

Aktualne problemy psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce (2004 r.)

Current problems in psychiatric health care in Poland (2004)

Stanisław Pużyński¹, Wanda Langiewicz²

¹ II Klinika Psychiatrii IPiNw Warszawie

Kierownik: prof. dr hab. n. med. S. Pużyński

² Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia IPiN w Warszawie

Kierownik: dr n. med. B. Pietrzykowska

Summary

The paper is a presentation of the most important and actual psychiatric health care problems in Poland: the financial situation of hospitals, the risk faced by the out-patient psychiatric care and the ethical problems related to investigations of psychotropic drugs.

Słowa klucze: psychiatryczna opieka zdrowotna w Polsce, program ochrony zdrowia psychicznego, finansowanie opieki psychiatrycznej, specjalizacja w psychiatrii

Key words: psychiatric health care in Poland, national programme of mental health protection, financing of psychiatric health care, postgraduate training in psychiatry

Sytuacja finansowa psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce od wielu lat jest trudna (zdaniem licznych dyrektorów szpitali psychiatrycznych – krytyczna) i nie ulega poprawie. Mimo tych trudności – leczenie psychiatryczne w Polsce podlega systematycznej transformacji. Liczba łóżek w dużych szpitalach psychiatrycznych zmniejsza się, wzrasta liczba oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych (liczba łóżek na tych oddziałach stanowi obecnie 16% ogólnej liczby łóżek psychiatrycznych). Obserwuje się wyraźne przejawy rozwoju psychiatrii środowiskowej. Psychiatria cieszy się dużą popularnością wśród młodych lekarzy, o czym świadczy wzrastająca liczba osób rozpoczynających specjalizowanie się w tej dziedzinie.

Narodowy (Rządowy) Program Ochrony Zdrowia Psychicznego

Ustanowienie Narodowego (Rządowego) Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego jest od kilku lat najważniejszym celem strategicznym, do którego zmierza Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Instytut Psychiatrii i Neurologii, organy krajowego

nadzoru specjalistycznego w dziedzinie psychiatrii. Dążenie do tego celu przebiega ze zmiennym szczęściem, na ogół jednak – bez zrozumienia ośrodków decyzyjnych, które ustanowienie takiego programu odraczały lub kwestionowały jego celowość, dezyderatów zaś Komisji Zdrowia Sejmu II kadencji nie zrealizowano. Drugie półrocze minionego roku wiąże się ponownie z pewną nadzieją. Optymizm ten wynika z zaakceptowania przez ministra zdrowia celowości nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z „umocowaniem” prawnym Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w tej ustawie oraz przekazanie w styczniu 2005 r. nowego (zawężonego) projektu nowelizacji ustawy do uzgodnień międzyresortowych.

Lecznictwo psychiatryczne i uzależnień

W świetle danych, którymi dysponuje Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii [1], w 2003 roku ambulatoryjne leczenie psychiatryczne w Polsce obejmowało blisko 950 poradni zdrowia psychicznego, z tego 63% czynnych przez 4–5 dni w tygodniu. Z opieki w ramach poradni skorzystało w ciągu roku 1150,0 tys. osób, blisko 28% – po raz pierwszy. Kobiety stanowiły 57%, mieszkańcy miast – 70%, co 10 osoba nie przekroczyła 19 roku życia. Łącznie udzielono 4,6 mln porad, w większości (88%) lekarskich. Pozostałych porad udzielili psychologowie bądź inni terapeuci. W stosunku do roku poprzedniego, poza 11% wzrostem liczby poradni, odnotowano ponad 9% wzrost liczby leczonych oraz 2,5% wzrost liczby porad. W ogólnej populacji leczonych najczęściej rozpoznawano zaburzenia nerwicowe (30%), następnie – afektywne (21%), a w dalszej kolejności, z podobną częstością (16%): zaburzenia organiczne bądź schizofrenię lub inne zaburzenia psychotyczne (z grupy F20-F29).

W 382 poradniach terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia udzielono 1,3 mln porad 140,5 tys. zarejestrowanym, głównie mężczyznom (81%). Podejmujący leczenie po raz pierwszy stanowili 41% ogółu leczonych. W odróżnieniu od poradni zdrowia psychicznego, większość porad (85%) udzielana była przez psychologów bądź innych terapeutów uzależnień. W porównaniu z rokiem poprzednim zmalała zarówno liczba poradni (o 3%), jak i liczba leczonych (o 10%) oraz udzielonych porad (o 12%).

W 90 poradniach dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, których liczba, w porównaniu z rokiem 2002, wzrosła o 14, zarejestrowano 26 tys. osób, w tym 44% po raz pierwszy. W stosunku do roku 2002 o 13% zmalała ogólna liczba zarejestrowanych osób, przy 13% (z 17,6 do 20 tys.) wzroście liczby osób z zaburzeniami spowodowanymi użytkowaniem substancji psychoaktywnych. Jednocześnie o 17% zmniejszyła się ogólna liczba udzielonych porad.

Do wszystkich (psychiatrycznych i odwykowych) placówek ambulatoryjnego leczenia psychiatrycznego i uzależnień zgłosiło się w 2003 roku 1316 tys. osób, w tym 30% po raz pierwszy. Łącznie udzielono 6,1 mln porad, w tym 4,2 mln porad lekarskich. W 58,3 tys. przypadków pomoc ambulatoryjna wymagała wizyty w środowisku pacjenta, najczęściej w domu.

W całej populacji leczonej ambulatoryjnie zaburzenia z grupy psychoz schizofrenicznych i afektywnych rozpoznano łącznie u 32% osób, natomiast zaburzenia związane

z używaniem alkoholu u 12%, a z używaniem substancji psychoaktywnych u 1% osób. Udział osób z zaburzeniami nerwicowymi, osobowości, rozwojowymi, upośledzeniem umysłowym i innymi nieokreślonymi zaburzeniami psychicznymi w populacji korzystających z opieki ambulatoryjnej jest największy i wynosi blisko 40%.

W ciągu 2003 roku w całym psychiatrycznym i odwykowym leczeniu ambulatoryjnym wydano blisko 75 tys. skierowań na leczenie w całodobowych placówkach.

Lecznictwo stacjonarne w 2003 roku dysponowało łącznie 31 095 łóżkami, głównie (64%) w 53 zakładach i szpitalach psychiatrycznych. Na opiekę stacjonarną przeznaczono 4,9 tys. łóżek na 142 oddziałach psychiatrycznych 95 szpitali ogólnych, klinicznych i innych specjalistycznych. W porównaniu z rokiem 2002 liczba łóżek w szpitalach psychiatrycznych nieznacznie zmalała (o 2%), a na oddziałach szpitali ogólnych nieznacznie wzrosła (o 1,7%). Wyraźny wzrost (o 18%) odnotowano w liczbie łóżek zarezerwowanych dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych (z 1964 w 2002 r. do 2311 w 2003, tj. o 18%) w ośrodkach rehabilitacyjnych, zwłaszcza prowadzonych przez stowarzyszenie Monar. Baza łóżkowa oddziałów i ośrodków dla uzależnionych od alkoholu zwiększyła się jedynie o 5% (z 1407 w 2002 r. do 1482 w 2003 r.).

Największy wzrost liczby łóżek (o 51%) odnotowano w zakładach o charakterze opiekuńczym. Liczba tych zakładów wzrosła z 7 do 14, a liczba łóżek – z 1,5 tys. do 2,4 tys. Dla ścisłości należy dodać, iż wzrost ten ma charakter formalny, wynikający z uwzględnienia w sprawozdawczości statystycznej zakładów wcześniej działających.

Znaczącym wydarzeniem było zakończenie prac adaptacyjnych i organizacyjnych związanych z oddaniem do użytku Ośrodka Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie. Ten dysponujący 40 łóżkami ośrodek gotów jest przyjąć pacjentów od zaraz.

Tabela 1

Liczba łóżek w psychiatrycznej i odwykowej opiece zdrowotnej w Polsce w 2003 r.

Typ oddziału	Liczba oddziałów	Liczba łóżek	Udział na 1 tys. ludności
Psychiatryczny ogólny	39	16 556	4,2
Psychosomatyczny	13	655	0,2
Psychiatryczny geroiatryczny	11	513	0,1
Psychiatryczny rehabilitacyjny	11	304	0,1
Leczenia nerwic	15	421	0,1
Dla dzieci i młodzieży	11	396	0,1
Psychiatryczny sądowy	24	633	0,2
Dla dzieci i młodzieży	41	1 303	0,3
Leczenia uzależnień od alkoholu (z detoksykacyjnymi)	111	3 421	1,0
Leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych	62	2 323	0,6
Dla przewlekłych chorób	11	124	0,2
Opiekunów leczniczych i pielęgnacyjnych-opiekunów	62	4 000	1,0
Całkowicie	264	31 095	8,1

Na przeszkodzie staje brak kadr fachowych.

We wszystkich zakładach opieki stacjonarnej leczono się w ciągu 2003 r. 275,8 tys. osób, tj. o 3,6% więcej niż rok wcześniej.

Formy pośrednie

W 2003 roku funkcjonowało w całym kraju 168 oddziałów dziennych, tj. o 5 więcej niż rok wcześniej, z łączną liczbą 3,8 tys. miejsc. Liczba zespołów leczenia środowiskowego i hosteli tylko nieznacznie zmieniła się w stosunku do roku 2002 i wynosiła odpowiednio 22 i 7.

Opieka czynna

Czynna opieka w ambulatoryjnym leczeniu psychiatrycznym oznacza aktywne i zorganizowane postępowanie zespołu terapeutycznego poradni, mające na celu przywrócenie bądź poprawę stanu zdrowia psychicznego pacjentów oraz ułatwienie im samodzielnego życia w środowisku społecznym.

Postępująca dezintegracja szpitalnej i ambulatoryjnej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, zmiana zasad finansowania tej opieki oraz brak instytucji odpowiedzialnej(ych) za współdziałanie poszczególnych składowych systemu przyczyniły się do stopniowego zaniku opieki czynnej. W sytuacji tej konsultanci krajowi w dziedzinie psychiatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży opracowali zalecenia w sprawie opieki czynnej w poradniach zdrowia psychicznego. Pełny tekst opublikowano w „Postępkach Psychiatrii i Neurologii” [2] oraz przesłano do konsultantów wojewódzkich i dyrektorów szpitali psychiatrycznych. W tym opracowaniu pragniemy przypomnieć, w odniesieniu do jakich grup chorych opieka czynna ma zastosowanie. Są to mianowicie pacjenci, których stan zdrowia wymaga systematycznej farmakoterapii, psychoterapii lub socjoterapii. Dotyczy to w szczególności chorych:

- z nasilonymi objawami zaburzeń psychotycznych,
- z częstymi zaostrzeniami i nawrotami choroby,
- z całościowymi zaburzeniami rozwoju psychicznego,
- z zaburzeniami odżywiania się, jeśli stan somatyczny zagraża ich zdrowiu,
- wymagających w okresie remisji systematycznego leczenia zapobiegającego nawrotom,
- niezdolnych do samodzielnej egzystencji, a pozbawionych dostatecznej opieki osób bliskich,
- pozostających w konfliktowej sytuacji środowiskowej,
- nieletnich w sytuacji zaniedbania opieki ze strony rodziny, nieletnich skierowanych do opieki poradnianej przez Sąd Rodzinny.

Brak opieki czynnej nierozłącznie wiąże się ze wzrostem liczby rehospitalizacji, zwiększeniem kosztów funkcjonowania psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Finansowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia psychiatrycznego i uzależnień

Zasady kontraktowania świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej zostały okre-

ślone w „warunkach ogólnych i szczegółowych” opracowanych w Instytucie Psychiatrii i Neurologii na zlecenie władz Narodowego Funduszu Zdrowia. Warunki te, gdyby były przestrzegane (dotyczy to zarówno zakresu, jak i „wyceny” punktowej oraz wartości punktu w złotych – zakładano 10 zł), mogłyby zapewnić sprawną bieżącą działalność psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Niestety, kolejne uchwały Zarządu Narodowego Funduszu Zdrowia przyjęły zasadę nierównego i dyskryminującego finansowania psychiatrycznej opieki zdrowotnej w porównaniu z opieką nad chorymi z problemami zdrowotnymi z zakresu innych specjalności medycznych. W sprawie bezzasadności i szkodliwości takich decyzji interwencje u kolejnych prezesów Narodowego Funduszu Zdrowia oraz ministrów zdrowia podejmował wielokrotnie konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii, a także Polskie Towarzystwo Psychiatryczne oraz dyrekcja Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

Pierwszą decyzją dyskryminującą była Uchwała Zarządu NFZ nr 276 z 13 listopada 2003 r. – Zarząd NFZ zignorował poprzedzające uchwałę pismo konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii o utrzymanie w odniesieniu do świadczeń psychiatrycznych wartości punktu na poziomie nie niższym niż 10 zł. Taką wartość punktu zakładano, opracowując w Instytucie Psychiatrii i Neurologii ujednoczone zasady kontraktowania świadczeń psychiatrycznych, ostatecznie przyjęte przez Fundusz jako podstawa zawierania umów. Tylko przy 10 zł wartości punktu zawarty w opracowanym materiale system punktacji stwarzał szansę opłacalności świadczeń. Mimo tych starań Zarząd NFZ podjął decyzję o wyraźnie dyskryminacyjnym charakterze dla opieki psychiatrycznej. Punkt rozliczeniowy w psychiatrycznej opiece szpitalnej wyceniono na 8,5 zł, podczas gdy w pozostałym leczeniu szpitalnym na 10 zł. Podobnie niekorzystną dla psychiatrii decyzję przyjęto w odniesieniu do opieki ambulatoryjnej, ustalając „psychiatryczny” punkt rozliczeniowy na poziomie 7,5 zł, wobec 8 zł w całej specjalistycznej opiece ambulatoryjnej. Nie ma żadnych merytorycznych powodów, które uzasadniałyby traktowanie psychiatrii odmiennie niż inne specjalności medyczne. Sam fakt, że psychiatria jest finansowana na zasadzie odrębnego kontraktu, nie jest wystarczającym uzasadnieniem.

Następną niekorzystną dla psychiatrii decyzją była Uchwała Zarządu NFZ nr 128 z 29 kwietnia 2004 r., nieuwzględniająca psychiatrycznego leczenia szpitalnego w możliwościach negocjowania współczynnika korygującego cenę za punkt. Była to decyzja rażąco niesprawiedliwa, naruszająca zasadę równego traktowania podmiotów i dyskryminująca jedną z głównych dziedzin medycyny. Psychiatryczne leczenie szpitalne nie różni się niczym od leczenia szpitalnego innych specjalności medycznych. Szpitale i oddziały psychiatryczne bardzo często przyjmują chorych w stanie zagrożenia dla życia, których koszty leczenia są wysokie, podobnie jak w innych dziedzinach medycyny.

Kolejną niesprawiedliwą uchwałą była Uchwała Zarządu NFZ nr 163 z 1 lipca 2004 r., podwyższająca do 9 zł maksymalną cenę punktu za świadczenia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, bez uwzględnienia ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej, w której wartość punktu pozostawiono na niezmiennym poziomie 7,5 zł.

Omówione wyżej decyzje NFZ pogłębiają trudną, niekiedy kryzysową sytuację placówek psychiatrycznych (czego przykładem są szpitale Dolnego Śląska), obniżają

w znacznym stopniu jakość opieki i zagrażają bezpieczeństwu pacjentów.

W sprawie wyraźnej dyskryminacji psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce (w porównaniu z innymi rodzajami opieki) konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii interweniował na forum senackiej Komisji Polityki Społecznej (trzykrotnie) – bez efektu. Władze Funduszu, na czele z jego ówczesnym prezesem (początek 2004 r.), okazały się niewrażliwe na wszelkie argumenty, przytaczając przy tym nieścisłe dane dotyczące środków finansowych na psychiatrię w latach ostatnich, które wskazywały na systematyczny wzrost tych nakładów.

Kadry, specjalizacja w zakresie psychiatrii

Kadry

Według danych, którymi dysponuje Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie [1], w 2003 roku w psychiatrycznej i odwykowej opiece zdrowotnej w Polsce było zatrudnionych (w wymiarze etatowym) ogółem ok. 2,8 tys. lekarzy (w tym 0,7 tys. z I stopniem specjalizacji, 1,5 tys. ze stopniem drugim), ok. 1,4 tys. psychologów, 8,8 tys. pielęgniarek, prawie 300 pracowników socjalnych i 1,2 tys. specjalistów i instruktorów terapii uzależnień. Liczebność kadr w leczeniu ambulatoryjnym jest faktycznie większa, w związku ze znaczącą liczbą zatrudnionych na umowach cywilnoprawnych, o niedającym się ustalić czasie pracy (lekarzy – 1088; psychologów – 488; pielęgniarek – 166).

W tabeli 2 zestawiono zatrudnienie kadr w poszczególnych działach psychiatrycznej

Tabela 2

Zatrudnienie kadr w psychiatrycznej oraz odwykowej opiece zdrowotnej w Polsce w 2003 r. (w przeliczeniu na etaty)

Miejsce zatrudnienia	Leczące ogółem	Psycholodzy		Psycho- kody	Pielęgniarki	Pracownicy socjalni	Specjaliści i instruktorzy uzależnień
		I*	II*				
Środki lecznicze	1122	226	623	483	554	84	72
Oddziały w szpitalach ogólnych	125	12*	40*	14*	215	4*	10*
Oddziały oddziały uzależnień	34	5	5	15	17	8	45
Zakłady op. leczn. i pielęgn.	14	1	6	3	25	5	-
Pomocne Zdrowia Psychicznego	121	253	425	425	522	51	8
Pomocne odwykowe	75	48	34	222	166	22	44
Pomocne uzależnień	11	3	6	36	11	1	11
Ogółem	2802	714	1102	1332	2224	208	1201

* dane szacunkowe

oraz odwykowej opieki zdrowotnej.

Specjalizacja w zakresie psychiatrii osób dorosłych

Wprowadzenie nowego jednostopniowego systemu specjalizacji w zakresie psychiatrii z programem zbliżonym do obowiązującego w krajach Unii Europejskiej nie tylko nie zahamowało, lecz wywiera stymulujący wpływ na rozwój kadry specjalistów.

Tabela 3

Osoby w trakcie specjalizacji w ramach rezydentury, etatu i innego trybu

Lp.	Urządzenie	Ogółem	Rezydent	Etat (w tym § 42)	Inny tryb
1.	Dolnośląskie	141	25	41	49
2.	Kujawsko-pomorskie	55	21	1	21
3.	Lubelskie	19	11	8	4
4.	Lubuskie	20	2	1	25
5.	Łódzkie	11	24	4	41
6.	Mazowieckie	80	48	69	16
7.	Mazowieckie	105	60	108	20
8.	Opolskie	13	4	1	2
9.	Podkarpackie	24	1	11	0
10.	Podlaskie	55	25	23	1
11.	Pomorskie	15	23	52	0
12.	Śląskie	121	31	33	51
13.	Świętokrzyskie	25	5	10	1
14.	Udziałowo-mazowieckie	24	6	10	0
15.	Wielkopolskie	11	11	63	13
16.	Zachodniopomorskie	21	6	11	4
	OGÓŁEM	1160	324	616	211

W nowym trybie (egzamin państwowy) specjalizację uzyskało dotychczas blisko 200 osób. Aktualnie specjalizuje się 1160 osób (por. tabela 3).

Przebieg specjalizacji jest na ogół zgodny z obowiązującym programem. Udział ośrodków akademickich (kliniki psychiatryczne) i Instytutu Psychiatrii i Neurologii jest wiodący – są one miejscem odbywania specjalistycznych staży cząstkowych, kliniki odpowiadają za realizację programu szkolenia, są zobowiązane do organizowania kursów i seminariów dla specjalizujących się. Aktywność ośrodków akademickich w tym ostatnim zakresie wykazuje duże różnice. Najwięcej kursów organizuje Instytut Psychiatrii i Neurologii, chociaż jest pozbawiony wyodrębnionych środków na ten cel.

W ostatnich latach wydatnie poprawiła się dostępność źródeł do nauczania i uczenia się psychiatrii. Istotną rolę w tym zakresie odgrywa trzytomowy podręcznik psychiatrii, który dla przygotowujących się do egzaminu z zakresu psychiatrii ma ogromne znaczenie, ponieważ jest podstawą opracowywanych pytań testowych.

Ważna rola przypada też czasopismom z zakresu psychiatrii, których liczba sys-

tematycznie wzrasta i sięga obecnie 20.

Egzaminy specjalizacyjne

W latach 2001–2004 egzaminy specjalizacyjne z psychiatrii zdawało łącznie 409 lekarzy. Podobnie jak w innych działach medycyny, obejmowały one egzamin testowy, praktyczny oraz ustny.

Pytania do egzaminu testowego z zakresu psychiatrii opracował zespół autorów z różnych ośrodków akademickich, pod kierownictwem konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii. Pytania te były recenzowane, a następnie przekazywane do Centrum Egzaminów Medycznych (CEM) w Łodzi. Wybór pytań do zestawu 120 pytań do egzaminu testowego odbywał się w CEM.

Źródłem do przygotowania pytań testowych są powszechnie dostępne, aktualne podręczniki, zwłaszcza: Psychiatria, t. I–III pod redakcją A. Bilikiewicza, S. Pużyńskiego, J. Rybakowskiego i J. Wciórki (Urban i Partner, Wrocław 2002–2003), oraz takie czasopisma, jak: „Psychiatria Polska”, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, „Farmakoterapia w Neurologii i Psychiatrii”, „Psychoterapia”.

Pytania dotyczą następujących działów psychiatrii:

- psychopatologii ogólnej,
- psychiatrii szczegółowej dorosłych,
- psychiatrii dzieci i młodzieży,
- psychogerii,
- uzależnienia,
- pogranicza psychiatrii i neurologii,
- psychoterapii,
- psychofarmakoterapii,
- patogenezy zaburzeń psychicznych,
- historii psychiatrii, ważniejszych kierunków,
- orzecznictwa inwalidzkiego,
- orzecznictwa sądowo-psychiatrycznego,
- ustawy o ochronie zdrowia psychicznego,
- organizacji psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Egzamin testowy oraz egzaminy praktyczne i ustne odbywały się w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

W latach 2001–2004 do egzaminu przystąpiły 242 osoby w tzw. starym trybie specjalizacji oraz 197 lekarzy specjalizujących się w trybie nowym jednostopniowym.

W tabeli 4 zestawiono wyniki tych egzaminów. Widać z niej, że egzamin testowy zdało (kryterium zaliczenia testu – trafna odpowiedź na 65–70% spośród 120 pytań) około 92% przystępujących do niego (w poszczególnych sesjach zakres 72,7%–100%), specjalizację zaś z zakresu psychiatrii (pozytywny wynik egzaminu testowego i ustnego) uzyskało około 87% zdających (w poszczególnych sesjach zakres 62,5–97%).

Wyniki egzaminów u osób specjalizujących się w starym i nowym trybie są zbliżone. Szczegółowa analiza odpowiedzi (dotyczy to m.in. liczby osób, które osiągnęły powyżej 100 trafnych odpowiedzi na 120 pytań testowych) objęła lekarzy specjalizujących się w nowym trybie. Rozkład trafnych odpowiedzi na pytania z poszczególnych

Tabela 4
Egzaminy specjalizacyjne z zakresu psychiatrii (stary i nowy tryb specjalizacji)
w latach 2001–2004

	2001		2002		2003		2004	
	wskona	liczeb	wskona	liczeb	wskona	liczeb	wskona	liczeb
Stary tryb								
liczba zdeklaracji	54	65	49	35	22	8	2	2
zdeklaracji egzamin liczeb	53 (96,1%)	61 (93,8%)	48 (98,1%)	33 (94,3%)	21 (95,5%)	8 (100%)	2 (100%)	2 (100%)
zdeklaracji egzamin udany	51 (94,4%)	57 (91,1%)	48 (91,8%)	33 (94,3%)	19 (86,4%)	11 (137,5%)	2 (100%)	2 (100%)
Nowy tryb								
liczba zdeklaracji	-	-	-	3	35	63	48	21
zdeklaracji egzamin liczeb	-	-	-	3 (100%)	35 (100%)	51 (80,9%)	48 (100%)	11 (52,4%)
zdeklaracji egzamin udany	-	-	-	3 (100%)	34 (97,1%)	54 (85,7%)	48 (100%)	11 (100%)

działów psychiatrii był zbliżony. Najwięcej trudności sprawiały pytania z pogranicza psychiatrii klinicznej oraz neurologii.

Problemy etyczne, prawne

Placebo

Kliniki i niektóre szpitale psychiatryczne wciąż otrzymują propozycje udziału w badaniach klinicznych leków psychotropowych z zastosowaniem procedury placebo (niektóre akceptują udział w takich badaniach). Ten budzący zastrzeżenia natury prawnej i etycznej sposób badania leków napotyka coraz większe przeszkody w niektórych krajach europejskich i spotkał się z dezaprobatą licznego grona badaczy i ekspertów, czego wyrazem jest wprowadzenie daleko idących ograniczeń w stosowaniu placebo w najnowszej wersji deklaracji helsińskiej. Zarząd Sekcji Psychofarmakoterapii PTP wspólnie z konsultantem krajowym w dziedzinie psychiatrii opracowali projekt stanowiska w tej kontrowersyjnej sprawie, przedłożony do zaakceptowania Zarządowi Głównemu Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego:

1. U osób z zaburzeniami psychicznymi nie jest dopuszczalne prowadzenie nawet krótkoterminowych badań leków psychotropowych z zastosowaniem procedury placebo, jeśli badania takie wiążą się z pozbawieniem chorego możliwości skorzystania z dostępnego, uznanego za efektywne, leczenia (lub z odroczeniem takiego leczenia) i/lub narażają go na cierpienie lub niebezpieczeństwo, albo na pogorszenie się stanu zdrowia.

2. W wyjątkowych sytuacjach, gdy nie wchodzi w grę okoliczności wymienione w punkcie 1, w szczególności gdy brak jest efektywnej metody leczenia, lub gdy dostępne metody terapii zawiodły, a prowadzone badanie w swym założeniu służy

poprawie zdrowia osoby badanej i/lub wnosi istotne dane poszerzające zakres wiedzy i umiejętności lekarskich, jest dopuszczalne krótkotrwałe zastosowanie procedury placebo.

3. Badanie takie może być prowadzone wyłącznie w warunkach szpitalnych w odpowiednio przygotowanych ośrodkach.

4. Chorzy uczestniczący w takim badaniu powinni być w sposób wyraźny poinformowani o możliwości zastosowania u nich placebo, wyrazić świadomą zgodę na udział w badaniu oraz mieć zapewnioną szczególnie troskliwą opiekę personelu leczącego.

Nadużycia i przestępstwa zawodowe

W minionym roku w prasie i telewizji dość regularnie pojawiały się informacje o sprzecznych z etyką zawodową i prawem działaniach niektórych psychiatrów. Najczęściej zarzuty dotyczyły zachowań korupcyjnych w związku z orzecznictwem sądowo-psychiatrycznym i inwalidzkim. Chociaż zachowania takie mają raczej charakter marginalny – budzą słusze oburzenie opinii publicznej, rzucają cień na naszą grupę zawodową: kilku psychiatrów aresztowano, pozbawieni wolności oczekują na procesy sądowe. Chociaż do sądowego rozstrzygnięcia trafności stawianych zarzutów należy zachować rozwagę w ocenie winy poszczególnych lekarzy – rozmiar omawianego problemu w województwie dolnośląskim skłonił nadzór specjalistyczny do zajęcia stanowiska w tej sprawie, w postaci następującego komunikatu przekazanego do prasy wrocławskiej.

Z inicjatywy konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii i konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii – lek. med. B. Łuszczyńskiej-Umińskiej, w dniu 14.12.2004 r. w siedzibie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu odbyło się spotkanie poświęcone aktualnej sytuacji w psychiatrii dolnośląskiej. Poza wymienionymi osobami w posiedzeniu wzięli udział: kierownik Kliniki Psychiatrii AM we Wrocławiu – prof. A. Kiejna, przewodniczący DRI – dr A. Wojnar, z ramienia Urzędu Marszałkowskiego – dyr. J. Klakocar, z NFZ – dyr. I. Wolniakowski, z Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego – dr J.A. Beszlej i doc. S. Sidorowicz, oraz z Urzędu Wojewódzkiego – dr J. Suszek.

Uczestnicy wyrazili zaniepokojenie i dezaprobatę wobec nieuczciwych i sprzecznych z prawem działań psychiatrów. Wprawdzie dotyczy to zdecydowanej mniejszości tego środowiska, niemniej narusza dobre imię psychiatrii oraz krzywdzi uczciwie pracujących lekarzy. W trakcie dyskusji przedyskutowano działania zmierzające do poprawy sytuacji poprzez doskonalenie w zakresie wiedzy specjalistycznej, w tym w psychiatrii sądowej, propagowanie etycznych zasad postępowania w psychiatrii oraz opracowanie mechanizmów kontroli nad jakością opiniowania sądowo-psychiatrycznego.

**Řęńóđ'ëüíúł d'điáëléú d'ńčóčřńđč÷łńęé id'łęč čăđrăńóđrřílic' a Đřëürř
(2004 řřă)**

Ńřăłđčřříł

B ņńřmůł d'đlăńńrăëłíú řřčăřéłł řęńóřëüíúł ņłęóúł d'điáëléú id'łęč řřă d'ńčóč÷łńęčč čăđđiăúłë. Óęčřříúł óčřříńăúł ņđóăřńńč, řřăęčřřčłčłń' a âřëüíčôřô, ņđóăřńńč ņ ěĩđđüčč íł đłăęř âńńđł÷řřńń' ņńđóăřččč řăăóčřńđřřé d'ńčóčřńđč÷łńęé id'łęč, ř řřčłł ýńč÷łńęčł d'điáëłëú, ņă čřříúł ņ čń-

niekierowca i niekierowca i niekierowca i niekierowca.

Aktuelle Probleme der psychiatrischen Gesundheitsbetreuung in Polen (2004)

Zusammenfassung

Der Artikel stellt die wichtigsten und meist aktuellen Probleme der psychiatrischen Gesundheitsbetreuung: finanzielle Lage der Krankenhäuser, Probleme der ambulanten psychiatrischen Betreuung und ethische Probleme bei der Untersuchung der neuen psychotropen Mittel.

Les problèmes actuels du système de l'assistance psychiatrique en Pologne (2004)

Résumé

L'article présente les problèmes les plus importants et les plus actuels du système de l'assistance psychiatrique en Pologne : situation financière des hôpitaux, difficultés affrontées par l'assistance ambulatoire, problèmes éthiques liés avec les recherches des nouveaux médicaments psychotropes.

Pismennictwo

Zakłady Psychiatrycznej i Neurologicznej Opieki Zdrowotnej. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2005.

Zalecenia krajowego konsultanta w dziedzinie psychiatrii oraz konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży w sprawie opieki czynnej. Post. Psychiatr. Neurol. 2003; 12(4): 517–520.

