



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny
(260)

23. posiedzenie
Komisji Zdrowia
w dniu 28 maja 2008 r.

VII kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja na temat stanu opieki psychiatrycznej w Polsce.
2. Sprawy różne.

(Początek posiedzenia o godzinie 12 minut 04)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Władysław Sidorowicz)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Witam szanownych państwa.

Otwieram posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Porządek obrad przewiduje następujące punkty. Punkt pierwszy to informacja Ministerstwa Zdrowia dotycząca sytuacji opieki psychiatrycznej w Polsce. Potem będzie informacja o raporcie NIK na temat kontroli funkcjonowania opieki psychiatrycznej, ze szczególnym uwzględnieniem opieki stacjonarnej. Następnie będzie wystąpienie pana profesora Marka Jaremy na temat tego, dlaczego konieczny jest w Polsce Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Potem będzie mowa o celach i rozwiązaniach proponowanych w projekcie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego – jest to temat wystąpienia pana profesora Wciórki. Pani doktor Katarzyna Prot przekaze nam informacje na temat ochrony zdrowia psychicznego w Europie; chodzi o cele i rozwiązania. Następnie będzie podsumowanie i wnioski, które spróbuję zgłosić. W punkcie ostatnim znajdą się sprawy różne.

Proponuję jednak, aby zacząć od informacji NIK.

Jeśli nie usłyszę sprzeciwu, uznam, że porządek posiedzenia senackiej Komisji Zdrowia został przyjęty.

Witam serdecznie dzisiejszych mówców, prelegentów. Chcę też przywitać przedstawiciela NIK, pana prezesa Myrtę, mojego lokalnego, że tak powiem, dyrektora delegatury dolnośląskiej NIK, Ministerstwa Zdrowia, czyli dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego, pana doktora Olszaka, Naczelnej Rady Lekarskiej, panią doktor Bożenę Pietrzykowską, też psychiatrę, a także panią Nawrot z Naczelnej Izby Lekarskiej, pana Wojciecha Kłosińskiego, także z Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia oraz panią Lidię Ligęzę z Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Bardzo proszę pana prezesa o przedstawienie nam wyników kontroli.

**Dyrektor Delegatury Najwyższej Izby Kontroli we Wrocławiu
Andrzej Myrta:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

W minionym roku Najwyższa Izba Kontroli objęła kontrolą funkcjonowanie opieki psychiatrycznej, ze szczególnym uwzględnieniem opieki stacjonarnej. Zbadaliśmy pod względem legalności, gospodarności i rzetelności trzydzieści cztery jednostki, w tym Ministerstwo Zdrowia oraz Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie,

osiem urzędów marszałkowskich, dwadzieścia cztery samodzielne publiczne ZOZ, dla których organami założycielskimi są jednostki samorządu terytorialnego. W ramach kontroli koordynowanej przez delegaturę NIK we Wrocławiu, którą reprezentuję, kontrolę wykonywały delegatury w Białymstoku, Bydgoszczy, Łodzi, Katowicach, Krakowie, Olsztynie, Poznaniu, Wrocławiu oraz Departament Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia z centrali NIK. Kontrolą objęliśmy okres od 2005 r. do pierwszego półrocza 2007 r., tak że to nie jest zbyt odległy czas. Kontrola została podjęta z inicjatywy własnej NIK, w związku z sugestią Komisji Zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, żeby przejść ad rem, nie został dotychczas stworzony kompleksowy system opieki nad chorymi i zaburzeniami psychicznymi. Nie podjęto też działań na rzecz integracji i przywrócenia do funkcjonowania w społeczeństwie ludzi chorych psychicznie, mając na uwadze dostosowanie rozwiązań dotyczących opieki psychiatrycznej do przyjętych w krajach Unii Europejskiej. Kolejni ministrowie właściwi do spraw zdrowia nie wywiązywali się przez dwanaście lat z ustawowego obowiązku określenia w drodze rozporządzenia docelowej sieci zakładów opieki psychiatrycznej z uwzględnieniem ich dostępności i sposobu finansowania. Brak tych rozwiązań rzutował bezpośrednio na sytuację pacjentów wymagających leczenia, jak i opieki. Miał również wpływ na ograniczone działania samorządów województw na rzecz stworzenia i prowadzenia zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej zgodnie z potrzebami wynikającymi z liczby i struktury społecznej ludności województwa. W toku kontroli do czasu jej zakończenia nie dysponowaliśmy danymi odnośnie do statystyki, ile osób korzysta w Polsce z opieki psychiatrycznej we wszystkich formach, dysponowaliśmy tylko – zarówno przy rozpoczęciu kontroli, jak i jej zakończeniu – liczbą miliona sześciuset tysięcy. Jest to dość spora populacja.

W Polsce nadal funkcjonuje tradycyjny model opieki psychiatrycznej, który obejmuje szpitale psychiatryczne i poradnie. Przekształcenia systemowe zgodne z założeniami ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego oraz wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia dotyczą wprowadzenia opieki według modelu środowiskowego, według którego opieka odbywa się głównie w środowisku pacjenta w formach: opieki pozaszpitalnej poradni, oddziałów dziennych, zespołów leczenia domowego, hosteli, mieszkań chronionych itd., przy ograniczeniu do niezbędnego minimum pobytu w szpitalach psychiatrycznych.

Założenia określające kierunki i zakres zmian w opiece psychiatrycznej zostały zawarte w kolejnych wersjach projektu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, opracowanych w Instytucie Psychiatrii i Neurologii. Projekt nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia uwzględniający stworzenie podstawy prawnej do opracowania i wdrożenia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, określającego sposób realizacji i koordynacji oraz jego uczestników, został przyjęty przez Radę Ministrów na posiedzeniu w dniu 9 października 2007 r. i przekazany do Sejmu Rzeczypospolitej w listopadzie 2007 r.

Spośród ośmiu skontrolowanych urzędów marszałkowskich tylko w dwóch, to jest w urzędzie województwa małopolskiego i urzędzie województwa podlaskiego, zostały opracowane pełne, wielokierunkowe, wieloletnie programy odnoszące się do opieki psychiatrycznej przyjętej przez sejmiki województwa. Organa administracji publicznej nie przywiązywały, niestety, należytej uwagi do promocji zdrowia psychicznego. Połowa ze skontrolowanych ośmiu urzędów marszałkowskich nie podejmowała

żadnych działań na rzecz promocji zdrowia psychicznego. Minister zdrowia nie zapewnił warunków do funkcjonowania Rady do spraw Promocji Zdrowia Psychicznego, skutkiem czego było niezrealizowanie przez nią w latach 2005–2007 zadań, między innymi w zakresie opracowania projektów krajowych programów promocji zdrowia i okresowych ocen wykonania zadań przez właściwe organy i instytucje.

Ograniczenia w dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychiatrycznej dotyczyły głównie przyjęć na oddziały leczenia dziennego, dzieci i młodzieży, psychiatrii sądowej, a także przyjęć do zakładów opiekuńczo-leczniczych i wystąpiły w siedmiu spośród szesnastu skontrolowanych szpitali psychiatrycznych. Spowodowane były brakiem oddziałów dla dzieci i młodzieży bądź niewielką liczbą miejsc na tych oddziałach, a także brakiem możliwości zatrudnienia wymaganych specjalistów w zakresie psychiatrii dla dzieci i młodzieży oraz psychologów klinicznych. W skrajnym przypadku okres oczekiwania pacjenta na przyjęcie wynosił do trzystu trzydziestu dni. W czterech szpitalach miały miejsca odmowy przyjęć pacjentów na leczenie z braku miejsc. Ograniczenia dostępności do świadczeń zdrowotnych wynikały także po części z długiego okresu – powyżej roku – pozostawiania pacjentów w trybie leczenia. Główną grupę pacjentów przebywających dłużej niż rok stanowili przewlekle chorzy, niezdolni do samodzielnej egzystencji, a także skierowani na obserwację nakazaną przez sądy. Ogółem w badanym okresie w trzynastu z szesnastu skontrolowanych szpitalach przebywało według stanu na koniec 2005 r. – dziewięciuset trzydziestu trzech, w 2006 r. – dziewięciuset osiemnastu, a według stanu na półrocze 2007 r. – ośmiuset takich pacjentów. Okres oczekiwania pacjentów na umieszczenie w domach pomocy społecznej lub innych placówkach nieszpitalnych wynosił nawet do sześciu lat, co spowodowane było zbyt małą liczbą takich ośrodków lub niepodjęciem rozbudowy już istniejących z uwagi na szczupłość środków finansowych.

Z ustaleń kontroli wynikało również to, że praktycznie nie funkcjonował system zapewniający ciągłość opieki nad pacjentami chorymi psychicznie, szczególnie o przewlekłym lub ryzykownym przebiegu choroby, których stan zdrowia wymaga systematycznej farmakologii, psychoterapii lub socjoterapii. Po wypisaniu ze szpitala w karcie informacyjnej uwzględniano w takich przypadkach wskazania do zapewniania czynnej opieki ambulatoryjnej. Nie mniej ze względu na brak uregulowań zasady współpracy między szpitalami psychiatrycznymi i poradniami zdrowia psychicznego tylko sporadycznie, oczywiście za zgodą pacjenta, następowała wymiana informacji między tymi jednostkami odnośnie leczenia danego pacjenta.

Kontrola ujawniła również pewne uchybienia w prowadzeniu dokumentacji medycznej, wskazujące na niepełne respektowanie procedur postępowania przy przyjmowaniu, leczeniu, wypisywaniu pacjentów ze szpitali i niepełne przestrzeganie tych praw. Nieprawidłowości w dokumentowaniu stosowania przymusu bezpośredniego według pacjentów dotyczyły zwłaszcza nieprzestrzegania obowiązku uprzedzenia pacjenta o zamiarze zastosowania wobec niego środka przymusu bezpośredniego, co wystąpiło w trzynastu z szesnastu skontrolowanych szpitali i w dwustu dwudziestu czterech z trzystu trzydziestu ośmiu zbadanych przypadków. Ponadto stwierdzono niedokonywanie wymaganych wpisów w dokumentacji odnośnie do czasu trwania unieruchomienia, jego przedłużenia lub okresowego uwolnienia pacjenta w trakcie stosowania przymusowego unieruchomienia.

Na tym tle bardzo pozytywna była dostrzeżona przez kontrolę informacja o niesamowicie trafnym rozwiązaniu, jakim było funkcjonowanie Biura Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia i związani z tym rzecznicy praw pacjenta w szpitalach psychiatrycznych. To rozwiązanie bardzo trafne na tle tego, co przeczytałem przed chwilą o nieprawidłowościach. Ustanowienie rzeczników od stycznia 2006 r. było zasadne i przyczyniło się, co potwierdziły wszystkie nasze kontrole, do poprawy przestrzegania praw pacjentów w szpitalach psychiatrycznych, między innymi do poprawy warunków bytowych pacjentów i zapewnienia dostępności do zajęć terapeutycznych. Niestety, niezadowolająca była jednak liczba rzeczników w stosunku do liczby szpitali, gdyż obejmowali oni swym działaniem tylko 26% placówek lecznictwa psychiatrycznego w kraju. W kontrolowanych szesnastu szpitalach działało zaledwie siedmiu rzeczników.

Trzeba powiedzieć, że kontrola wykazała również niewłaściwe warunki, w jakich odbywała się realizacja świadczeń zdrowotnych. Żaden z szesnastu skontrolowanych szpitali nie spełniał w pełni wymogów w zakresie warunków fachowych, sanitarnych pomieszczeń, określonych do tego typu placówek w aktualnym rozporządzeniu ministra zdrowia z 10 listopada 2006 r., a opracowane programy dostosowawcze z terminem realizacji do 2012 r. były kolejnymi od dwudziestu lat programami do zapewnienia zgodności warunków faktycznych z przewidzianymi w rozporządzeniu. Najczęściej nie były spełniane wymagania w zakresie bezpiecznego oszklenia okien w salach, sposobu umieszczenia wypustów instalacji elektrycznej, pokoi łóżkowych, otwierania drzwi do sal, wydzielania odcinków obserwacyjno-diagnostycznych, jednoosobowych separa-tek bądź izolatek o powierzchni co najmniej 12 m² z własnym pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym. Odstępstwa od wymogów dotyczyły także przekroczenia limitu łóżek w salach – pokoje siedmio-, dziesięcioosobowe przy wymogu nie więcej niż pięciu pacjentów – niezachowania normatywu powierzchni na jedno łóżko, to jest 6 m², oraz odstępów między łóżkami i dostępu do łóżka z trzech stron, braku odrębnych pomieszczeń sanitarno-higienicznych dla kobiet i mężczyzn, zbyt małej liczby urządzeń sanitarnych oraz niedostosowania tych pomieszczeń do potrzeb osób niepełnosprawnych. Występujące tutaj uchybienia nie odbiegały od uchybień w powszechnej służbie zdrowia tego typu placówek, ale biorąc pod uwagę specyfikę choroby, były uciążliwe dla tych ludzi. Były przypadki umieszczania pacjentów na korytarzach i w salach odwiedzin. W połowie skontrolowanych szpitali stwierdzono niewłaściwy stan sanitarny sal chorych, korytarzy, pomieszczeń sanitarno-higienicznych, kuchennych. Niewłaściwy stan techniczny dotyczył także budynków bądź ich elementów. Nie zapewniono również przeprowadzania okresowych przeglądów obiektów budowlanych i badań instalacji wymaganych przepisami prawa budowlanego. W jedenastu szpitalach stwierdzono brak właściwego zabezpieczenia obiektów pod względem pożarowym, co stanowi szczególne niebezpieczeństwo dla pacjentów. Zaniedbania w tym zakresie obejmowały niewłaściwe oznakowanie dróg ewakuacyjnych, a także zastawianie dróg, niesprawne oświetlenia awaryjne, brak urządzeń oddymiających pomieszczenia klatek schodowych, brak hydrantów przeciwpożarowych wewnętrznych itd.

Trzeba powiedzieć, że sytuacja ekonomiczna skontrolowanych psychiatrycznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2005–2007 była zróżnicowana, z tendencją do nieznacznej poprawy. W tym okresie straty na działalności ponosiła blisko połowa ze skontrolowanych szesnastu szpitali, a wielkość tych strat wynosiła od

240 tysięcy zł w przypadku szpitala w Toruniu do 2 milionów zł – szpital w Boleśławcu. Oczywiście te straty były generowane przez umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, których wartość pokrywała 60–80% kosztów procedur realizowanych w tych szpitalach.

Wystąpiły ograniczenia w sprawowaniu kontroli i nadzoru nad zakładami psychiatrycznej opieki zdrowotnej, szczególnie ze strony ministra zdrowia, który w badanym okresie nie przeprowadził żadnej kontroli w takich zakładach, ani też nie zlecał takich kontroli innym organom. W pięciu z ośmiu skontrolowanych urzędów marszałkowskich nie zapewniono kontroli w podległych jednostkach.

Zalecenia pokontrolne adresowane do ministra zdrowia szły w kierunku usprawnienia tej sytuacji i zogniskowały się wokół następujących zadań.

Pierwsze to dokonywanie okresowych ocen funkcjonowania opieki psychiatrycznej zarówno pod względem jej dostosowania do modelu docelowego, jak i oceny jakości świadczeń i skuteczności stosowanych metod leczniczych oraz oceny sprawowania opieki nad pacjentem chorym psychiatrycznie po opuszczeniu szpitala.

Drugie – podjęcie działań zmierzających do zwiększenia liczby specjalistów w dziedzinie psychiatrii, w tym psychiatrii dziecięcej, psychologów klinicznych w celu poprawy dostępności do świadczeń psychiatrycznych, zwłaszcza dzieci i młodzieży.

Trzecie – rozważenie możliwości wprowadzenia systemu ciągłej opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi w odniesieniu do pacjentów psychotycznych o szczególnie ciężkim nawracającym przebiegu choroby.

Czwarte – rozważenie wniesienia inicjatywy legislacyjnej w kierunku określenia sposobu i zasad współpracy rzecznika praw pacjenta szpitala psychiatrycznego z kierownikami szpitali, organami tworzącymi, wojewodami oraz sędziami wizytatorami sądów rodzinnych w zakresie przestrzegania praw pacjentów w celu skutecznego rozwiązywania zgłaszanych problemów związanych z pobytem pacjentów w szpitalu psychiatrycznym. Nasze kontrole bowiem stwierdziły, że brak jest doprecyzowań procedur w kontaktach wzajemnych między rzecznikiem a dyrektorem i dochodziło niekiedy do konfliktów; zależało to od cech charakterologicznych.

W zakresie samorządów województw nasze wnioski zogniskowały się na następujących zadaniach. Pierwsze to uwzględnienie w działaniach samorządów województwa spraw związanych z zapewnieniem opieki psychiatrycznej mieszkańcom województwa między innymi poprzez zintensyfikowanie działań na rzecz promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym. Drugie to udzielanie pomocy i finansowego wsparcia jednostkom psychiatrycznej opieki zdrowotnej w celu zapewnienia poprawy warunków udzielania świadczeń zdrowotnych. Trzecie to opracowanie programów zdrowotnych dotyczących opieki psychiatrycznej i dokonywanie okresowych ocen ich realizacji.

W wyniku tego wystąpienia wpłynęło w kwietniu na ręce pana prezesa Kościelniaka, wiceprezesa Najwyższej Izby Kontroli pismo z Ministerstwa Zdrowia, gdzie podzielono nasz punkt widzenia, nie kwestionując spostrzeżeń kontrolnych, z równoczesnym zaznaczeniem, że resort podjął działania w celu usuwania stwierdzonych uchybień. Na samym końcu, przedstawiając powyższe stanowisko, pozwolę sobie cytować: „uprzejmie dziękuję za przeprowadzenie kontroli, której wyniki niewątpliwie przyczynią się do coraz sprawniejszego funkcjonowania opieki psychiatrycznej w Polsce”.

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący, za uwagę.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo dziękuję panu prezesowi za przedstawienie wyników kontroli.

Chcę powitać panią minister Elżbietę Radziszewską i pana ministra Fronczaka z Ministerstwa Zdrowia.

Zgodnie z planem w tej chwili głos będzie miał pan minister Fronczak.

Bardzo proszę.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Adam Fronczak:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Bardzo serdecznie państwu przepraszam za spóźnienie, ale byłem po sąsiedzku, piętro niżej, gdzie była bardzo żywa dyskusja w sprawie genetycznie modyfikowanej żywności. To też sprawy zdrowia, tyle że w trochę innym aspekcie, bo w aspekcie Unii Europejskiej.

Jeśli chodzi o informację ministra zdrowia dotyczącą sytuacji opieki psychiatrycznej w Polsce, to przekazaliśmy państwu materiał, chciałbym więc dość syntetycznie odnieść się do pewnych aspektów związanych z tą problematyką. Otóż w ciągu ostatnich piętnastu lat, to znaczy od 1990 r. do 2004 r., wskaźnik rozpowszechnienia leczonych w opiece ambulatoryjnej wzrósł o 131%, czyli z ponad tysiąca sześciuset chorych do ponad trzech tysięcy siedemset na sto tysięcy ludności, a wskaźnik rozpowszechniania hospitalizacji o 45% , z trzystu sześćdziesięciu dwóch do pięciuset dwudziestu sześciu na sto tysięcy ludności.

Drugim istotnym elementem, który pokazuje nam, co się wydarzyło w obszarze zdrowia psychicznego w ciągu piętnastu lat, to są wskaźniki zapadalności, a mianowicie między rokiem 1990 a 2004 wskaźnik zapadalności w leczeniu ambulatoryjnym, czyli wzrost zgłaszalności, wzrósł o 136%, a w leczeniu całodobowym o 84%. We wszystkich analizowanych latach najczęściej były leczone osoby z zaburzeniami niepsychotycznymi. W ciągu piętnastu lat wskaźnik tych zaburzeń wzrósł o 85%. Psychotyczne zaburzenia – wzrost ponad trzykrotny, o ponad 220%, zaburzenia poalkoholowe – wzrost wskaźnika o 80%. Najniższe wskaźniki charakteryzują zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych. W leczeniu całodobowym we wszystkich latach najczęściej hospitalizowane były osoby z zaburzeniami psychotycznymi – wzrost prawie o 30%, a z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu znacznie większy, bo wskaźnik wynosi 63%. Najwyższy, ponad trzykrotny wzrost wskaźnika, o 225%, dotyczy osób, które stosowały substancje psychoaktywne. Jak państwo zresztą spojrzycie na statystykę stosowania środków psychoaktywnych, to wzrost zaczyna się właściwie od początku lat dziewięćdziesiątych. Praktycznie te statystyki były przed rokiem dziewięćdziesiątym niewielkie. To paralelnie wzrasta w związku z tym, że wielokrotnie zwiększyła się liczba osób zażywających substancje psychoaktywne.

Znacznie częściej leczą się mieszkańcy miast niż wsi. Wynika to między innymi z tego, że jest lepsza dostępność do opieki w mieście. To nie jest tylko kwestia tego, że

ludzie częściej chorują w mieście, chociaż tak może wynika ze wskaźników. To jest troszeczkę jak z górą lodową. Częściej się rozpoznaje pewne jednostki w tym obszarze, w tej populacji, która ma dostęp do leczenia, niż w populacji wiejskiej, w której, niestety, ta dostępność jest mniejsza. Myślę, że to może mieć wpływ na zasadnicze różnice w podanych wskaźnikach.

Jeżeli natomiast porównamy kobiety do mężczyzn, to w opiece ambulatoryjnej w 1990 r. różnica między wskaźnikiem mężczyzn i kobiet była minimalna. Przewaga kobiet wynosiła 1%. W ciągu piętnastu lat ta różnica powiększyła się do 10%, czyli po piętnastu latach mamy praktycznie znacznie wyższy wskaźnik korzystania z opieki psychiatrycznej ambulatoryjnej przez kobiety. W leczeniu całodobowym obserwuje się przewagę mężczyzn, a różnice ze względu na płeć są większe niż ze względu na miejsce zamieszkania i, co więcej, pogłębiły się. Przewaga mężczyzn wynosiła w 1990 r. 68%, a w 2004 r. – 78%. Wpływ miał na to wysoki odsetek hospitalizowanych z powodu zaburzeń alkoholowych – chyba siedmiokrotnie więcej mężczyzn niż kobiet – i to tę statystykę w taki dość drastyczny sposób obrazuje.

Myślę, że ważnym elementem w całości opieki psychiatrycznej jest młodzież. Spójrzmy na kilka charakteryzujących tutaj wskaźników. Otóż przyjmujemy, że co najmniej 10% z populacji dzieci i młodzieży w wieku do lat osiemnastu wymaga opieki, pomocy psychiatryczno-psychologicznej. To są szacunki związane z populacyjnymi badaniami, czyli przyjmijmy, że do dziewięciuset tysięcy młodych ludzi do osiemnastego roku życia korzystało czy powinno korzystać z opieki psychiatrycznej i psychologicznej. Podkreślam to, bo jest to ważny element – psychologicznej opieki. W 2004 r. zarejestrowano niecałe sto trzydzieści tysięcy osób, a z opieki szpitalnej skorzystało około dwunastu tysięcy młodocianych.

Badania populacyjne prowadzone w wielu miejscach Polski sugerują znaczną częstość różnych problemów zdrowia psychicznego wyraźnie przekraczającą rozmiar zgłaszalności, liczbę zarejestrowanych w placówkach. Na przykład częstość zaburzeń depresyjno-lękowych sięga w badaniach krakowskich do 28% dzieci w przedziale wieku 10–17 lat, a częstość zaburzeń odżywiania w populacji dziewcząt dochodzi do 12% w przedziale wieku 13–17 lat. Oczywiście problemem rzutującym na późniejsze życie i ryzyko zdrowotne w tej grupie dzieci i młodzieży jest też inicjacja używania i nadużywania substancji psychoaktywnych. Mam na myśli tytoń, alkohol, narkotyki.

Odsetek populacji w wieku starszym rośnie w Polsce systematycznie. Średnia życia wydłuża się zarówno w populacji mężczyzn, jak i kobiet. Ten odsetek przekracza 13%. Ma tendencję wzrostową w przypadku osób po 65 roku życia.

Z poradni zdrowia psychicznego w 2004 r. korzystało prawie sto siedemdziesiąt tysięcy osób w wieku powyżej sześćdziesiątego piątego roku życia, a ze szpitalnej opieki dwadzieścia tysięcy osób. Trzeba tutaj również zaakcentować, że w tym wieku rośnie zapotrzebowanie na opiekę psychogeriatryczną, ponieważ ryzyko niepełnosprawności, zmniejszonej samodzielności, aspekty starzenia się, to są te elementy, które na pewno determinują potrzeby w tym zakresie. Także sprawy biologiczne, czyli choroby zwyrodnieniowe, choroby naczyniowe mózgu niewątpliwie w jakiś sposób wpływają na zwiększenie odsetka chorób o podłożu psychogennym.

I jeszcze taki bardzo mocny wskaźnik – trzeba też tutaj jasno powiedzieć, że rośnie liczba zgonów w wyniku samobójstw. Częstotliwość zgonów poprzez akt samobójczy wzrosła w okresie transformacji w latach 1999–2004 o ponad 22%.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Panie Ministrze, ponieważ to jest materiał przesłany na piśmie, prosiłbym może... Jest bowiem jeszcze bardzo ładnie opisana część prawna, organizacyjna. Jeśli można byłoby prosić o skupienie się bardziej na tym, co ministerstwo w tej chwili próbuje zrobić. To bowiem jest dla nas *clou*, zwłaszcza że części dotyczące sytuacji epidemiologicznej i, powiedzmy, diagnostycznej będą pewnie powtórzone w wystąpieniach naszych znakomitych gości z pionu psychiatrycznego. Tak że zdecydowanie bardziej prosiłbym o skupienie się na planach ministerstwa i działaniach podejmowanych w tej sprawie w tej chwili.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Adam Fronczak:**

Podszedłem do tego tematu trochę po lekarsku – najpierw diagnoza, a potem leczenie. Oczywiście, uwarunkowania prawne są podane, trzy elementy trzeba jednak zacytować.

Ochrona zdrowia psychicznego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r., polega w szczególności na trzech elementach, czyli promocji zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym; zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej, powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnej do życia w środowisku rodzinnym i społecznym; oraz kształtowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych podstaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, w celu przeciwdziałania dyskryminacji. Oczywiście, działań zapobiegawczych jest bardzo wiele. Tutaj też w jakiś sposób staraliśmy się to syntetycznie państwu przedstawić.

Uwarunkowania organizacyjne to jest sprawa techniczna. Praktycznie mamy blisko tysiąc dwieście placówek poradni zdrowia psychicznego. Dla osób uzależnionych od alkoholu dostępnych jest czterysta poradni o charakterze odwykowym, a pomoc w zakresie stosowania substancji psychoaktywnych oferuje około dziewięćdziesięciu poradni. Druga forma opieki to jest opieka pełnodobowa w szpitalach psychiatrycznych. Mamy dwieście trzydzieści pięć placówek tworzonych przez pięćdziesiąt cztery szpitale psychiatryczne, mniej więcej dwadzieścia tysięcy łóżek. Zwrócę uwagę na tę formę, która powinna się rozwijać, która się rozwija, jest bardzo ważna, a mianowicie trzeci rodzaj tej opieki to formy pośrednie leczenia. I to jest przyszłość, uważam, opieki psychiatrycznej w nowoczesnym państwie, w jakim żyjemy. Musimy tę opiekę transformować i tłumaczyć również, ponieważ często jest poczucie zagrożenia, że likwidacja stacjonarnych łóżek szpitalnych jest niekorzystna. W tym zakresie, jeżeli można prowadzić leczenie i opiekę w środowisku danego pacjenta z dostępem na dzień do ośrodków psychiatrycznych, to jest to chyba najlepsze, co można zaoferować, oczywiście w pewnych jednostkach i w pewnych formach nasilenia choroby. Myślę, że ten kierunek będzie się w naszym kraju rozwijać. Musi być jakaś odpowiedź z naszej strony. Mając na uwadze diagnozę, którą przedstawiłem może zbyt szczegółowo, przyjmujemy, że kształtowanie tych wskaźników będzie miało charakter progresywny. Nie spodziewamy się zatrzymania na tym etapie i dlatego, biorąc pod uwagę, że mamy przedstawiony tutaj obraz roku 2004, że jest na pewno większe zapotrzebowanie teraz

i za kilka lat, dążymy do tego, aby Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego mógł być przyjęty, wdrożony i realizowany.

Chcę powiedzieć, że to ma niewątpliwie związek z „Deklaracją o ochronie zdrowia psychicznego dla Europy”. To są również kierunki polityki Unii Europejskiej, są to dokumenty o charakterze międzyrządowym. Chciałbym zarekomendować państwu kierunek dotyczący Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, ponieważ ważną informacją jest fakt, że 6 listopada 2007 r. został przekazany marszałkowi Sejmu przez prezesa Rady Ministrów projekt ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, wraz z projektem aktu wykonawczego określającego Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Myślę, że będziemy mogli przedyskutować tę sprawę w następnych punktach porządku obrad. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję za syntetyczne przedstawienie stanu diagnozy epidemiologicznej i stosunku resortu do kwestii uregulowań prawnych.

Teraz bardzo prosiłbym o zabranie głosu pana profesora Jareme.

Bardzo proszę.

**Konsultant Krajowy w Dziedzinie Psychiatrii
Marek Jarema:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Bardzo dziękuję za zaproszenie. To jest bardzo ważny etap w dążeniu do realizacji naszego celu, jakim jest Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Obecnie mamy do czynienia z wyraźną aktywizacją różnych ciał, grup, stowarzyszeń, ale także organizacji na szczeblu Unii Europejskiej, zmierzających ku temu, aby opiece nad osobami z zaburzeniami psychicznymi nadać odpowiednią rangę i zapewnić odpowiednią godność tym ludziom. Chociażby w informacjach, które zostały przekazane przez pana ministra, jasno przejawia się jedna tendencja – taka, że osób z zaburzeniami psychicznymi jest coraz więcej, zapotrzebowanie na typy opieki nad ludźmi z zaburzeniami psychicznymi wzrasta i niestety, dotychczasowe rozwiązania w naszym kraju nie sprostają tej tendencji.

Wobec tego, odpowiadając prosto na pytanie zawarte w planie naszego dzisiejszego posiedzenia, czy jest nam potrzebny i dlaczego jest nam potrzebny Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, twierdzę, że jest nam bezwzględnie potrzebny. Bez uchwalenia takiego programu i jego wdrożenia będziemy spotykać się z sytuacją, która będzie powodowała zwiększenie się problemów związanych z opieką nad pacjentami z zaburzeniami psychicznymi.

Oprócz tego, co mówił pan minister, oprócz tych informacji, które są zawarte w informacji ministerstwa w odpowiedzi na raport NIK, oprócz tych niezwykle istotnych elementów, które zawiera raport NIK – mimo ogólnego stwierdzenia, że pozytywnie ocenia opiekę psychiatryczną w Polsce – raport jasno wskazuje na cały szereg niedociągnięć, którym musimy sprostać. Służba zdrowia czy tylko resort Ministerstwa Zdrowia z tym sobie nie poradzą. Do tego potrzebne jest skoordynowane działanie na poziomie krajowym, dlatego narodowy program, wychodzący naprzeciw tym wszystkim potrzebom, jest bezwzględnie konieczny.

Pan minister wspomniał o działaniach na szczeblu Unii Europejskiej. Mam przed sobą dwa dokumenty z dwóch ostatnich tygodni, które wskazują na wyraźną aktywizację ciał związanych z funkcjonowaniem Unii Europejskiej w zakresie ochrony osób z zaburzeniami psychicznymi. Jeden to jest propozycja dotycząca „European Pact for Mental Health and Well-being”, bardzo ważnej inicjatywy, którą z pewnością należy poprzeć. Drugi to jest rekomendacja Komitetu Ministrów Rady Europy dotycząca ochrony praw człowieka i godności osób z zaburzeniami psychicznymi. Te dwa dokumenty ujrzały światło dzienne niedawno. Oznacza to, że jest wyraźny trend na szczeblu Unii Europejskiej, zmierzający ku temu, żeby poprawić sytuację osób z zaburzeniami psychicznymi. Narodowy program wychodzi naprzeciw temu. Jeżeli go uchwalimy, jeżeli on zacznie działać, to będziemy akurat w nurcie największych zmian, które sugeruje Unia Europejska. Musimy mieć ten narodowy program. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo dziękuję panu profesorowi.

Zgodnie z programem bardzo proszę teraz pana profesora Wciórkę o przedstawienie projektu programu.

Bardzo proszę.

**Kierownik I Kliniki Psychiatrycznej
w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
Jacek Wciórka:**

Zadanie, jakie mi dziś postawiono, jest takie: mam powiedzieć o celach i rozwiązaniach proponowanych w projekcie programu. Mniej będę mówił o uzasadnieniu, przesłankach, które legły u podstaw jego konstrukcji i treści. Myślę, że sytuacja, którą wynika z informacji Naczelnej Izby Kontroli, jak i ta, w której zorientował państwa pan minister, nie jest sytuacją dobrą. Będę mówił o rzeczach, o których wielu z państwa słyszy. Dla mnie jest to rzeczywistość moich codziennych kontaktów i dlatego być może ton, który przybiorę, będzie czasami nazbyt emocjonalny. Proszę mi to wybaczyć, ale dla mnie jest to rzeczywistość przeżywana bardzo osobiście.

Zacznę od pewnej refleksji historycznej. Mniej więcej do przełomu XVIII i XIX wieku chorzy psychicznie czy osoby zdradzające ten rodzaj cierpienia, w zasadzie nie były traktowane jak ludzie. Odmawiano im najbardziej elementarnego traktowania. Od przełomu stuleci, o którym mówię, datuje się początek azylowej epoki w rozwoju opieki psychiatrycznej. Chorym zapewniono poczucie człowieczeństwa oraz dostęp do opieki i azylu, najczęściej w olbrzymich szpitalach psychiatrycznych. Od połowy XX wieku, nie bez udziału doświadczeń holokaustu osób z zaburzeniami psychicznymi w czasie II wojny światowej, zaczął się proces odzyskiwania praw, co oznaczało także dostęp do terapii i życia w środowisku. Od przełomu XX i XXI stulecia datuje się jakby nowy okres. Chorym psychicznie udostępniony jest udział w podejmowaniu strategicznych decyzji dotyczących opieki psychiatrycznej. W wielu krajach tak się dzieje. Oni są partnerami, uczestnikami, doradcami. Tak dzieje się w Szkocji, w Anglii, w Australii. W wielu krajach, nie we wszystkich.

Wydaje mi się, że sytuacja w Polsce jest jeszcze mocno umiejscowiona w tradycji azylowej. Stworzyliśmy początki epoki środowiskowej. Jesteśmy na samym po-

czątku epoki odzyskiwania podmiotowości przez konsumentów, użytkowników opieki psychiatrycznej.

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego ma swoją już kilkunastoletnią tradycję. Środowisko osób zajmujących się chorymi psychicznie przedstawiało od połowy lat dziewięćdziesiątych różnym decydującym gremiom kolejne wersje programu. Tę wersję przygotowaliśmy w roku 2006. W grudniu została skierowana do pierwszego czytania w Komisji Zdrowia Sejmu, co ma nastąpić w lipcu.

Sam program zaczyna się od krótkiego wstępu, mającego rangę preambuły, który przypomina hasło ukute przez Światową Organizację Zdrowia, że nie ma zdrowia bez zdrowia psychicznego. Dalej ocenia sytuację i formułuje cele programu. Każdemu z celów strategicznych przypisuje bardziej szczegółowe działania operacyjne, proponuje wybór oczekiwanych efektów oraz wskaźników do ich monitorowania. Proponuje też pewne etapy realizacji oraz źródła finansowania i oceny kosztów. Całość kończą aneksy dotyczące kilku zagadnień szczegółowych. Preambuła, o której wspomniałem, oznacza apel o to, aby zdrowie psychiczne także w naszym kraju stało się istotną wartością i ważnym dobrem chronionym przez politykę państwa i przez zbiorową mądrość obywateli, żeby była wyzwaniem dla tej polityki społecznej oraz dla przedstawicielstw samorządowych.

Program stara się zrealizować trzy podstawowe sprawy.

Pierwszy cel to zapewnić nowoczesną promocję zdrowia psychicznego i uruchomić mechanizmy zapobiegające jego zaburzeniom. To jest ta treść programu, która jest skierowana do wszystkich obywateli Rzeczypospolitej, ponieważ każdy jest albo zdrowym, który zdrowie może utracić, albo też należy do grup, w których ryzyko doznania cierpienia psychicznego jest większe i należy się uwaga.

Drugi cel, przedstawiony na slajdzie inną czcionką, innym kolorem, ponieważ on z praktycznego punktu widzenia wydaje się najważniejszy, dotyczy systemowej, gruntownej opieki psychiatrycznej według modelu środowiskowego. To jest ta część programu, która jest skierowana do realizacji na rzecz chorych osób i niepełnosprawnych.

I wreszcie trzeci punkt programu, który jest skierowany w stronę następnych pokoleń. One bowiem będą tyle wiedzieć i tyle umieć, ile im zostawimy dobrze wykonanych badań i informacji w dobrze zorganizowanym systemie informatycznym.

Pierwszy cel dotyczy promowania zdrowia psychicznego i zapobiegania jego zaburzeniom. On się rozkłada na trzy bardziej operacyjne cele, które formułują pewne sposoby działania. Pierwszym są działania promocyjne, sformułowane w programie jako upowszechnianie wiedzy, kształtowanie zachowań i stylów życia oraz rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu. Chodzi tu o cały szereg programów wymagających zaproponowania, wprowadzenia i cierpliwego realizowania przez bardzo różne ośrodki decyzyjne. To nie dotyczy tylko resortu zdrowia, ale także innych resortów – resortu edukacji, kultury, spraw wewnętrznych, sprawiedliwości i wielu, wielu innych. Chodzi o wspieranie rodziców w ich zadaniach wychowawczych i edukacyjnych, o działania promocyjne na terenie szkół, o działania promocyjne dla zdrowia psychicznego w miejscu pracy, o zapewnienie seniorom w naszym społeczeństwie warunków do zdrowego starzenia się, a także o okresową ocenę, badania stanu zdrowia psychicznego całej populacji.

Drugi cel operacyjny obejmuje działania skierowane na zapobieganie zaburzeniom psychicznym oraz przeciwdziałanie nietolerancji, wykluczeniu i dyskryminacji. Chodzi o takie programy i inicjatywy, które by przeciwdziałały przemocy, zwłaszcza dotyczącej młodych ludzi w rodzinie, w szkole, w środowisku lokalnym, a także problemów ryzykownych dla życia, jak samobójstwa, depresja czy innego rodzaju przemoc. Chodzi także o zajęcie się problemami osób używających alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Trzeba wspomnieć, że w celu rozwiązania tych problemów działają już krajowe bądź narodowe programy o takim charakterze, aby stanowiły pewną część czy równoległe działania z tym programem. Dalej należałoby wskazać na programy, które ograniczają różne czynniki ryzyka, a wzmacniają czynniki protekcyjne w procesie edukacji i wychowania młodego pokolenia, o wczesną interwencję w zaburzeniach rozwoju u dzieci. W Unii Europejskiej obliczono, że jedna złotówka zainwestowana w takie programy pozwala zaoszczędzić 7 zł, które trzeba potem wydać na skutki wcześniejszego braku zainteresowania tymi problemami. I wreszcie rozwinięcie rozmaitych akcji informacyjnych i edukacyjnych, wsparcie rozmaitych instytucji – rządowych, pozarządowych, których działanie i cele statutowe zmierzają do ograniczenia wykluczenia społecznego i zapobiegania stygmatyzacji osób, które przeżywają problemy zdrowia psychicznego.

Trzeci operacyjny cel i operacyjne działania to tworzenie instytucji poradnictwa i pomocy w kryzysach. Nie chodzi tu o placówki psychiatryczne, chodzi o placówki przeznaczone dla tych, którym życie przysparza jakieś sytuacje kryzysogenne, aby mogli tam znaleźć w porę skuteczną i łatwo dostępną pomoc. Chodzi o tworzenie ośrodków poradnictwa i pomocy psychospołecznej i wzmocnienie tych, które już istnieją w kraju, o utworzenie ośrodków pomocy kryzysowych dla rodzin przeżywających trudne sytuacje życiowe, o wczesne rozpoznawanie zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży, zwłaszcza skłonienie do tego lekarzy ogólnych i lekarzy pediatrów oraz różne działania psychoprophylaktyczne dla funkcjonariuszy różnych resortów uczestniczących w działaniach ratunkowych, ratujących ofiary przemocy, działających w sytuacjach różnych katastrof i klęsk żywiołowych. Im jest potrzebne odpowiednio wczesne przygotowanie. I to kończy działania dotyczące pierwszego celu, strategicznego celu tego programu – działania promocyjne i prewencyjne.

Przeskoczę na chwilę do celu trzeciego, nakierowanego na przyszłość, który wiąże się z rozwojem badań naukowych i systemów informacji zakresu ochrony zdrowia psychicznego. On jest rozwinięty w cztery zasadnicze działania, które dotyczą promowania badań, badań epidemiologicznych, dotyczących długoterminowych obserwacji w długim okresie problemów zdrowia psychicznego oraz monitorowania przebiegu samego programu ochrony zdrowia psychicznego. Wymagałoby to prawdopodobnie stworzenia projektu badawczego, zamawianego, który wszedłby do krajowego programu ramowego oferowanego przez resort nauki i szkolnictwa wyższego, prowadzonego czy realizowanego przez wspomniany resort. Dalej, stworzenie systemu statystyki medycznej do oceny stanu zdrowia psychicznego. Mamy taki system, bo od lat pięćdziesiątych zbierane są systematycznie w Instytucie Psychiatrii i Neurologii takie dane, ale metody, którymi się je zbiera, zakres, w jakim się to robi, są już daleko niewystarczające do potrzeb współczesności. Wydaje się też, że celowe byłoby utworzenie Narodowego Instytutu Zdrowia Psychicznego jako centralnej placówki badaw-

czej, która by ten cały ruch badawczo-informacyjny koordynowała i nadała mu odpowiednią jakość.

Chciałbym przejść do celu, który wydaje mi się najważniejszy dla losu osób chorujących psychicznie. On został sformułowany w szeroki sposób, jako zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej, zintegrowanej i dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form pomocy niezbędnych do życia w środowisku społecznym, w tym rodzinnym i zawodowym. Dlaczego on jest tak rozbudowany, będę się starał teraz wyjaśnić. Otóż cel strategiczny programu jest rozwinięty w czterech celach bardziej operacyjnych. Chodzi o stworzenie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej. To po pierwsze. Po drugie, o tworzenie i rozwijanie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego. Po trzecie, o zapewnienie wyleczonym i uzyskującym odpowiednie wsparcie społeczne osobom udziału w życiu zawodowym. Bardzo często dopiero to przekonuje ich, że odzyskują swoją pozycję w społeczeństwie i są traktowani jak ludzie pełnoprawni. Wreszcie wymaga to oczywiście koordynacji różnych form opieki i pomocy i ta koordynacja jest czwartym celem operacyjnym programu w tym celu strategicznym.

O co chodzi, kiedy mówimy o środowiskowym modelu opieki? Model środowiskowy jest przeciwstawiany w literaturze i w praktyce modelowi azyłowemu, czyli takiemu modelowi, gdzie się chorych koncentruje w wielkich instytucjach, najczęściej z dala od zamieszkałych miast. Ta izolacja ma służyć z jednej strony powrotowi do równowagi tych osób, z drugiej – ma chronić społeczeństwo przed ich realnymi i wyobrażonymi czynnikami ryzyka związanymi z ich przebywaniem. To jest model, który zawiera w sobie sprzeczności. Na całym świecie od trzydziestu, czterdziestu lat toczą się procesy, które stanowią wyraźny odwrót od tego typu funkcjonowania opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia psychicznego. Model środowiskowy przenosi ciężar opieki do miejsca, gdzie człowiek żyje. Szpital nie jest odległym miejscem. Jest blisko. Wielkie ośrodki psychiatryczne szpitalne, stacjonarne zmieniałyby w tym układzie swoją rolę – z miejsca będącego pierwszym sposobem reagowania na zaburzenia psychiczne, reagowania, które wymaga już wykwalifikowanych, wyspecjalizowanych, wyprofilowanych działań, a nie jest pierwszą linią rozwiązywania spraw. Dlatego trzeba stworzyć w ramach tego modelu nową instytucję w naszej polskiej sytuacji, która by mogła udźwignąć te zadania. Jest jeszcze jedna ważna cecha modelu środowiskowego. Otóż odpowiedzialność za funkcjonowanie, za potencjał zdrowia psychicznego przejmują od profesjonalistów lokalne wspólnoty, samorządy i ich reprezentacje w postaci władz samorządowych. Tak więc można powiedzieć, że model środowiskowy oznacza skoordynowane działania, współpracę trzech sieci: sieci centrów zdrowia psychicznego, jak jest w tym projekcie zarejestrowane, sieci oparcia i pomocy społecznej oraz sieci uczestnictwa zawodowego, w życiu zawodowym.

Sieć centrów zdrowia psychicznego. Trzeba powiedzieć w kilku słowach, czym miałyby być to centrum. Centrum byłoby placówką opieki psychiatrycznej związaną z pewnym terytorium, za które ponosi odpowiedzialność. Zajmowałyby się różnymi typami opieki – opieką ambulatoryjną, opieką środowiskową, w węższym tego słowa znaczeniu tak zwanym leczeniem domowym, opieką kryzysową, a także opieką szpitalną i opieką związaną z tak zwaną częściową hospitalizacją, czyli oddziałami dziennymi. Różne mogłyby być jej umiejscowienie organizacyjne, ale warunkiem jest to, że struktura tych centrów musiałaby być dostosowana do lokalnych potrzeb. Inne bowiem

są potrzeby dzielnicy wielkomiejskiej, a inne rolniczego powiatu w innym miejscu naszego kraju. Centrum takie musiałyby oferować wielodyscyplinarność działania i różnorodne przygotowanie zatrudnionego w niej personelu.

Wspomniałem już o tym, że wymaga to przekształcenia funkcji i organizacji wielkich szpitali psychiatrycznych tak, by pełniły one raczej wtórną rolę w stosunku do szczególnych problemów psychiatrycznych wymagających większej uwagi, większych kwalifikacji, a nie stanowiły tego pierwszego kontaktu z opieką psychiatryczną. Wymagałoby to też wykształcenia kadr. Populacja psychiatrów w Polsce nie jest zbyt duża w stosunku do potrzeb, w dodatku niezwykle się starzeje. Jedna trzecia zarejestrowanych psychiatrów osiągnęła już w tej chwili wiek emerytalny. Jeśli nie odbudujemy tego potencjału albo nie będziemy go odbudowywać non stop, to lada moment stanemy przed jeszcze poważniejszymi problemami niż te, przed którymi już stoimy. Potrzeba nam także psychologów klinicznych, terapeutów zajęciowych, a być może nawet nowego zawodu, roboczo nazywanego terapeutą środowiskowym albo asystentem osoby z zaburzeniami psychicznymi.

Realizacja tego modelu centrum wymaga też racjonalizacji finansowania świadczeń. W dyskusji z Narodowym Funduszem Zdrowia musimy stworzyć inny, bardziej racjonalny sposób finansowania świadczeń. Ten bowiem, który jest, jest nieskuteczny i właściwie prowadzi do dekapitalizacji instytucji, placówek i do demoralizacji jej uczestników. Wymaga to też koordynacji między wieloma resortami, o czym już wspominałem. Lokalne centrum zdrowia psychicznego składałoby się więc z zespołu poradnianego, z zespołu dziennego, zespołu leczenia domowego. Dobrze byłoby, żeby był tam też – zwłaszcza w środowiskach miejskich – zespół kryzysowy i związany z nimi, być może w luźniejszy sposób organizacyjny, zespół szpitalny. Ale to nie jest tylko problem zdrowia. Te centra nie będą funkcjonowały prawidłowo, jeżeli ich działanie nie będzie koordynowane z jeszcze dwoma elementami. I o tych dwóch elementach chciałbym teraz powiedzieć parę słów.

Jednym jest sieć oparcia i pomocy społecznej, która zapewniałaby podstawy bytu, rehabilitację zawodową, która by wyzwaliała samopomocowe inicjatywy organizacji pozarządowych w środowisku rodzinnym, szkolnym i zawodowym, która by świadczyła pomoc rodzinie oraz ograniczała w sumie tendencję do bierności, izolacji, wykluczania i uzależnienia instytucjonalnego. W odróżnieniu od sytuacji opieki zdrowotnej ta pomoc – opieka społeczna – jest w Polsce nieźle rozwinięta. Mamy instytucje, placówki, które w latach dziewięćdziesiątych uzyskały olbrzymi zastrzyk finansowy i organizacyjny. One funkcjonują nieźle, ale jakby trochę w oddzieleniu od opieki zdrowotnej. Koordynacja jest tu palącym problemem.

No i część, o której powiedziałem. Na tym w tej chwili potykają się kraje bardziej zaawansowane w tym procesie. Wyleczony, po rehabilitacji, będący pod opieką społeczną człowiek czuje wokół siebie ogromną pustkę, właściwie jego życie często nie polega na niczym innym niż bierne oczekiwanie na dzień następny. Dlatego udostępnienie uczestnictwa w życiu zawodowym jest palącym problemem. Różne programy wspieranego zatrudnienia są w tej chwili na świecie pierwszym elementem tego ruchu. Trzeba dostosować u nas regulacje prawne do potrzeb takiego ruchu, utworzyć poradnictwo i szkolenie zawodowe dla osób, które przebyły kryzys psychiczny bądź pozostała im jakaś niepełnosprawność z tego powodu; trzeba tworzyć dotowane miejsca pracy na poziomie samorządów lokalnych oraz udostępnić pracę łatwo dostępną

i elastycznie zaplanowaną. Kłania się tu cały obszar tak zwanej gospodarki społecznej związanej z funkcjonowaniem firm społecznych i różnych innych inicjatyw. To właściwie jest jeszcze zadanie do wykonania. W Polsce mamy przykłady bardzo światłych, doskonale funkcjonujących rozwiązań, ale są to, niestety, tylko przykłady.

Biorąc pod uwagę te elementy, chciałbym wskazać jeszcze na coś jeszcze. Otóż te trzy elementy – sieć centrów zdrowia psychicznego, sieć pomocy i wsparcia społecznego oraz sieć uczestnictwa zawodowego muszą być zatopione w samorządności, muszą być skoordynowane przez samorządową politykę społeczną, którą będzie realizował jakiś lokalny zespół ochrony zdrowia psychicznego. I to jest czwarta sprawa.

Program wyznacza trzy poziomy koordynacji. Na poziomie samorządów lokalnych, gdzie odczytywane są realne potrzeby i formułowane sposoby działania, koordynującą jednostką byłyby lokalne zespoły zdrowia psychicznego. Lokalne programy musiałyby podlegać koordynacji na poziomie samorządów regionalnych, wojewódzkich, natomiast na poziomie krajowym funkcjonowałyby centrum modelujące, wzorujące, inicjujące różne procesy i całą nowoczesną legislację. Tę rolę program proponuje powierzyć krajowemu biur, które byłoby wykonawczym ramieniem Rady Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Streszczając, program zakłada, że zapanuje w dziedzinie zapewnienia czy przywracania zdrowia osobom cierpiącym z powodu poważnych kryzysów psychicznych lokalna samorządowa koordynacja i odpowiedzialność, nastąpi terytorializacja odpowiedzialności. W Polsce doszło do zniesienia rejonizacji świadczeń psychiatrycznych i poza wieloma dobrymi skutkami tego kroku oznacza to też taką niezrejonizowaną nieodpowiedzialność; chorzy szukają miejsca, które by się nimi zechciało zająć. Tu jest jakby odwrót od tego kierunku. Wspólnoty lokalne, które by kreowały lokalną politykę w zakresie zdrowia psychicznego, powinny liczyć, według szacunków, 50–200 tysięcy mieszkańców. Trzeba by wyszkolić liderów, powoływać zespoły koordynacyjne, ocenić potrzeby, zasoby i kapitały, zaproponować plan rozwiązań, uzgodnić go na poziomie regionalnym, a potem realizować i monitorować. I taka jest tego idea.

Rodzi się wiele pytań o siłę poparcia społecznego dla tego typu zmian, o ostateczny kształt legislacyjny, jaką te ustalenia przyjmą, o źródła i poziom finansowania. Nie mówiłem tu o tych sprawach. W uzasadnieniu aktów prawnych, o których mówiliśmy, na cztery lata realizacji programu przeznaczony miał być niespełna 1 miliard zł, zanurzony w budżetach różnych resortów ministerstw.

Jakie są źródła oporu? To jest rozległy temat do dyskusji i źródła zainteresowania realizacją takiego programu. Jaki byłby realny koszt i spodziewane zyski? Im wyższy koszt, tym szybsze byłyby zyski. Ale faktycznie chyba nie ma innej rady niż rozłożyć realizację tego programu na czas dłuższy. Myślę, że jest to kilkunastoletnia perspektywa. Wspomniane dokumenty przewidują pierwszy program narodowy na lata 2009–2013. Od przystąpienia do pierwszego czytania zostaje więc pół roku na przygotowanie całości działań. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Ostatnie wystąpienie w części prezentacyjnej posiedzenia.

Bardzo proszę panią doktor o pokazanie nam rozwiązań europejskich.

**Kierownik Centrum Zdrowia Psychicznego
w Instytucie Neurologii i Psychiatrii
Katarzyna Prot:**

Dziękuję bardzo.

Chcę powiedzieć na temat decyzji europejskich i programów europejskich, które związane są ze zdrowiem psychicznym. Tak jak pan profesor powiedział, zmiany zaczęły się w latach sześćdziesiątych, siedemdziesiątych, i to w bardzo wielu krajach. Można powiedzieć, że od 2000 r. mamy do czynienia z szeregiem aktów prawnych, które regulują zdrowie psychiczne w Europie.

Pierwszym raportem, który wypowiadał się na temat zdrowia psychicznego, był raport WHO z 2001 r. Tu widać, że był położony niesłyszany nacisk – to, o czym pan profesor mówił – na zmianę systemu leczenia, żeby pacjent leczony instytucjonalnie był leczony środowiskowo. Podobnie wytyczne WHO z 2003 r. znowu mówiły o tym, że przede wszystkim opieka powinna być realizowana przez ośrodki podstawowej opieki zdrowotnej oraz ośrodki środowiskowe. We wszystkich wytycznych i zaleceniach dużą wagę przywiązuje się nie tylko do opieki środowiskowej psychiatrycznej, ale też do tego, żeby opieka nad pacjentami z zaburzeniami psychicznymi odbywała się w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

Chcę pokazać rekomendacje. Może nie chodzi o to, żeby wszystkie omawiać, tylko pokazać, że one już w 2003 r. miały ekstremalny charakter, prawda? Zaczniemy od tego, że duże instytucje psychiatryczne powinny zostać zamknięte, a w zamian powstawać alternatywy środowiskowe. To jest taki bardzo ekstremalny projekt. W niektórych krajach został zrealizowany. W większości krajów te instytucje zostały znacznie zredukowane. Czyli, żeby przeprowadzić ten program, najpierw muszą zostać wstrzymane przyjęcia do szpitali psychiatrycznych.

Chcę jeszcze poczynić następującą uwagę. Szpitalem psychiatrycznym nazywa się dużą instytucję psychiatryczną, czyli to, co pan profesor określał jako azyl. Nigdzie nie doszło do czegoś takiego, żeby w ogóle nie było łóżek psychiatrycznych. To jest oczywiste, że chorobę psychiczną tak jak każdą inną czasami leczy się również w warunkach szpitalnych. Czym innym natomiast jest oddział szpitalny, czym innym są łóżka szpitalne, a czym innym jest duża instytucja psychiatryczna. W niektórych językach jest po prostu na to oddzielne słowo; po polsku mówimy „szpital psychiatryczny”, mając na myśli tę dużą instytucję. Oczywiście to pociąga za sobą coś takiego, że wszystkie zasoby finansowe i ludzkie muszą zostać przesunięte. Czasami bowiem myśli się, że zostaną szpitale, ale jeszcze się dobuduje środowisko. Niestety, w żadnym kraju tak to się nie odbyło. Jak mówiono, bardzo ważna jest integracja opieki psychiatrycznej z opieką podstawową. Szpital ogólny, w którym powinien się znajdować oddział psychiatryczny, jest bardzo ważnym elementem opieki. Pan profesor wspominał już o modelu finansowania, który u nas w tej chwili zdecydowanie nie wspiera podjęcia takich prób. Z obecną tutaj panią Czarnecką próbowaliśmy rozważać wprowadzenie innego systemu – systemu kapitacyjnego. Zobaczymy, co z tego dalej wyniknie. W każdym razie to są takie próby realizowania innego modelu finansowania psychiatrii, bo jak widać, model opłaty za usługę jest modelem, który nie wspiera zmian. To jest to hasło, o którym mówił pan profesor.

W „Deklaracji zdrowia psychicznego dla Europy”, którą ministrowie zdrowia krajów członkowskich WHO podpisali w Helsinkach w 2005 r., zobowiązali się oni

popierać rozwój ośrodków środowiskowych. W tej deklaracji były wyznaczone zadania na następne pięć, dziesięć lat, czyli można powiedzieć, że ten pierwszy okres właśnie powoli mija. Ogólnie oznaczały one poprawę dobrego poczucia psychicznego, to co czasami nazywa się dobrostanem psychicznym, zapobieganie zaburzeniom psychicznym i dobre funkcjonowanie społeczne. Za tym idą kolejne akty, czyli za deklaracją idzie plan działań, który mniej więcej doprecyzowuje to, co było w niej zapisane. Tutaj mają państwo wszystkie punkty dotyczące planu działania na rzecz ochrony zdrowia psychicznego dla Europy.

Kolejnym aktem wynikającym z tego jest zielona księga, czyli to, co się nazywa *green paper*. Tutaj mają państwo powtórzone, coraz bardziej doprecyzowane, już w formie zaleceń europejskich, zadania, które mają zostać wykonane. Mam nadzieję, że państwo też widzą duże podobieństwa z naszym programem. Chodzi o części dotyczące promocji, prewencji oraz zadania skoncentrowane już na ludziach chorujących, takie jak poprawa jakości życia ludzi chorych i niepełnosprawnych psychicznie i zmiany systemowe.

No i tutaj właśnie, jeżeli chodzi o bezpośrednie odniesienie w zielonej księdze do zmian systemowych, to zielona księga wypowiada się przeciwko instytucjonalizacji. No i wystawia taką diagnozę, że w niektórych państwach członkowskich duże instytucje stanowią zasadniczą część infrastruktury. No i tak jak tutaj było mówione, raport NIK, można powiedzieć, w zasadzie potwierdza to i w odniesieniu do Polski.

Chcę pokazać państwu dwa wykresy, które wydawały mi się najciekawsze w ostatnim raporcie WHO. To jest raport, który jeszcze nie został opublikowany. Wydaje mi się, że jest jedna rzecz ciekawa. Tutaj są pokazane liczby łóżek psychiatrycznych. Widzą państwo na slajdzie obszar Polski?

(*Głos z sali: Nie, nie.*)

No nie wiem, jak pokazać...

(*Głos z sali: Tu jest Polska?*)

To jest Polska. Widać więc, że jeżeli chodzi o łóżka, to nie jest jakoś tak dramatycznie, żeby tych łóżek było dużo.

Pierwsza jest Belgia, potem jest Łotwa, potem Norwegia itd. To, co jest jeszcze ważniejsze, to nie tylko te słupki, tylko granatowe wierzchołki. Te granatowe wierzchołki oznaczają łóżka, które znajdują się poza dużymi instytucjami psychiatrycznymi. Czyli tak jak państwo widzą, jeżeli chodzi o ogólną liczbę łóżek, wyglądamy całkiem nieźle. W zasadzie nie ma co zdecydowanie zmniejszać liczby łóżek. W programie jest napisane, że nie myślimy o jakiejś radykalnej zmianie w tym sensie, żeby bardzo zmniejszać liczbę łóżek, tylko one powinny być gdzieś indziej. To znaczy najlepiej, gdyby słupek był w całości granatowy, tak jak tu jest pokazane w przypadku Włoch czy w niektórych regionach Hiszpanii, a w każdym razie, żeby było chociaż tak jak na Słowacji, gdzie słupek jest w 3/4 granatowy. To już byłoby całkiem nieźle.

A tu jest druga rzecz, która jest dla nas argumentem... Znowu musimy znaleźć Polskę. Polska jest już prawie na samym dole slajdu... Widać ją?

(*Głos z sali: Gdzie to jest?*)

Republika Mołdowy, potem jest Polska.

Tu są przedstawione wydatki na zdrowie psychiczne w stosunku do budżetu na zdrowie.

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

Ale można przeczytać, kto jest za nami. Za nami jest Albania, za nami jest Rumunia, za nami jest Bułgaria, Uzbekistan. Znajdujemy się, niestety, w takich kategoriach. I dlatego chciałam to państwu pokazać. Oczywiście, możemy mówić, że mamy mały dochód, że na zdrowie też mamy jeszcze strasznie mało nakładów, ale to też pokazuje, ile ze środków na zdrowie jest przeznaczonych na psychiatrię. Jest to po prostu dramatycznie mało.

Bardzo się cieszę, że jest pani minister. Chcę bowiem powiedzieć o pakcie dla zdrowia psychicznego, który będzie przedstawiany 13 lipca, czyli już za chwilę. Zaproszeni są ministrowie zdrowia Unii Europejskiej i jest niestychanie ważne, żeby Polska tam była reprezentowana. Chcę powiedzieć parę zdań na temat tego paktu. Mam nadzieję, że zachęci to panią minister czy pana ministra, żeby tam pojechać i jednak reprezentować nasz kraj.

Jeżeli chodzi o pakt, to przedstawia on się w ten sposób, że po pierwsze, uznaje się, że zdrowie psychiczne i dobrostan są podstawą sukcesu Unii Europejskiej. Że pięćdziesiąt milionów obywateli cierpi z powodu chorób psychicznych i że samobójstwa pozostają główną przyczyną śmierci. To dla mnie też jest niesamowite. W Polsce ta przyczyna śmierci jest na trzecim miejscu, ale w Unii Europejskiej na pierwszym miejscu.

Akcje powinny prowadzić do tworzenia programów włączających obszar zdrowia, edukacji, pracy społecznej i prawny. Pakt uznaje odpowiedzialność krajów członkowskich za akcje dotyczące zdrowia psychicznego, ma spowodować monitorowanie trendów i aktywności krajów członkowskich. European Council planuje stworzenie w ciągu 2009 r. rekomendacji dotyczących zdrowia psychicznego i dobrostanu. To ma być w następujących pięciu zasadniczych kategoriach: prewencja samobójstw i depresji, zdrowie młodzieży i edukacja, zdrowie psychiczne w miejscach pracy, zdrowie psychiczne starszych, zwalczanie wykluczenia społecznego.

Jakie są zasadnicze kwestie, jeżeli chodzi o prewencję samobójstw i depresji? To jest poprawa w zakresie szkolenia profesjonalistów, ograniczenie dostępu do środków samobójczych, poprawienie edukacji społecznej w zakresie depresji oraz redukcja czynników ryzyka i wsparcie po próbach. Jeżeli chodzi o zdrowie młodzieży i edukację, to jest bardzo podobnie. Nie będę tego powtarzała, bo właściwie było to już omawiane przy okazji naszego programu. Można powiedzieć, że to jest bardzo, bardzo podobnie ujęte, jak w naszym programie, i dotyczy wzmacniania umiejętności rodzicielskich, ochrony młodych ludzi przed przemocą i wykluczeniem, promocji, edukacji i zatrudnienia.

Następny obszar to zdrowie psychiczne w miejscach pracy. Dotyczy to zarówno – to jest moim zdaniem bardzo interesujące – w ogóle redukcji stresów pracy, a także przeciwdziałania wypadaniu z pracy osób z problemami psychicznymi i sprzyjania włączaniu ich do niej z powrotem.

No i zdrowie psychiczne ludzi starszych. To też jest w tej chwili taki, można powiedzieć, europejski temat. To, co wydaje mi się interesujące, to postulat dostosowania przepisów, dostosowania legislacji, co umożliwiłoby dłuższą pracę osób w wieku emerytalnym, jeżeli są w stanie dalej pracować.

Zwalczanie stygmatyzacji i wykluczenia społecznego w bezpośredni sposób dotyczy naszych pacjentów. To jest ciekawe – otóż, jeżeli państwo spojrzą w takiej perspektywie na te programy, tak jak one powstawały do teraz, to można właściwie

powiedzieć, że w kwestii przejścia z azyłu do opieki środowiskowej, na czym my się koncentrujemy, jest właściwie jedno zdanie. To właściwie jest tylko zdanie – zachowanie właściwej równowagi pomiędzy psychiatrą instytucjonalną a środowiskiem. Czyli nawet nie ma już mowy o transformacji. Moja koncepcja jest taka, że po prostu w wielu krajach to już odbyło, a my jesteśmy spóźnieni. W wielu krajach, jeżeli nawet to się nie odbyło w tym sensie, że nie doszło do redukcji czy przesunięć urzędników, to przynajmniej jest przeprowadzona legislacja. Rzeczywiście, w wielu krajach doszło do procesów legislacyjnych. Niestety, w Polsce do tego nie doszło i dlatego narodowy program wydaje się bardzo ważny.

Na zakończenie chcę powiedzieć jeszcze, że w ten weekend odbyła się w Krakowie konferencja, na której był prezentowany nasz program. Jej uczestnicy z całej Europy, bardzo ważni profesorowie psychiatrii, zdecydowali się poprzeć list, który by wspierał wprowadzenie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w Polsce. Podpisy pod tym listem przekażę panu przewodniczącemu. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo dziękuję.

Mamy zatem przedstawioną pewną diagnozę sporządzoną przez ministerstwo, za co chciałem bardzo podziękować, mamy wyniki kontroli raportu przedstawione przez pana prezesa NIK i mamy trzy głosy zawodowców reprezentujących szalenie nowoczesne podejście do koncepcji zdrowia psychicznego. Bardzo się cieszę, że jest z nami pani minister do spraw równego statusu, której działania koncentrują się na zwalczaniu wszelkich przejawów dyskryminacji. Bardzo się cieszę, że mogła pani minister wysłuchać stanowiska ekspertów.

Bardzo proszę, Pani Minister.

Pełnomocnik Rządu do spraw Równego Traktowania

Elżbieta Radziszewska:

Bardzo dziękuję panu przewodniczącemu za zaproszenie, ponieważ kwestia dyskryminacji osób z problemami psychiatrycznymi znajduje się oczywiście w spektrum moich zainteresowań. Nie ukrywam, że to, co dzisiaj w Polsce mamy nadaje się do tego, żeby zakończyć ten etap...

(Głos z sali: Azyłowy.)

Azyłowy. Brzmi ładnie, natomiast w praktyce wygląda gorzej. Jest niedostosowany do współczesności, wobec ciągle wzrastającej liczby osób z problemami. Nie ukrywam, że bardzo mi podoba ten nowy model, który dzisiaj zaprezentował pan profesor, i to inne spojrzenie na opiekę psychiatryczną. Ale na pewno państwo zauważyliście, że rozmawiałam tutaj z panią z NFZ i z panem wicedyrektorem departamentu zdrowia publicznego o sytuacji, jaką mamy w województwie podlaskim. Rozmawiałam zresztą o tym z panem przewodniczącym Sidorowiczem, ponieważ taki model opieki środowiskowej, nie do końca formalnie opisany w jakikolwiek sposób, funkcjonował w województwie podlaskim. Okazuje się, że zaistniały jakieś przeszkody, by zlikwidować to, co tam było. Pacjenci psychiatryczni objęci opieką i lekarską, i pielęgniarską mieszkali u obcych ludzi we wsiach w sąsiedztwie. Okazuje się, że zamiast to, co tam się dobrego działo, zmienić, unowocześnić i rozpropagować, poszliśmy w od-

wrotnym kierunku. Myślę, że najwyższa pora, żeby jednak tego typu model opieki środowiskowej jak najszerszej rozpowszechnić, żeby skonsolidować wszystkie wysiłki, by ta szeroko rozumiana opieka psychiatryczna była jak najbardziej efektywna.

Jeszcze jedna ważna rzecz. Pan profesor mówił o ośrodkach wsparcia psychiatrycznego i psychologicznego, interwencji kryzysowej w ramach zdrowia psychicznego. Ministerstwo Sprawiedliwości kończy teraz, do czerwca, program pilotażowy, który trwał kilka miesięcy, dotyczący pomocy prawnej i interwencji prawnej w kryzysie w przypadku zaistnienia przestępstwa i w sytuacjach kryzysowych. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej prowadzi ośrodki interwencji kryzysowej, która obejmuje również poradnictwo prawne, ale – poradnictwo psychiatryczne i psychologiczne. Myślę więc, że należy też skoordynować te wysiłki międzyresortowo, żeby i Ministerstwo Sprawiedliwości, i Ministerstwo Zdrowia, i ministerstwo spraw społecznych, być może i Ministerstwo Edukacji Narodowej, wspólnie zabrały się za realizację propozycji utworzenia, poprzez samorządy, ośrodków, które działałyby w sposób skoordynowany, udzielały szeroko rozumianej pomocy, żeby nawet na tym lokalnym poziomie, w ramach jednego ośrodka był dobry przepływ informacji, niezależnie od tego, z którego ministerstwa pochodzi część środków. Mamy bowiem dzisiaj taki problem, że każda instytucja państwa, która wspiera jakieś wyznaczone regułami prawnymi zadania, robi na swoim miejscu to, co do niej należy, ale nie ma żadnej koordynacji działań. Potem w mediach słyszymy tylko o dramatycznych skutkach i okazuje się, że wszystkie te segmenty publiczne wiedziały o jednej, drugiej czy trzeciej sytuacji, po czym informowani jesteśmy, że ojciec zabił dziecko, dziecko popełniło samobójstwo, bo nie znalazło wsparcia albo wydarzyło się coś jeszcze bardziej dramatycznego, a we wszystkim tym dużą rolę odgrywa czynnik psychiczny. Myślę więc, że w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego warto byłoby skoordynować również prace innych ministerstw, żeby skuteczniej działać na rynku zdrowia psychicznego. Nie ukrywam, że w tej kwestii liczę na współpracę z panami profesorami, z instytutem i z panem profesorem konsultantem krajowym. Z tego, co wiem, komisja senacka bardzo sprzyja nowoczesnemu rozwiązaniu i spojrzeniu na ochronę zdrowia psychicznego. Jeżeli będzie koordynacja działań fachowców, czynnika społecznego – bo przecież i część organizacji pozarządowych działa w tym zakresie – parlamentu i rządu, to myślę, że z wdrożenia nowoczesnego Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego może wyjść tylko coś dobrego, co odpowiada XXI wiekowi, a nie XIX.

Jestem do państwa dyspozycji w zakresie robienia wszystkiego, co przeciwdziała dyskryminacji osób chorych psychiatrycznie lub z problemami psychiatrycznymi czy psychicznymi, chociażby po to, żeby działać prorozwojowo, żeby również osoby niepełnosprawne w rozumieniu psychicznym brały udział bezpośrednio w życiu społecznym i były zatrudnione. Trzeba korzystać z potencjału, jaki posiadają. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję.

Otwieram dyskusję.

Pani senator Fetlińska, bardzo proszę.

Senator Janina Fetlińska:

Dziękuję bardzo.

Od co najmniej dwudziestu lat zajmuję się promocją zdrowia, dlatego z wielkim zainteresowaniem wysłuchałam tych informacji, szczególnie na temat Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Pamiętam, że pod koniec XX wieku, chyba w 1998 r., był też program ochrony zdrowia psychicznego, gdzie szczególnie zwrócono uwagę na przemiany szpitalnictwa i zorganizowanie lokalnych sieci pozaszpitalnych form pomocy. Ten program może nie był tutaj omówiony w tym zakresie, ale myślę, że to w sobie zawiera. Bardzo natomiast jestem mile zaskoczona, a właściwie nie tyle zaskoczona, co bardzo się cieszę, że została tutaj podkreślona promocja zdrowia psychicznego i prewencja. To bowiem jest chyba jeden z najważniejszych elementów, które trzeba w Polsce poprawić.

Podzielam wszystkie uwagi, które zostały omówione, chciałabym natomiast zwrócić uwagę, że mimo zaznaczonej koordynacji w zakresie realizacji programu brakuje nam właśnie tego elementu, który nazywałabym inicjowaniem na poziomie kraju, ministerstwa czy biura do spraw narodowego programu ochrony psychicznego, a także na poziomie województwa. Proponowałabym coś, co mnie się udało wprowadzić na poziomie Konsorcjum Zdrowia w Ciechanowie w latach dziewięćdziesiątych w ramach projektu Banku Światowego. Chodziłoby więc o to, ażeby na poziomie województwa wojewoda poprzez centra zdrowia publicznego – tam jednak jest zatrudniona dosyć spora liczba osób – mógł inicjować, to znaczy informować o problemach wszystkie samorządy, wszystkich beneficjentów, a przede wszystkim realizatorów programu, a także szkolić, przygotowywać do zadań, gromadzić tych ludzi na konferencjach, spotkaniach, tak żeby informacja o celach była przekazana, przedstawiona, a następnie, żeby realizacja była przez te centra koordynowana. Wtedy będzie szansa, że wszyscy będą równomiernie powiadomieni, że potencjał wojewody zostanie wykorzystany, że po prostu będzie co koordynować, bo będzie ta informacja i to przeszkolenie wszystkich zainteresowanych.

Jeszcze jedna sprawa. Żaden program nie będzie dobrze realizowany, jeśli nie będzie monitorowany. I tutaj właściwie nie ma wskazówki, kto to ma monitorować, nie ma przedstawionych instytucji ani narzędzi. Myślę, że to jest element, który trzeba dopracować. W moim przekonaniu taką instytucją, która mogłaby ten program monitorować, jest przede wszystkim ktoś, kto kontraktuje świadczenia, a więc fundusz zdrowia, ale także inspekcja sanitarna, która ma dobrą sieć, a także ewentualnie inne ministerstwa, które współuczestniczą w realizacji programu.

Gdybyśmy dobrze przygotowali monitorowanie procesu realizacji i wyników tego programu, jak również do tego narzędzia, to wydaje mi się, że ten program byłby całościowy i bardzo nowoczesny. Miałby wtedy szansę na skuteczność. Bez monitorowania może tutaj być pewien problem, taki jak mieliśmy dotychczas, że w zasadzie mieliśmy dobre programy, ale jakościowo nie mogliśmy jakoś wyegzekwować realizacji. Oczywiście, pomijam tutaj tak ważny problem, jakim jest finansowanie. Musi jednak być przede wszystkim dobre monitorowanie. Dziękuję bardzo.

Gratuluje dobrego programu, bo wydaje mi się, że zawiera naprawę bardzo nowoczesne elementy. Należy się cieszyć, że naprawę tak daleko zaszliśmy w tej sprawie, jeśli chodzi o myśl i koncepcję. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę.
Pan senator Kraska.

Senator Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Chciałbym zadać trzy krótkie pytania, tylko nie wiem, czy skierować je do przedstawicieli ministerstwa, czy może do pana profesora konsultanta.

Nie wiem, jak ten program opieki nad chorym psychicznie będzie się miał do terenów wiejskich. W tym programie bowiem jest dążenie do modelu środowiskowego. Niejednokrotnie widzę, że ten model już na wsiach w Polsce działa, aczkolwiek on się sam wykształcił, ponieważ niejednokrotnie ludzie są zostawieni sami sobie. Jak to w praktyce może zadziałać u nas w Polsce? Czy jest to w jakimś konkretnym projekcie planu i ewentualnie, czy są policzone koszty, gdyby to wprowadzić w życie?

Drugie pytanie, które mi się nasunęło przy lekturze raportu NIK na temat praw pacjenta. Czy państwo nie zauważacie, że czasem prawa chorego psychicznie działają przeciwko niemu? Widzę, że tutaj NIK wielokrotnie pokazuje, że te prawa są łamane. Na przykład uderzyło mnie, że w 60% przypadków chory nie został powiadomiony o zamiarze zastosowania przymusu, rozumiem, że przymusu bezpośredniego. Ponieważ jestem lekarzem praktykiem i wielokrotnie spotykam się z chorymi psychicznie... To tak jak kiedyś w działaniu policjantów, którzy strzelając do przestępcy musieli trzy razy strzelić w powietrze, dopiero potem do bandyty i niejednokrotnie było za późno. Dlatego myślę, że czasem użycie środka zapobiegawczego jest natychmiastową decyzją i niejednokrotnie ostrzeżenie o tym pacjenta nie jest realne. Czy państwo też myślicie, że ta ustawa działa tak jak powinna, czy ewentualnie są jakieś sugestie, żeby ją zmienić?

Trzecie pytanie, króciutkie. Czy w Polsce mamy dostateczną liczbę łóżek psychiatrycznych? Czy mamy ich za dużo, czy za mało? Dziękuję bardzo.

(Konsultant Krajowy w Dziedzinie Psychiatrii Marek Jarema: Czy można?)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, pan profesor Jarema.

**Konsultant Krajowy w Dziedzinie Psychiatrii
Marek Jarema:**

Bardzo dziękujemy za te słowa, dlatego że świadczą one o wyraźnym zainteresowaniu i dzielą naszą troskę o losy naszych pacjentów.

Odpowiem krótko na te pytania.

Przede wszystkim środowisko wiejskie nie jest wyodrębnione jako osobne środowisko, zarówno w opiece, jak i w planach. Mówiąc o opiece środowiskowej, rozumiemy przez to skoncentrowanie działań na pewnym obszarze i to zależy głównie od liczby mieszkańców. Pan profesor Wciórka mówił, że liczba mieszkańców, którzy są objęci rejonem zainteresowania danego centrum zdrowia psychicznego, powinna się

wahać od pięćdziesięciu do dwustu tysięcy. Oczywiście, należy się liczyć z ewentualnością, że jeżeli tereny są rzadziej zasiedlone, to obszar będzie większy. W każdym razie na pewno żaden plan ani program nie ma na celu skoncentrowania się na środowisku wielkomijskim i porzucenia środowiska wiejskiego. Tym bardziej, że słusznie było tutaj powiedziane, że niestety w chwili obecnej model opieki sprawia, że ludzie ze wsi mają trudności z dostępem do świadczeń na odpowiednim poziomie.

Druga rzecz, która była poruszana – czy prawa pacjenta działają przeciwko jemu samemu? Oczywiście, że nie działają, jakkolwiek może być to postrzegane w ten sposób przez samych pacjentów. Specyfika zaburzeń psychicznych zawiera się jednak między innymi w tym, że pacjenci nie zawsze zdają sobie sprawę z tego, co jest dla nich dobre, co jest chorobą, a co jest rzeczywistością.

Wreszcie, jeżeli chodzi o łóżka, to tak jak tutaj było wspomniane, nie planujemy jakiegoś drastycznego zmniejszenia liczby łóżek, niewątpliwie natomiast planujemy relokację tych łóżek. Chodzi o to, żeby te łóżka nie były zgromadzone w tych dwudziestu czy dwudziestu kilku olbrzymich szpitalach psychiatrycznych, tylko żeby one znajdowały się na terenie innych placówek służby zdrowia, szpitali wieloprofilowych, bo tylko wtedy psychiatria będzie integrowana z całością medycyny. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan senator Karczewski, bardzo proszę.

Senator Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Panie Minister! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Po raz drugi wysłuchuję informacji o sytuacji opieki psychiatrycznej w Polsce. Pierwszy raz było to bodaj w ubiegłym roku czy dwa lata temu, kiedy po raz pierwszy od czasu studiów spotkałem się z problemem psychiatrii i byłem zaszokowany liczbami. Człowiek na co dzień funkcjonuje w innym świecie, nie orientuje się, jaki to jest olbrzymi problem. Teraz już te liczby mnie nie szokowały, ale w dalszym ciągu są przejmujące i problem jest szalenie istotny.

Coś mnie zmartwiło w wypowiedzi pana profesora i tutaj chciałbym zapytać, jaka to jest skala, jaki jest problem i w jaki sposób on jest rozwiązywany. A mianowicie chodzi mi o szkolenie psychiatrów. Jak dużo jest psychiatrów w Polsce? Pan profesor powiedział, że 1/3 psychiatrów w Polsce osiągnęła wiek emerytalny. Jaka jest tendencja, jak dużo się szkoli, jak dużo rozpoczęło specjalizację, jak dużo w ciągu roku kończy specjalizację? No bo jeśli pan profesor mówi o 1/3 psychiatrów, którzy osiągnęli wiek emerytalny, to program jest świetny, jest wspaniały, jest dobry, kto jednak będzie go realizował? Rozumiem, że jest pomysł na terapeutów środowiskowych, ale czy on rozwiązuje w jakimś zakresie problem? I czy już jest coś w tym kierunku robione w kierunku programów, szkolenia, kształcenia terapeutów środowiskowych czy innych terapeutów?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie, tutaj padło takie stwierdzenie „terapeuta środowiskowy”. Tak to jest nazwane. Zapisalem to sobie.

Następne pytanie do pani profesora. Rozumiem, że liczba łóżek, tak jak pani doktor mówiła, jest wystarczająca, odpowiednia, powiedzmy, optymalna. Tylko chodzi o te przesunięcia... Czy w ciągu, powiedzmy, dziesięciu lat są już jakieś efekty, czy właściwie stoimy w miejscu i nie możemy ruszyć? Czy w jakiś sposób ten proces został już zainicjowany i trwa?

Pytanie do pani doktor. Pani doktor wymieniła jako pierwszą przyczynę zgonów samobójstwa – pięćdziesiąt osiem tysięcy zgonów. Ale w jakim zakresie zgonów? Nie bardzo rozumiem, czy wszystkich zgonów, czy zgonów psychicznie chorych? Chyba psychicznie chorych. Chyba o to chodzi. Nie wiem. Prosiłbym o wyjaśnienie, bo nie bardzo rozumiem. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę bardzo.

**Konsultant Krajowy w Dziedzinie Psychiatrii
Marek Jarema:**

Bardzo dziękuję.

To są niezwykle istotne problemy. Szczególnie ten pierwszy, o którym pan senator mówił, jest dla nas problemem decydującym o powodzeniu. Jesteśmy przekonani, że ten program zostanie uchwalony, ale jeżeli nie będzie odpowiedniej kadry, żeby ten program realizować, sytuacja będzie trudna. W tej chwili mamy w Polsce, szacuje się, około trzech tysięcy psychiatrów. Z tego pewnie część zupełnie nie działa w opiece zdrowotnej, czyli nie jest aktywna w sensie leczenia. Tak jak pan profesor Wciórka powiedział, niestety, tendencja starzenia się tej kadry jest wyraźna, głównie z tego powodu, że w chwili obecnej jest zmniejszony nabór do zawodu.

Dlaczego tak się dzieje? Z grubsza rzecz biorąc, są trzy sposoby na zostanie psychiatrą. Oczywiście, każdy wymaga, żeby skończyć studia medyczne, ale potem można ubiegać się o rezydenturę albo można ubiegać się o etat w placówce służby zdrowia i robić tę specjalizację, będąc już zatrudnionym. Obie wersje wymagają nakładów finansowych i trzeba zdecydowanie powiedzieć, że te nakłady nie zabezpieczają potrzeb. Nie jest prawdą, że nie ma chętnych młodych lekarzy do specjalizacji psychiatrii. Oni są, psychiatria jest coraz bardziej atrakcyjną dyscypliną medyczną. Prawdą jest natomiast, że tych miejsc dla osób specjalizujących się jest stanowczo za mało. Jeżeli w Warszawie raz na pół roku odbywa się rekrutacja na miejsca rezydentkie i proporcja chętnych do liczby miejsc rezydentkich, jest jak 1:4 czy 1:5, to już od razu daje to państwu do zrozumienia, jaki jest problem. Oczywiście, to jest problem, który potrafimy sami rozwiązać. Mianowicie chodzi o zwiększenie liczby jednostek, które są uprawnione do prowadzenia specjalizacji. To już w tej chwili się dzieje. Niewątpliwie więc jest pilna potrzeba zwiększenia liczby rezydentur. Sposobem jest także zwiększenie liczby etatów w placówkach służby zdrowia. Ale to już jest inny rodzaj działań, gdyż to zależy głównie od działań na szczeblu samorządowym. Na szczeblu centralnym natomiast niewątpliwie widzimy potrzebę zwiększenia przynajmniej miejsc rezydentkich.

Co do przesunięć w zakresie łóżek, o czym pan senator wspominał...
(Wypowiedź poza mikrofonem)

O liczbach? Dobrze. Sesje są dwa razy w roku. Kończy tę sesję, czyli zdaje egzamin, zostaje psychiatrami, około osiemdziesięciu, dziewięćdziesięciu osób, czyli w ciągu roku jest to poniżej dwustu osób. To zależy. W jednej sesji jest więcej chętnych, w drugiej sesji jest mniej chętnych. Takie są liczby. To nie jest źle w porównaniu do ogólnej liczby psychiatrów, ale moglibyśmy – mówiąc kolokwialnie – wykształcić o wiele więcej, a potrzeby na pewno są ogromne.

Przesunięcia w zakresie liczby łóżek już się odbywają, jakkolwiek jest to przeprowadzane bardzo opornie z dwóch względów. Z jednej strony jest opór w środowisku przed zamykaniem szpitali i likwidacją miejsc pracy. Przypominam, że w niektórych miastach czy małych miejscowościach szpital psychiatryczny potrafi być głównym pracodawcą. Jest to więc ten problem. Z drugiej strony menedżerowie służby zdrowia patrzą mniej chętnie na perspektywę otwierania oddziałów psychiatrycznych u siebie, z tych względów, o których już tutaj koledzy mówili, między innymi z obawy przed stygmatyzacją, obawy przed chorymi, obawy przed ich zachowaniami itd. To niewątpliwie ulega zmianie, ale ta tendencja w chwili obecnej nie jest tak masowa, jak chcielibyśmy. Przypominam, że projekty budowy nowych szpitali, nawet w tak rozwiniętym środowisku jak warszawskie, nie zawierają oddziału psychiatrycznego. Mowa o Szpitalu Południowym w Warszawie. Niemniej ten proces się toczy, jakkolwiek toczy się dość opornie, przynajmniej z tych dwóch powodów. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pani doktor Prot.

**Kierownik Centrum Zdrowia Psychicznego
w Instytucie Neurologii i Psychiatrii
Katarzyna Prot:**

Jeżeli chodzi o samobójstwa, to muszę powiedzieć, że dla mnie – bo to jest informacja z dokumentu, który dotyczył oceny tego paktu – to też było dziwne, to bowiem jest podawane jako pierwsza przyczyna w populacji. Oczywiście, można powiedzieć, że te osoby przypuszczalnie miały zaburzenie psychiczne. W związku z tym sprawdziłam to i w Polsce jest podawane, że to jest trzecia przyczyna. Jeżeli natomiast uwzględnimy tylko populację osób młodych, to trwa dyskusja, czy samobójstwo jest pierwszą czy drugą przyczyną po wypadkach komunikacyjnych; to zależy, jak się liczy wypadki komunikacyjne. Jest to więc rzeczywiście powalający rezultat.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan profesor Wciórka.

**Kierownik I Kliniki Psychiatrycznej
w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
Jacek Wciórka:**

Ostatnio badałem dane z Naczelnej Izby Lekarskiej, z których wynika, że mamy zarejestrowanych w Polsce trzy tysiące sześciuset specjalistów, w tym dwa tysiące sze-

ściuset, mniej więcej dwa tysiące, to są naprawdę specjaliści bądź specjaliści drugiego stopnia, a pozostali, około tysiąca osób, to są osoby z tak zwaną jedyką – I stopniem specjalizacji. No i z tego wynika właśnie ten wiek emerytalny. Rzeczywiście tak jest, że 1/3 już go przekroczyła, ale na ogół pracują.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan prezes Myrta, bardzo proszę.

**Dyrektor Delegatury Najwyższej Izby Kontroli we Wrocławiu
Andrzej Myrta:**

Panie Przewodniczący, jeszcze ad vocem głosu pana senatora.

Sprawa przymusu bezpośredniego. Chodzi o to, żeby nie powstało złe wrażenie – tu nie chodzi o to, że akurat pacjent atakuje wszystkich wkoło i on musi wyrazić zgodę na unieruchomienie, to nie o to chodzi. To przy okazji, chodziło natomiast o to, że kompletnie nie prowadzono dokumentacji – rodzaju, przyczyny zastosowania przymusu, daty i godziny rozpoczęcia, a także zakończenia stosowania przymusu, łącznego czasu trwania, wpisów z obserwacji pielęgnarskich. Stwierdzaliśmy przypadki, że kiedy go pozbawiono możliwości ruchu, to tak sobie tam leżał, zapominano o nim w ogóle. Chodzi o to, że takie zdarzenia niekoniecznie są kanwą filmów Miloša Formana „Lot nad kukułczym gniazdem”. Ja nawet mówiłem na konferencji prasowej, że to był lot NIK nad kukułczym gniazdem. Bo tak to wyszło, prawda? Chodzi o to, żeby w przypadku, gdy doszło do zastosowania przymusu, było opisane, dlaczego oraz żeby obserwowano danego człowieka, monitorowano, żeby były potwierdzenia zlecenia przedłużenia przymusu. A czegoś takiego nie ma, po prostu nie wypełniano tych dokumentów. Absolutnie nie chodzi tylko o to, żeby pacjent wyraził zgodę. Zdajemy sobie przecież sprawę z sytuacji.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję za wyjaśnienie.

Bardzo proszę, pan senator Gogacz.

Senator Stanisław Gogacz:

W związku z tym, że miałem okazję uczestniczyć w otwarciu formy pośredniej, jeżeli chodzi o lecznictwo psychiatryczne w Lublinie, tak zwanego hostelu, chcę zapytać i wyrazić, no właśnie, zdziwienie tym, że tak mało jest hosteli. Niejako otwierając ten hostel, wydawało mi się, że uczestniczę w czymś, co jest uniwersalne, jeżeli chodzi o kraj. Tymczasem z materiałów, jakie otrzymałem, wynika, że jest to jednak rzecz odosobniona. Tu co prawda mówi się o zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładach opiekuńczo-leczniczych, ale zdajemy sobie sprawę, że to jest inny typ instytucji. To są bardzo często całodobowe instytucje. Hostele natomiast wychodzą naprzeciw specyfice choroby psychicznej we wszelkich jej formach. To jest pierwsze moje pytanie.

Drugie pytanie dotyczy Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Trudno jest mi w tym momencie nie odwołać się do analogii z Narodowym Programem Zwalczenia Chorób Nowotworowych. Nie chodzi o analogię, jeżeli chodzi o specyfikę choroby, chodzi o analogię, jeżeli chodzi o formę. Mianowicie Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych jest przyjęty jako ustawa. Toczyła się dyskusja w Sejmie, w Senacie, ustawa została przyjęta. Państwo proponujecie, żeby ten program był przyjęty w formie rozporządzenia Rady Ministrów. Czy to jest czymś uzasadnione?

Poza tym niedawno w Senacie, jeżeli chodzi o ten program, mieliśmy dyskusję właśnie na temat braku możliwości wydatkowania środków, które ustawa przewidywała na profilaktykę, jeżeli chodzi o choroby nowotworowe. Jeżeli o tym mówię, to dlatego, że państwo, mówiąc o projekcie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, wymieniacie czynniki, które są na pewno uniwersalne, jeżeli generalnie chodzi o zachorowalność. Mówicie o środowisku społecznym, czyli o braku pracy, mówicie o środowisku fizycznym, przyrodniczym, mówicie o stylach życia, czyli chodzi o picie alkoholu, palenie papierosów, narkotyki itd. Są to na pewno rzeczy uniwersalne. Wiemy o tym, że generalnie jest trudność, jeżeli chodzi o wykształcenie mechanizmu, który by, krótko mówiąc, pozwolił promować zdrowie. Czyli profilaktyka, badania, uświadamianie, prewencja. Z tym mamy problem, a dowodem tego jest przywołany przeze mnie analogiczny program, gdzie musieliśmy w Senacie zmniejszyć wydatki na promocję.

Moje pytanie jest następujące. Czy państwo wskazując na to, że wzrasta liczba zachorowań na choroby psychiczne, jedynie wskazujecie na źródła, na tego typu czynniki, a skupiacie się na naprawianiu, na medycynie naprawczej? Czy chcecie również przyczyniać się czy też ingerować w te czynniki, które sprawiają, że zachorowalność, tak jak widzimy w statystyce, niesamowicie wrasta? Czy chcecie się skupić i na tym, i na medycynie naprawczej? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę, pan profesor Wciórka.

**Kierownik I Kliniki Psychiatrycznej
w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
Jacek Wciórka:**

Zaczynając od ostatniego pytania. Oczywiście, że chcemy się skupić i na tym, i na tym. Nie chcemy mieć za dużo do naprawiania. Liczymy na to, że rozsądna aktywność promocyjna i prewencyjna zmniejszy napór potrzeb. To wynika z wyliczeń i doświadczeń krajów, które na tę drogę wstąpiły. Nie ma wprawdzie metod tak zwanej pierwszorzędowej prewencji w zaburzeniach psychicznych, takiej populacyjnej, ale jest cały szereg metod i postępowań tak zwanej wtórnej prewencji, która ogranicza liczbę chorych, którzy muszą skorzystać z bezpośredniej pomocy placówek psychiatrycznych. Tak że i to, i to.

Co do rangi aktu prawnego, który proponujemy, to on nie wynikał z naszej woli. Bylibyśmy szczęśliwi, gdyby tak ważny problem jak zdrowie psychiczne był przedmiotem aktu rangi ustawy, zwłaszcza że chodzi o program wielosektorowy, głęboko

angażujący całą sferę kultury społecznej i materialnej, w której nasz kraj żyje. Ale przekonano mnie, że nie jest to możliwe i dlatego wprowadzane jest w ten sposób, jako nowela ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

(*Głos z sali:* Było jeszcze pytanie o hostele.)

To jest oczywiste. To jest standardowy rodzaj placówki w rozwiniętych krajach, rzadko obecny w Polsce. W Polsce mamy chyba kilka, może kilkanaście hosteli, liczby miejsc w tej chwili nie pomnę. Myślę, że mamy w Polsce może kilkadziesiąt miejsc. Ale nawet te, które mamy, często ukrywają się pod różnymi kryptonimami, ponieważ sposób finansowania tej formy pomocy uniemożliwiłby im egzystencję. Oczywiście nie na tym, nie na hostelach rzecz się kończy, bo hostele to jest jeden fragment. To jest część obszerniejszego problemu, tak zwanego mieszkania czy zakwaterowania chronionego, które obejmuje bardzo różne formy funkcjonowania, wspierania ludzi w samodzielności związanej z ich bytowaniem. Szczęśliwie zdarza się słyszeć w ostatnich dwóch latach, że są takie nowe inicjatywy, właśnie w Lublinie, a ostatnio także w Warszawie.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, pan dyrektor Olszak.

Dyrektor

Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia

Krzysztof Olszak:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Odniosę się do pytania pana senatora, jeżeli chodzi o wybór formy aktu prawnego do wprowadzenia programu. Jeżeli chodzi o program nowotworowy, to tam była taka sytuacja, że tak naprawdę w tym zakresie nie było żadnego ustawodawstwa. Jeżeli chodzi o psychiatrię, to mamy obowiązującą od 1994 r. ustawę, podstawową, regulującą wiele kwestii związanych z tą problematyką. Wprowadzanie jakiegoś drugiego aktu rangi ustawowej wydawało nam się tutaj może nie do końca naturalne. A tak naprawdę w projekcie rządowym ustawy znajduje się zapis, że wprowadzamy narodowy program, natomiast jego treść będzie określać Rada Ministrów, czyli też nie minister zdrowia, tylko jednak, ze względu na międzyresortowy charakter, Rada Ministrów. Poza tym daje nam to możliwość wprowadzenia pewnej kadencyjności tego programu, możliwość jego ewaluacji po kilku latach realizacji i na kolejny okres, być może, poprawę czy wpisanie innych celów. Czerpaliliśmy tu przykład z programów, które funkcjonują. W przypadku ustawy o wychowaniu w trzeźwości mamy Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, w przypadku ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii – Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii. I to są też akty wprowadzone rozporządzeniami Rady Ministrów. Tak że stąd ta analogia. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Nie ma dalszych zgłoszeń.

Wobec tego zabiorę głos w dyskusji, a jednocześnie będzie to podsumowanie.

Chcę państwu powiedzieć, że w gruncie rzeczy problematyka zdrowia psychicznego, tak jak pamiętam ze swojego całego życia zawodowego, była dobrze prowadzona przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne. W latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych bardzo baliśmy się nadzoru sądowego nad naszymi poczynaniami sądowymi, nad naszymi decyzjami dotyczącymi ludzi. Jednak przyjęta nowoczesna ustawa w roku 1994 przesądziła, iż każda decyzja psychiatry w zakresie stosowania przymusu podlega nadzorowi sądowemu.

Jednak w miarę osadzania się poczucia pewnej kultury prawa, także praw osoby, coraz bardziej anachroniczny wydaje mi się model psychiatryczny, który jest realizowany, model azyłowy. Muszę państwu powiedzieć, że chociaż były ogromne zmiany dotyczące liczby łóżek czy nawet ryzyka zamykania szpitali ogólnych, nie udało się przekonać decydentów z poziomu lokalnego, iż jest to jednocześnie okazja do tego, żeby uruchamiać oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych. Chodzi bowiem o jedną z najbardziej stygmatyzujących rzeczy.

Drugim, bardzo trudnym elementem w całej sytuacji jest fakt, że choćby szpitale z Dolnego Śląska, Stronie Śląskie, Lubiąż, one z jednej strony szalenie dyskryminują osoby, które tam trafiają... Proszę sobie wyobrazić sytuację osoby, która ma jechać do Lubiąża sześć godzin, by odwiedzić bliską osobę. A tak jest, jeśli ma się dojechać do Lubiąża z drugiej strony Wrocławia, nie mając samochodu, co się zdarza w rodzinach ubogich. Jednocześnie trzeba popatrzeć na rozjeżdżanie się funkcji socjalnej w szpitalach. Zatrudnionych kilkaset osób z funkcjami par excellence rehabilitacyjno-leczniczymi, które takie oddział powinien spełniać. I tego programu do dzisiaj nie udaje się załatwić, a jest to konieczne. Musimy po prostu zrozumieć, że jeśli chcemy dobrze, nowoczesnie starać się wesprzeć osoby z problemami psychiatrycznymi, to wtedy musi wyjść dyrektywa przymykająca duże szpitale, szukająca innych celów, gdzie takie szpitale mogłyby odgrywać rolę w systemach leczniczych, a może socjalnych. Jest ewidentnym skandalem, że w projektowanych nowych szpitalach nie planuje się oddziałów psychiatrycznych. Po raz kolejny wracamy do Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Myślę, że ten kontekst europejski wreszcie spowoduje, że my to zrobimy, że zostaniemy do tego zmuszeni. Bardzo się cieszę, że pani minister tak żywo zareagowała na tematykę dzisiejszego posiedzenia komisji, dlatego że kwestia antydyskryminacji, a więc zupełnie nowego podejścia do problemu niepełnosprawności, to jest w tej chwili główny nurt w Europie. Zasada wyrównywania szans, zasada tworzenia takich instytucji, zgodnie z zasadą pomocniczości, gdzie niezależnie od rodzaju dysfunkcji buduje się system wsparcia wyrównujący deficyt i jednak zwiększający zatrudnienie. Zatrudnienie stało się głównym elementem rozpoznawania skuteczności integracji. Byłem zaskoczony, będąc w ubiegłym roku jesienią w Wielkiej Brytanii, iż tam jest zatrudnionych około 50% osób niepełnosprawnych. Ale oni na rok 2012 planują dojście do poziomu zatrudnienia osób niepełnosprawnych rządu 75%, i to pod hasłem zwalczania dyskryminacji. Równe prawa.

Tutaj trzeba powiedzieć, że mamy ogromnie trudne problemy z wydatkami z różnych kieszeni. Pieniądze zaoszczędzone na skutecznym leczeniu pacjenta nowocześniejszymi formami przekładają się na gorszy bilans Narodowego Funduszu Zdrowia, ale oszczędza na tym system emerytalny, system rentowy. Krótko mówiąc, trochę więcej łożąc z jednej kieszeni, nie potrafimy zrobić tego rachunku ciągnionego, z którego by wynikało, że opłaca nam się inwestować w medycynę środowiskową. Jest to

istotne zwłaszcza w aspekcie psychiatrycznym, ale nie tylko. Przy naszych wskaźnikach zatrudnienia na poziomie pięćdziesiąt paru procent populacji w wieku zdolnym do pracy, skandalicznie odbiegamy od średniej europejskiej i od tego, co się postuluje, zwłaszcza że my tę średnią europejską sami nieco spychamy w dół. Dlatego tak ważne są tutaj działania i stąd decyzja, abyśmy jeszcze raz wrócili do sprawy Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego i wsparli poczynania Sejmu i rządu, które zmierzają do jak najszybszego uchwalenia programu.

Chcę wszystkim obecnym tutaj państwu podziękować za przygotowane materiały. Przygotuję krótki materiał, które roześle także do pani minister i do zainteresowanych tym resortów, jeszcze raz wspierając terminarz prac nad Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego. Rzeczywiście, nasza obecność w tej dziedzinie w rejonie Azerbejdżanu, Albanii i paru krajów, od których cywilizacyjnie jesteśmy naprawdę oddaleni... Dzięki Narodowemu Programowi Ochrony Zdrowia Psychicznego mielibyśmy szansę, żeby stwarzać ludziom przyzwoite warunki do lepszego bytowania w tym, co jest naprawdę szalenie trudne, czyli w cierpieniach psychicznych. Bardzo dziękuję państwu za uczestnictwo w posiedzeniu.

Tę część posiedzenia komisji zamykam. Mamy jeszcze sprawy bieżące.

Dziękuję państwu. Krótka przerwa i pracujemy dalej.

(Przerwa w obradach)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Do Komisji Zdrowia napłynęły pisma, o których powinniście państwo wiedzieć. One są zawsze do wglądu w teczce spraw bieżących w sekretariacie u naszych znakomitych specjalistek wspierających prace komisji. Dotyczą one między innymi projektu standardów postępowania w procedurach paliatywnych i hospicyjnych. Co bardzo ważne, korygują standardy. Bardzo zachęcałbym państwa do zapoznania się z projektem.

Jest informacja o turnieju szachowym organizowanym dla parlamentarzystów. Są trzy zaproszenia. Gdyby ktoś był zainteresowany to oświadczam, że tutaj są zaproszenia.

Okręgowa Izba Pielęgniarki i Położnej w Wałbrzychu jest oburzona stanowiskiem i sprzeciwem wobec propozycji konwentu marszałków. Może pani senator Fetlińska zainteresowałaby się, o co tutaj chodzi. Bardzo o to proszę.

Senator Janina Fetlińska:

Ja to wyjaśnię, bo mam wiedzę na ten temat. Otóż marszałkowie województwa na swoim posiedzeniu ustalili, że należy dążyć do cofnięcia się, jeśli chodzi o kształcenie pielęgniarek i stworzenia systemu szkół pomaturalnych czy policealnych, a nie kształcenia pielęgniarek w systemie bolońskim. Czyli pielęgniarka kończyłaby trzyletnią szkołę policealną czy pomaturalną bez tytułu licencjackiego. Pytam więc, kto poszedłby do takiej szkoły, żeby trzy lata ciężko pracować i nie otrzymać nawet wyższego wykształcenia, podczas gdy w tym samym czasie w systemie bolońskim można otrzymać wyższe. Myślę więc, że jest to rzeczywiście pomoc godna, że tak powiem,

pełnego potępienia. Przyłączam się do tego protestu i właśnie przygotowuję oświadczenie w tej sprawie na najbliższe posiedzenie Senatu.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Ale teraz mam pytanie, bo marszałkowie są ważnym ogniwem polityki regionalnej, więc może... Pani senator chce to załatwić oświadczeniem?

(Senator Janina Fetlińska: Jeśli pan przewodniczący miałby jakieś inne propozycje co do formy, to chętnie...)

Właśnie zastanawiam się.

Senator Janina Fetlińska:

Bardzo proszę, bo ja po prostu stwierdziłam, że w zasadzie to są pomysły już nie z tej epoki. Może wynikają z jakiejś niewiedzy? Przez całe powojenne lata pielęgniarstwo to był kierunek kształcenia w szkołach licealnych albo policealnych, wobec tego to w świadomości istnieje. Ale to jest już po prostu historia.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Zastanawiałem się, czy senacka Komisja Zdrowia, która ma doświadczenia i omawiała sprawę kształcenia pielęgniarzek... Nie wiem, czy w tej kadencji mówiliśmy o tym?

(Senator Norbert Krajczy: Mówiliśmy, mówiliśmy.)

Senator Janina Fetlińska

Ale czy można byłoby w tej sprawie podjąć jakieś stanowisko w tej sprawie?

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Stanowisko komisji, które można by rozesłać. Proponowałbym, żeby...)

To ja przygotowuję projekt tego stanowiska.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Jeszcze jest tutaj...

Bardzo proszę, pan senator Krajczy.

Senator Norbert Krajczy:

Panie Przewodniczący, mam prośbę. Mamy się spotkać za tydzień. Bardzo bym prosił, żeby to był punkt posiedzenia. Zajmijmy stanowisko jako Komisja Zdrowia Senatu, a potem roześlemy to stanowisko.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo się cieszę, że konkluzja pana senatora jest w duchu tego, co ja proponuję. Właśnie o to mi chodziło, żeby senator Fetlińska przygotowała stanowisko, a my

żebyśmy mieli stanowisko komisji, które rozesłalibyśmy, żeby rozumieli, że zabierają się za coś może nie od najlepszej strony.

(*Senator Stanisław Gogacz: Jeżeli można, Panie Przewodniczący...*)

Proszę bardzo.

Senator Stanisław Gogacz:

Uczestniczyłem w spotkaniach konwentu marszałków, bo byłem w zarządzie województwa. I chcę powiedzieć, że to jest taka procedura, że oni się co miesiąc spotykają, a stanowiska, które są tam podejmowane, to nie są stanowiska ostateczne. Oni mogą je po prostu zweryfikować. Tak że w tym kierunku, o którym pan powiedział, jak najbardziej powinniśmy pójść. Ale powinniśmy przedstawić marszałkom stanowisko nie w formie oświadczenia – przepraszam, że tu sugeruję pani senator – bo oświadczenie to jest już jakaś walka, a chodzi o to, żeby niejako delikatnie pouczyć. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dokładnie taka chyba była intencja i pana senatora Krajczego, i pani senator Fetlińskiej, i chyba moja. Tak że bardzo bym prosił...

Jeszcze jest informacja: Program eradykacji wybranych chorób zakaźnych. Czy ktoś z państwa jest zainteresowany? 30 maja, godzina 11.00, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego. Ktoś może pójść, bo jest zaproszenie. Nie ma zainteresowanych?

Po raz kolejny zwraca się pan profesor Rowiński, prezes Polskiego Towarzystwa Transplantologicznego, w zasadzie do pana marszałka, z prośbą o wsparcie związane z kryzysem transplantologii. Może prosiłbym z kolei pana wiceprzewodniczącego. Spotykaliśmy się bowiem parokrotnie z panem senatorem i widzę, że w dalszym ciągu jest... Pan marszałek Borusewicz ceduje to trochę na nas. Może pan senator zastanowiłby się, co z tym moglibyśmy zrobić i może na następnym posiedzeniu komisji wrócilibyśmy do sprawy.

Mamy jeszcze na moje ręce pismo ze Stowarzyszenia Pomocy Chorym na HCV, w którym apelują o to, abyśmy wsparli ich poczynania związane z uznaniem wirusowego zapalenia wątroby za palący problem zdrowia publicznego, powołania pełnomocnika krajowego odpowiedzialnego za prowadzenie rządowej strategii itd. Dwanaście punktów. Ja nie wiem, czy my jesteśmy w stanie reagować na tego typu życzenia?

10 czerwca natomiast jest piętnastolecie Izby Polfarmed i jest zaproszenie na związane z tym uroczystości. Mnie nie będzie wtedy w Polsce i chciałbym zapytać, czy ktoś z państwa chciałby pójść. Warszawa, Novotel...

(*Głos z sali: Co to jest?*)

To jest jubileusz piętnastolecia działalności Polfarmed dla branży farmaceutycznej i wyborów medycznych. Może ktoś z wiceprzewodniczących zechciałby nas reprezentować? Bardzo bogaty program...

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Uzgodnijcie. Dobrze.

Konferencja prasowa Janusza Kochanowskiego „Nasze dzieci w niebezpieczeństwie”, 2 czerwca, godzina 11.00. Czy ktoś jest zainteresowany?

To wszystko ze spraw bieżących.

Następne posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia będzie 3 czerwca, w przeddzień posiedzenia plenarnego Senatu. Będziemy próbowali opracować koncepcję odłożenia szpitali. Ma ją przedstawić pani minister Dwornikowska.

Bardzo proszę, pan senator Krajczy.

Senator Norbert Krajczy:

Przepraszam, mam następującą prośbę. Ponieważ mój szpital od sześciu lat nie jest zadłużony, jestem więc w dziwnej sytuacji... Ile mam znów na tym stracić, tak jak w przypadku „ustawy 203”, którą zrealizowałem?

Czy to posiedzenie może być o godzinie 12.30?

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Oczywiście.)

Albo o godzinie 13, jeżeli pan przewodniczący...

(Głos z sali. To może najpierw byłby punkt dotyczący Krakowa...)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Na którą godzinę przyjadą przedstawiciele Krakowa?

(Głos z sali: Na godzinę 12.)

(Senator Norbert Krajczy: No to może o godzinie 12.30, Panie Przewodniczący.)

Proszę bardzo, może być 12.30.

(Senator Norbert Krajczy: Dziękuję bardzo.)

Na prośbę pana senatora Krajczego godzina 12.30. Nie ma problemu.

Czy mają państwo jeszcze jakieś sprawy do podniesienia w ramach spraw różnych? Co mamy jutro?

(Głos z sali: Jutro mamy posiedzenie komisji.)

Szanowni Państwo, jutro mamy wspólne posiedzenie Komisji Zdrowia z Komisją Rodziny i Polityki Społecznej, poświęcone rekomendacjom do ustawy antydyskryminacyjnej.

(Głos z sali: Obecność jest obowiązkowa.)

Oczywiście. To jest wspólne posiedzenie senackich komisji.

Czy są jeszcze jakieś inne sprawy? Jeśli nie, to bardzo dziękuję państwu.

Zamykam posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

(Koniec posiedzenia o godzinie 14 minut 14)

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851