczywiście okazało się nie-realne. Opublikowana ostatnio lista (*Rozp. Ministra Zdrowia z dn. 2 sierpnia 1996, decyzja nr 35 Ministra Zdrowia z dn. 14 sierpnia i inne*) obejmuje: 18 neuroleptyków, 4 leki przeciwdepresyjne, węglan litu, karbamazepinę i pochodne kwasu walproinowego. Na liście leków z odpłatnością 50% znalazły się dwa leki przeciwdepresyjne (fluoksetyna oraz moklobemid) oraz jeden lek anksjolityczny (buspiron).

ZAKUPY INWESTYCYJNE ZE ŚRODKÓW MZiOS (TZW. PROGRAMY CELOWE)

W 1995/96 roku, podobnie jak w latach ubiegłych, zakupiono aparaturę diagnostyczną dla szpitali i oddziałów psychiatrycznych przy

szpitalach ogólnych na łączną sumę 3 mln 400 tys. zł. Dostawców aparatury wytypowano w drodze przetargów organizowanych przez Zakład Zamówień Publicznych MZiOS. Ogółem od 1994 roku kupiono 105 sztuk różnej aparatury diagnostycznej, którą otrzymały 54 placówki psychiatryczne (głównie szpitale). Rok 1996 okazał się mniej korzystny dla psychiatrii. Ograniczone środki finansowe uzyskane w tym roku na programy celowe przeznaczono na aparaturę kardiologiczną i onkologiczną. Należy mieć nadzieję, że w 1997 roku leczenie psychiatryczne będzie ponownie uwzględnione w planie zakupów. Potrzeby w tym zakresie są MZiOS znane.

DZIAŁALNOŚĆ INTERWENCYJNA

Większość działań interwencyjnych konsultanta krajowego wiązała się z napływającymi z kraju informacjami o trudnej sytuacji finansowej szpitali lub pilnymi potrzebami remontów i przeprowadzenia prac modernizacyjnych. W marcu 1996 roku w wystąpieniu do Ministra Zdrowia przedstawiłem trudną sytuację szpitali psychiatrycznych w Polsce, zwróciłem uwagę na pilne potrzeby finansowe placówek psychiatrycznych związane z remontami i zakupami inwestycyjnymi oraz na potrzebę podjęcia nadzwyczajnych działań.

W lipcu 1996 roku przedstawiłem Ministrowi Zdrowia warunki udostępnienia oddziałów psychiatrycznych do celów obserwacji sądowo-psychiatrycznej osób aresztowanych, zwróciłem uwagę na konieczność przeprowadzenia remontów i prac adaptacyjnych oraz podałem szacunkowe koszty takich działań.

*Adres: Prof. Stanisław Pużyński, Instytut Psychiatrii i Neurologii,
Al. Sobieskiego 119, 02-957 Warszawa*