

Stanowisko

Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii w sprawie sytuacji w orzecznictwie sądowo-psychiatrycznym

W ostatnich kilkunastu miesiącach orzecznictwo sądowo-psychiatryczne w Polsce jest przedmiotem żywego zainteresowania środków masowego przekazu. Dotyczy to zwłaszcza orzeczeń w sprawach karnych, których treść coraz częściej budzi zastrzeżenia, niekiedy oburzenie, o czym świadczą tytuły enuncjacji prasowych: „Schizofrenia na papierze” (G.W., 6.10.2003), „Depresja gangstera” (G.W., 14.02.2002), „Skrupulatnie z tą depresją” (G.W., 27.02.2002), „Chorzy gangsterzy - afera w łódzkim szpitalu psychiatrycznym”, „Ośmiornica w depresji” (G.W., 23-24.10.1999), „Gangster chory na głowę” (Przegląd, 28.09.2003), „Psychiatryczna epidemia wśród gangsterów” (Rzeczpospolita, 16.09.2003), „Wariackie papiery” (Rzeczpospolita, 22.10.2003), „Żółty azyl dla gangsterów” (Newsweek, 19.10.2003).

Psychiatrom zarzucana jest nieuczciwość w postępowaniu orzeczniczym, której motywem jest dążenie do uchronienia przestępców przed odpowiedzialnością karną lub odbywania wymierzonej kary. Zdarzają się zarzuty, że takie niezgodne z zasadami sztuki lekarskiej postępowanie wynika z niskich pobudek (chęć zysku). Mamy tu do czynienia ze szczególną formą nadużyć psychiatrii – psychiatria bywa wykorzystywana do ochrony interesów świata przestępczego. Z dużą przykrością stwierdzamy, że wyrywkowe kontrole placówek, w odniesieniu do których wysunięto zarzuty – potwierdzają istnienie nieprawidłowości. Co więcej, obraz i przyczyny tych nieprawidłowości są bardziej złożone niż wynikałoby z enuncjacji prasowych.

Chociaż jesteśmy przekonani, że w Polsce zjawisko to ma charakter marginalny, większość psychiatrów orzekających w sprawach karnych i cywilnych uczciwie wiązuje się ze swoich obowiązków, każdy jednak ujawniony przypadek nieprawidłowości na tym polu rzuca cień na naszą grupę zawodową, podważa tak niezbędne zaufanie.

Eliminowanie tych nieprawidłowości powinno wiązać się ze starannym doбором biegłych sądowych oraz wnikliwym nadzorem nad treścią orzeczeń sądowo-psychiatrycznych.

W pierwszej sprawie konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii występował do ministra sprawiedliwości z wnioskiem o włączenie konsultantów wojewódzkich w dziedzinie psychiatrii przy sporządzaniu list biegłych sądowych. Dyrektor Departamentu Organizacji i Informatyki Ministerstwa Sprawiedliwości wystosował w tej sprawie odpowiednie zalecenie do prezesów sądów wojewódzkich, zaś konsultant krajowy zwrócił się do konsultantów wojewódzkich o zainteresowanie tą nader ważną sprawą. Poziom orzecznictwa sądowo-psychiatrycznego jest systematycznie poruszonym tematem na dorocznych naradach konsultantów wojewódzkich i dyrektorów szpitali psychiatrycznych.

Sądzimy, że jest niezbędne podjęcie kompleksowych działań zmierzających do poprawy orzecznictwa sądowo-psychiatrycznego w naszym kraju, w szczególności:

1. Podstawowe znaczenie dla zapewnienia właściwego poziomu orzecznictwa sądowo-psychiatrycznego przypada szkoleniu lekarzy psychiatrów, którego celem jest m.in. ujednolicenie zasad orzekania w skali ogólnokrajowej, zgodnie z zasadami wiedzy i praktyki. Proces ten odbywa się na kilku poziomach:

- w toku specjalizowania się – psychiatria sądowa zajmuje w programie specjalizacji,

przynajmniej teoretycznie, poczesne miejsce. Jednak realizacja tego programu napotyka na istotne i trudne do pokonania przeszkody w związku z ograniczoną liczbą miejsc stażowych w nielicznych ośrodkach, które mogą prowadzić szkolenie z zakresu psychiatrii sądowej. Odbycie takiego stażu stało się „wąskim gardłem” w realizacji programu specjalizacji. W sytuacji tej zdecydowano się na wprowadzenie alternatywnych form szkolenia w postaci kursów obejmujących wykłady, seminaria oraz uczestnictwo w sporządzaniu orzeczeń sądowo-psychiatrycznych,

- ważną formą szkolenia są cykliczne konferencje organizowane przez Sekcję Psychiatrii Sądowej PTP, na których są omawiane węzłowe, aktualne problemy orzecznictwa sądowo-psychiatrycznego, wykładawcami – doświadczeni psychiatry i prawnicy,

- niepoślednia rola przypada publikacjom. Po okresie pewnej „posuchy” na tym polu – ostatnio pojawiło się kilka wartościowych opracowań o dużych walorach dydaktycznych. W najnowszym polskim trzytomowym podręczniku psychiatrii klinicznej orzecznictwo sądowo-psychiatryczne zajmuje poczesne miejsce.

Wymienione działania nie zapewniają należytego poziomu orzecznictwa sądowo-psychiatrycznego. Zdaniem coraz większej liczby przedstawicieli Sekcji Psychiatrii Sądowej PTP, Zarządu Głównego PTP oraz konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii jest najwyższa pora rozważyć wprowadzenie **certyfikatu z zakresu psychiatrii sądowej**, co byłoby związane z odbyciem odpowiedniego programu szkoleniowego oraz egzaminem. Certyfikat taki powinien w przyszłości stanowić nieodzowny warunek wpisania na listę biegłych sądowych.

2. Niezwykle ważnym problemem jest dobór biegłych orzekających w toku obserwacji szpitalnej. W praktyce wyznacza ich (a więc powołuje) ordynator oddziału, w którym jest prowadzona obserwacja sądowo-psychiatryczna, niekiedy dyrektor szpitala. Sądzymy, że powinni oni podlegać weryfikacji i być uwzględnieni na liście biegłych sądowych uprawnionych do orzekania.

3. Istotnym czynnikiem, który może przyczynić się do eliminowania omawianych tu nieprawidłowości, jest nadzór nad orzecznictwem sądowo-psychiatrycznym ze strony zobowiązanych do tego instytucji. W przypadku orzeczeń wydawanych na podstawie obserwacji sądowo-psychiatrycznych w placówkach naukowych lub szpitalach – podstawowa rola przypada dyrektorom tych placówek. Biegli opracowujący orzeczenia sądowo-psychiatryczne czynią to w imieniu instytucji, w której przeprowadzono obserwację.

4. Należy wprowadzić i egzekwować zasadę, zgodnie z którą środek zabezpieczający może być stosowany wyłącznie po przeprowadzeniu obserwacji sądowo-psychiatrycznej.

5. Należy opracować wzór opinii sądowo-psychiatrycznej zalecanej przez nadzór specjalistyczny w zakresie psychiatrii.

6. W licznych szpitalach psychiatrycznych i niektórych klinikach zanika instytucja konferencji sądowo-psychiatrycznych, na których są omawiane wspólnie wszystkie orzeczenia przygotowywane w danej placówce. Oprócz znaczenia kontrolnego – odgrywają one istotną rolę dydaktyczną. Sądzymy, że ta nader ważna forma powinna zostać przywrócona lub wprowadzona we wszystkich placówkach zajmujących się orzecznictwem sądowo-psychiatrycznym.

7. Orzecznictwo sądowo-psychiatryczne prowadzone w trybie ambulatoryjnym pozostaje poza merytoryczną oceną nadzoru specjalistycznego w zakresie psychiatrii, co uznać należy za poważną nieprawidłowość wymagającą pilnie odpowiedniego uregulowania prawnego.

8. Przygotowywana obecnie w Ministerstwie Sprawiedliwości ustawa o biegłych sądowych powinna uściślić zasady powoływania biegłych i zapewne przyczynić się do doboru właściwych osób zajmujących się orzecznictwem sądowo-psychiatrycznym. Postulujemy

przyspieszenie prac nad tą ustawą.

9. Należy zobowiązać wszystkie placówki prowadzące obserwacje sądowo-psychiatryczne do przekazywania jednej kopii orzeczenia do Kliniki Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Należy też rozważyć zorganizowanie centralnego archiwum orzeczeń sądowo-psychiatrycznych (wydawanych w trybie ambulatoryjnym, jak i tych po obserwacjach w szpitalu). Zorganizowanie takiego archiwum powinno leżeć w gestii ministra sprawiedliwości i wymagałoby odpowiednich uregulowań prawnych, uwzględniających m.in. ochronę danych osobowych. Archiwum stanowiłoby nieocenione źródło informacji dotyczących zakresu i poziomu orzecznictwa sądowo-psychiatrycznego w Polsce, umożliwiłoby też efektywną ocenę tego poziomu.

10. Sądzimy, że nieodzownym warunkiem poprawy poziomu orzecznictwa sądowo-psychiatrycznego jest krytyczna ocena treści orzeczeń sądowo-psychiatrycznych przez sądy. Orzeczenie sądowo-psychiatryczne jest ważną, ale nie jedyną podstawą oceny stanu psychicznego osoby, której dotyczy postępowanie – ostatecznie „najwyższym biegłym jest sąd”.

Prezes Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
prof. dr hab. **Jacek Bomba**,
z up. **Jacek Wciórka**
Konsultant krajowy
w dziedzinie psychiatrii
prof. dr hab. **Stanisław Pużyński**

Prof. dr hab. **Stanisław Pużyński**
Konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii

Stanowisko

w sprawie refundacji za leki psychotropowe stosowane u osób chorych psychicznie

- Stosowanie leków psychotropowych (przeciwpowrotnych, przeciwdepresyjnych, normotymicznych i prokognitywnych) jest podstawową formą leczenia przewlekłych chorób psychicznych. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego gwarantuje bezpłatne udzielanie świadczeń zdrowotnych (art.10) tej grupie osób. Ponadto art. 12 tej ustawy stanowi: „Przy wyborze rodzaju i metod postępowania leczniczego bierze się pod uwagę nie tylko cele zdrowotne, ale także interesy oraz inne dobra osobiste osoby z zaburzeniami psychicznymi i dąży do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia w sposób najmniej dla tej osoby uciążliwy”. Wszystkie leki niezbędne do terapii chorób psychicznych, a w szczególności te, które zapewniają efektywność, bezpieczeństwo i wygodę leczenia, a co za tym idzie - należyłą współpracę pacjenta z lekarzem (compliance) powinny być w pełni refundowane.

- Klasyczne leki psychotropowe (leki przeciwpowrotne, przeciwdepresyjne, normotymiczne) I generacji są dostępne osobom chorym psychicznie, jako leki w pełni refundowane lub za opłatą ryczałtową, istotne ograniczenia dotyczą leków nowych (II i III generacji) zarówno przeciwpowrotnych, jak również przeciwdepresyjnych oraz stosowanych w zaburzeniach otępiennych typu alzheimerowskiego. Cena niektórych z tych

leków przekracza możliwości nabywcze większości chorych i tylko nielicznych stać na zakup drogiego specyfiku.

- Nowe, droższe, leki psychotropowe są często jedynymi, które chorzy mogą przyjmować ze względu na objawy niepożądane i powikłania kuracji występujące u części leczonych (jak np. parkinsonizm, późne dyskinezy i in.), bądź obecność chorób uniemożliwiających stosowanie leków I generacji, takich jak choroby narządu krążenia, wątroby, przerost gruczołu krokowego, jaskra i in.

- Liczba chorych przewlekłe, wymagających długotrwałego leczenia, jest wprawdzie względnie stała, ale wciąż wzrasta odsetek psychoz opornych na leki. Nowe leki dają szansę uzyskania poprawy u części chorych z psychozami przewlekłymi, u których klasyczne leki zawodzą. Profil działania psychotropowego nowych leków jest bardziej optymalny niż leków wprowadzonych w latach 60.–70., co zapewnia większą efektywność leczenia.

- Ograniczenie wyboru leków stosowanych w psychozach do leków I generacji ma chronić budżet przed wydatkami. Jednakże źle dobrane leczenie prowadzi nie tylko do zwiększenia liczby i długości hospitalizacji, ale często (np. w przypadku leków przeciwpsychotycznych) do utrwalenia zaburzeń i pojawienia się stanu przewlekłego, pogłębienia rozpadu osobowości (np. nasilenia tzw. objawów negatywnych) i niechęci chorych do leczenia, co wielokrotnie zwiększa rzeczywisty koszt terapii i opieki nad tą grupą chorych. Koszt większości wielotygodniowych kuracji jest mniejszy od ceny jednego osobodnia pobytu w szpitalu, a tylko przy nielicznych stanowi 2-3-krotną jego wielkość.

- Jedyna możliwość ograniczenia wydatków na leki powinna wynikać z ich właściwego, zgodnego ze wskazaniami i stanem chorego – ordynowania.

Odrębnym problemem jest system kontroli poprawnego ordynowania leków, który powinien być wdrożony przez instytucje do tego powołane.

- Wszystkie leki przeciwpsychotyczne, przeciwdepresyjne, normotymiczne i prokognitywne powinny być nieodpłatnie udostępniane osobom przewlekłe chorym psychicznie, co wymagałoby odpowiednich zmian w listach leków refundowanych i co za tym idzie odstąpienia od zasady tzw. limitu cenowego w stosunku do wymienionych grup leków.

- Nie można przyjąć, że leki należące do grupy o podobnym podstawowym (zbadanym lub postulowanym) mechanizmie działania można zawsze wzajemnie zastąpić, bowiem z jednej strony odpowiedź terapeutyczną kształtuje w znacznym stopniu osobnicza, indywidualna wrażliwość na dany lek, z drugiej zaś - leki należące do tej samej grupy różnią się istotnie w zakresie farmakokinetyki, profilu działania psychotropowego, tolerancji i objawów niepożądanych. Dobrym przykładem jest grupa selektywnych inhibitorów wychwytu serotoniny obejmująca 5 leków: mimo wspólnego mechanizmu działania poszczególne preparaty wykazują szereg istotnych z punktu widzenia klinicznego różnic. Należy też podkreślić, że nieskuteczność jednego wcale nie oznacza, że inny preparat z tej grupy okaże się również nieskuteczny. Dotyczy to również leków przeciwpsychotycznych II generacji; każdy z leków należących do tej grupy wykazuje pewne specyficzne cechy, które różnią go od pozostałych, co podważa zasadność stosowania tzw. limitu cenowego.

W sprawie kryteriów chorób psychicznych uprawniających do bezpłatnego leczenia oraz wskazań, w których refundacja jest niezbędna

Określenie „osoby chorujące na chorobę psychiczną”, o którym mowa w art. 39 Ustawy z 6 lutego o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz U nr 28, poz. 153 ze zm.) oraz w rozporządzeniu ministra zdrowia i opieki społecznej z 9 grudnia 1998 r. w sprawie wykazu chorób oraz wykazu leków, preparatów diagnostycznych i sprzętu jednorazowego użytku, które ze względu na te choroby mogą być przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością (Dz U nr 156, poz. 1028 ze zm.) obejmuje głównie

osoby z zaburzeniami psychicznymi, w których występują objawy psychotyczne (np. schizofreniczne, urojenia, omamy, afektywne, zaburzenia świadomości (przytomności), nasilone zaburzenia otępienne, amnestyczne). W klasyfikacji ICD-10 większość chorób psychicznych mieści się w działach FO, F2, F3. Jednak niekiedy powyższe kryteria mogą spełniać zaburzenia opisane w innych działach tej klasyfikacji. Na przewlekłość choroby psychicznej wskazuje czas trwania dłuższy niż trzy miesiące lub jej nawrotowość.

Sądzę, że do uprawnionych do korzystania z przepisów, o których mowa w rozporządzeniu ministra zdrowia i opieki społecznej z 9 grudnia 1998 roku, należałoby zaliczyć również te osoby z zaburzeniami psychicznymi, ale bez objawów psychotycznych, u których obecność tych zaburzeń wiąże się z zagrożeniem własnego życia albo życia lub zdrowia innych osób lub uniemożliwia zaspokajanie podstawowych potrzeb życiowych.

Lista chorób uznanych przez ministra zdrowia za choroby przewlekłe na podstawie art. 34 Ustawy z 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz U nr 54) jest niepełna. Na liście tej powinny znaleźć się następujące grupy zaburzeń:

- Schizofrenia: przewlekła lub nawracająca lub lekooporna,
- Zaburzenia afektywne dwubiegunowe (nawracające),
- Zaburzenia depresyjne nawracające,
- Depresje lekooporne,
- Choroba Alzheimera i inne przewlekłe psychozy o przyczynach organicznych,
- Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne o przewlekłym, inwalidyzującym przebiegu,
- Zaburzenia łaknienia (zagrożające życiu).

Psychiatrów ordynujących leki psychotropowe pragnę jednocześnie poinformować, że postulaty zawarte w tym stanowisku **są moimi dezyderatami**, które przedkładałem wielokrotnie Ministerstwu Zdrowia w latach 1998-2003. Nie zmieniają one **obowiązujących** regulacji prawnych dotyczących uprawnień chorych do leków refundowanych i zasad tej