

I Spotkanie komisji ekspertów ds. ochrony zdrowia psychicznego

Otwarcie-dr Adam Bodnar

Powitał zebranych na spotkaniu. Wyraził zadowolenie z tego że zebrani przyjęli zaproszenie do udziału w pracach komisji ds. zdrowia psychicznego.

Krzysztof Olkowicz zgodził się podjąć misji koordynowania działań zarówno komisji ale także całego Biura Rzecznika Praw Obywatelskich.

Swoistym podsumowaniem dotychczasowej współpracy z Rzecznikiem Krzysztofem Olkowiczem jest książka o osobach niepełnosprawnych psychicznie w warunkach pozbawienia wolności. Książka ta jest wynikiem bezpośrednich spotkań z osobami pozbawionymi wolności, Jest także próbą odpowiedzi co w systemie nie działa oraz co należy zmienić. Ta publikacja jest oczywiście tylko niewielką częścią problematyki którą zajmujemy się w Biurze.

Do końca kadencji pozostało Rzecznikowi 2 lata i 9 miesięcy. Jest to czas na podjęcie gruntownej, rzeczowej, kompleksowej i fachowej debaty dotyczącej ochrony zdrowia psychicznego. Część z Państwa słyszała wystąpienie Rzecznika wygłoszone w czasie Kongresu Zdrowia Psychicznego. Stanowiło ono swoiste ex-pace stanowiska i działań w Rzecznika w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Niepowodzeniem zakończył się pierwszy Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego a w zasadzie zupełną katastrofą. Dlatego tak ważne jest aby nowy program został zrealizowany zapewniając opiekę środowiskową, odchodzenie od pozbawiania wolności, odchodzenie od szpitali psychiatrycznych a zapewnienie wsparcia osobą dotkniętym kryzysem psychicznym w ich miejscu zamieszkania jak i ich rodzin.

Drugi problem to odejście od instytucji ubezwłasnowolnienia jako naruszającej podstawowe prawa osób ubezwłasnowolnionych co jest niezgodne z konstytucją. Pierwszym krokiem w tym kierunku jest wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 28 czerwca 2016 roku, który dotyczył osób ubezwłasnowolnionych w domach opieki społecznej i ich legitymacji procesowej do wszczęcia postępowania w zakresie ich pobytu w DPS. Odchodzenie od ubezwłasnowolnienia coraz mniej jest kwestią prawną ale dotyczy koniecznych zmian w umysłach sędziów którzy widzą w nim dobre zabezpieczenie dla osób ubezwłasnowolnianych. Sędziowie nie dostrzegają też problemu wyznaczania opiekunów prawnych z pośród pracowników DPS nie dostrzegając oczywistego konfliktu interesów. Uzasadnionym jest wrażenie że takie rozwiązanie jest dla sędziów wygodne.

Trzeci problem to Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Jeżeli odpowiednio zostaną zaplanowane prace to 2018 rok mógłby być wykorzystany na seminaria eksperckie które przygotowują założenia do nowelizacji ustawy. Jeżeli uda się je przygotować to pod koniec kadencji Rzecznika można będzie projekt nowelizacji przekazać do Prezydenta lub Rządu.

Wreszcie poważnym problemem jest stygmatyzacja osób dotkniętych kryzysem zdrowia psychicznego, ale także braku swoistej nieznajomości problematyki zdrowia psychicznego. Dobrą praktyką są kampanie społeczne realizowane przez redaktor Annę Morawską, ponieważ przybliżają i oswiają społeczeństwu problemy zdrowia psychicznego. Bardzo ważne będą Państwa sugestie jak włączyć się w tą problematykę, co należy zmienić co należy zrobić jakie inicjatywy w tym zakresie popierać. Czasem przykre jest to że politycy od lewa do prawa używają terminów medycznych do walki politycznej. Zasadnym byłoby podjęcie działań żądających korekty takich zachowań.

Kolejne problemy to kwestia psychiatrii dziecięcej, stosowanie środków zabezpieczających, dostępność do poradni zdrowia psychicznego czy regulacje prawne dotyczące Gostynina.

Rzecznik chciałby żeby członkowie komisji traktowali ją jako forum do zgłaszania konkretnych postulatów. Cechą Biura Rzecznika jest to że pracują w nim osoby działające w różnych obszarach np. równego traktowania, prawa pracy i zabezpieczenia społecznego, prawa cywilnego, rodzinnego i opiekuńczego a także krajowy mechanizm prewencji tortur który ma możliwość niezapowiedzianego wizytowania wszystkich miejsc detencji. Cennym jest działanie dyrektor Barbary

Imiółczyk z którą Rzecznik odwiedza różne miejsca. Do chwili obecnej spotkania odbyły się w 105 miejscach. Byłoby cennym aby członkowie komisji ekspertów zgłaszali jakie miejsca należałyby odwiedzić.

Dr Marek Balicki

Wiosną 2015 roku w związku z fiaskiem NPOZP powstał pomysł jego likwidacji. Aktywność różnych organizacji pozarządowych, środowisk pacjenckich spowodowała że Rząd odstąpił od tego pomysłu. Powołano specjalny zespół którym kierował prof. Janusz Heitzman i który w terminie do 15.12.2015 przygotował kolejną edycję NPOZP. Rząd przyjął program w marcu 2017 roku. Od kwietnia 2016 pracował w Ministerstwie Zdrowia zespół ds. pilotażu. Z analizy przyczyn porażki poprzedniego programu wynikało że obecny system ochrony zdrowia psychicznego jest bardzo zróżnicowany i założenie że jednym ruchem można go zmienić tzn przejść z systemu azylowego na opiekę środowiskową było niemożliwe. Dlatego obecnie należy pójść drogą stopniowych zmian opartych o lokalne uwarunkowania- model niemiecki. Obecnie 70% środków wydajemy na leczenie stacjonarne a 30% na pozostałe formy leczenia. Są kraje gdzie na opiekę stacjonarną wydaje się mniej jak 10%. Te liczby najlepiej pokazują jaki mamy model opieki psychiatrycznej. Jeszcze przed przyjęciem drugiej edycji NPOZP problem ten był dostrzegany a potrzeba zmiany modelu przyjmowana. W 2017 roku nastąpiło istotne przyspieszenie prac a czynnikiem który na to miał wpływ były przygotowania do I Kongresu Zdrowia Psychicznego. Kongres co było bardzo ważne był pierwszym wydarzeniem gdzie zrównoważono udział profesjonalistów, osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego, oraz tych którzy korzystają z systemu opieki psychiatrycznej a także społecznej ich rodzin oraz przedstawicieli organizacji którzy ten system wspomagają. Było to ważne bo jeżeli mówimy o przechodzeniu do modelu środowiskowego i do deinstytucjonalizacji to ten proces należy rozumieć nie tylko jako przeniesienie opieki z jednej instytucji do drugiej ale też deprofesjonalizację pomocy. Po Kongresie i przyjęciu „Deklaracji Warszawskiej” po dwóch miesiącach zostało wysłane do placówek opieki psychiatrycznej pismo w celu wyłonienia potencjalnych zainteresowanych pilotażem. Zgłosiło się 150 podmiotów z czego wstępne kryteria spełniało 90. W październiku została uchwalona ustawa która daje szansę na przeprowadzenie pilotażu poprzez przyjęcie budżetu globalnego i odpowiedzialności za określoną populację a nie jak dotychczas płacenia za usługę. Jest to istotna zmiana która pozwala na finansowanie modelu środowiskowego. Nowa Ustawa o Świadczeniach Opieki Zdrowotnej pozwala na takie finansowanie. Do tej Ustawy ma zostać przyjęte Rozporządzenie które pozwoli na przeprowadzenie pilotażu w wybranych jednostkach. Instytut Psychiatrii i Neurologii od grudnia prowadzi biuro ds. pilotażu i tam trwają prace. Symbolem porażki pierwszego NPOZP jest to że nie tylko nie ubyło łóżek psychiatrycznych ale przubyło ok. 500. Jest nadzieja że od 01 lipca 2018 roku w Polsce w kilku powiatach, dzielnicach dużych miast będzie zmiana modelu opieki na środowiskowy. Jeżeli ten model zafunkcjonuje to dalszym celem będzie przejście Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego z 1994 roku, czyli przyjętej w zupełnie odmiennych warunkach i sytuacji społeczno-gospodarczej i przyjęcie w niej zmian. Nowe zapisy Ustawy powinny zmienić system opieki psychiatrycznej z opresyjnego i przenieść opiekę na pozaszpitalną. Nowy system powinien w końcu zapewnić poszanowanie godności i destygmatyzację osób dotkniętych kryzysem psychicznym. Pilotaż ma trwać trzy lata, a po dwóch latach ma zapaść decyzja czy ten model ma być wprowadzony w całym kraju, czy też będzie rozszerzany o kolejne pilotaże. Robimy wszystko aby pilotaż się udał. Trwa proces przekonywania Ministerstwa Zdrowia o słuszności pilotażu. Wiceminister zdrowia w czasie prac komisji sejmowej potwierdził wprowadzenie pilotażu, natomiast nie znamy jeszcze wielu szczegółów, dlatego w najbliższych tygodniach nastąpi natężenie prac zespołu. Nie wiemy jaki będzie budżet, a więc nie wiemy czy deklaracje Ministra Zdrowia będą utrzymane. Jeżeli około 50 placówek obejmujących po około 100 tysięcy osób obejmie pilotaż to łącznie nowym systemem zostanie objętych około 5 milionów ludzi co nawet w porównaniu z systemem niemieckim stanowiłoby istotny krok. Są więc szanse ale musimy razem z organizacjami pozarządowymi cały czas wywoływać presję na władze wykonawcze. Trzeba też w większym stopniu zwiększyć współpracę z samorządem terytorialnym i włączyć je w proces deinstytucjonalizacji psychiatrii.

Prof. Janusz Heitzman

Prowadzenie programu pilotażowego zależy od gwarancji jego finansowania. Obecnie istnieje możliwość wykorzystania nadwyżki NFZ, chociaż w priorytetach nie ma psychiatrii. Wynika to z nastawienia do osób chorych psychicznie, którzy mogą być biedniejsi, gorzej leczeni. Musi również w NFZ nastąpić zmiana mentalności i przeznaczanie środków na najbardziej zaniedbane obszary a takim jest zdrowie psychiczne. Na dzisiaj obserwujemy załamanie się opieki psychiatrycznej szczególnie w obszarze dzieci i młodzieży. Obecnie obserwujemy ogromny napór na te oddziały i nie są one w stanie zapewnić miejsc dla potrzebujących. W Instytucie Psychiatrii na 28 łóżek stan chorych wynosi 41. Kilkanaście osób leży na podłodze. Władze wojewódzkie uznały że instytut powinien sam zabezpieczyć miejsca. Zaczyna się proces wypisywania osób niedoleczonych ,które jak to miało miejsce ostatnio po wyjściu odebrały sobie życie. W województwie mazowieckim jest tylko kilkadziesiąt miejsc dla dzieci i młodzieży zagrożonych psychiatrycznie. Działa zespół ds. psychiatrii dzieci i młodzieży którym kieruje minister Zbigniew Król i trwają prace aby przyjąć podobne rozwiązania jak w NPOZP ,ale i te zmiany wymagają wsparcia społecznego. Niewydolnej psychiatrii należy pomóc a nie kierować w jej stronę ataków. Obecnie istnieje konieczność podniesienia finansowania z 3,5% ogólnych wydatków na zdrowie. Dzisiaj mamy deklaracje podniesienia ogólnych wydatków na zdrowie do 6% i za tym powinna iść deklaracja wzrostu z 3,3% /najniżej w Europie/ do 4,5% na lata 2020-22 a dalej do średniej europejskiej 5,5%. Obecnie utrzymujemy niewydolne do końca i niereformowalne duże szpitale psychiatryczne a nie jesteśmy w stanie tworzyć oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych bo są one tak deficytowe że żaden dyrektor nie jest w stanie takiego szpitala utrzymać bez wsparcia środków z kardiologii, onkologii czy pediatrii. Wykorzystując aktywność organizacji pozarządowych powinniśmy w tym obszarze podjąć inicjatywę. Mamy obecnie ewidentną nierówność społeczną dotyczącą dostępu do opieki psychiatrycznej. Psychiatria sama nie rozwiąże problemów nie mając warunków środków i możliwości.

Dr Katarzyna Walewska

Dyskusja może toczyć się w dwu kierunkach. Pierwszy to jak jest ciężko pracować i leczyć w psychiatrii. Drugi kierunek to co możemy zrobić i co już robimy wzmacniając psychiatrię. Część leczenia psychiatrycznego na całym świecie to psychoterapia a także pomoc psychologiczna. W Polsce szkolenie psychoterapii jest tylko w sektorze prywatnym. Młodzi psychoterapeuci szkolą się za własne pieniądze i nie można ich zmusić żeby następnie pracowali w sektorze publicznym. W zasadzie oprócz Krakowa nie ma szkolenia w ramach edukacji psychiatrycznej. Powstaje pytanie kto ma leczyć pacjentów.

Prof. Jacek Wciórka

Pieniądze są niezwykle ważne. Jednym z powodów kryzysu jest to że nie da się pracować w psychiatrii bez poczucia satysfakcji i godności z dobrze spełnionego obowiązku. Pracujemy z deficytem czasu, deficytem sił i coraz częściej niestety z wypaleniem zawodowym. Dotyczy to wszystkich profesji w ochronie zdrowia psychicznego. Musimy to zmienić. Próbuje się zadbać o by stworzyć pewien katalog kompetencji niezbędnych w środowiskowej opiece psychiatrycznej. Poza psychiatrią która pozostanie istotna trzeba doposażyć specjalistów w kompetencje psychologiczne o zróżnicowanym charakterze. Mogą to być psychologowie po studiach ,których jest dużo i są traktowani jak „piąte koło u wozu” a oni mogą w tym systemie odegrać ogromną rolę, jednocześnie spełniając swoje ambicje zawodowe. Mamy także psychologów klinicznych –bardziej wyspecjalizowanych, dalej terapeutów. Od wielu lat w środowisku psychoterapeutów toczy się dyskusja kto jest psychoterapeutą i jak szkolić psychoterapeutów a dalej kto powinien brać odpowiedzialność za certyfikacje i akredytacje. W Krakowie żartując można powiedzieć że wsiadając do taksówki kierowca proponuje seans psychoterapii i ma do tego uprawnienia bo gdzieś ktoś podpisuje takie certyfikaty. Trzeba odróżnić psychoterapię która służy celom rozwojowym, poprawie samopoczucia, dobrostanu od psychoterapii klinicznej która służy przywracaniu zdrowia która sprawdza się i działa w środowisku klinicznym. Kilka lat temu zaproponowano nowy rodzaj kompetencji – terapeutę środowiskowego, takiego omnibusa funkcjonującego jako człowiek obecny przy pacjencie, przy osobie w kryzysie przez cały czas niezależnie czy jest w szpitalu czy placówce środowiskowej. Byłaby taka osoba trochę psychiatrą ,trochę psychoterapeutą, trochę psychologiem, trochę pielęgniarką i dobrym człowiekiem. Zdaję sobie sprawę jak trudno taką osobę przygotować. Program jest. Problem polega na tym że

kompetencje które nie wymagają wyśrubowanych akademickich szlifów tylko dobrej wiedzy i podstawowego praktycznego przygotowania są nieosiągalne w tej chwili, ponieważ koszt ukończenia takiego szkolenia przekracza możliwości młodego człowieka. Są jeszcze inni terapeuci których kompetencje trudno zdefiniować – terapia tańcem ruchem, fizjoterapia. Często mówimy o „obłoczku nad głową” a człowiek który leży nieruchomo po prostu ginie i traci siły. I jeszcze jedna kompetencja asystenci zdrowienia. Czyli osoby które przeżyły kryzys psychiczny, na ogół poważny, bo takie osoby chcą to robić, które po odpowiednim szkoleniu, motywowaniu, praktyki ,mogą udzielać wsparcia w procesie zdrowienia. To wszystko kosztuje bo tych ludzi trzeba opłacić ale jak się ich nie opłaci to trzeba płacić za utrzymanie coraz większych niewydolnych placówek izolacyjnych. To jest droga do nikąd. Produkuje niepełnosprawnych rencistów. Drugi problem to TRANSMENTALIZACJA czyli zmniejszenie poziomu ignorancji ,stereotypowości w jakich myśli się o problemie kryzysów psychicznych, kryzysów psychologicznych. Ludzie nie bardzo rozumieją co to jest i dlatego posługują się różnymi szablonami które są mocno zakorzenione i które powodują że mówi się głupstwa na temat zdrowia psychicznego. Problem ten dotknął też środowiska profesjonalne i dlatego powinna zmienić się również specjalizacja psychiatryczna, edukująca głównie w zakresie psychiatrii stacjonarnej nie dając szerokiego spojrzenia na problemy kryzysów poza szpitalem. To są zadania trudne. Pierwsza edycja NPOZP została po prostu porzucona. Jako wspólnota społeczna, nie dźwignęliśmy ciężaru tej nowej wiedzy ,która jest niezbędna żeby ten problem „ ruszyć z posad”. Kongres był początkiem procesu. Jeśli ktoś widział na Kongresie siłę i energię ludzi którzy tam występowali to wie że proces który tam się rozpoczął nie skończy się i będzie się toczył a od nas zależy czy szybciej czy wolniej i z przeszkodami.

Red. Anna Morawska

Moim pomysłem na budowanie świadomości w zakresie zdrowia psychicznego jest to co robię od wielu lat czyli kampanie. Obecnie będzie to już 6 edycja. Ich ambasadorami są gwiazdy, znane osoby, które przyciągają uwagę mediów, uwagę ludzi z małych miejscowości, wiosek. Otrzymujemy wielokrotnie później listy w których dziękują za kampanie. Piszą w nich że dopiero teraz postanowiły się leczyć a ich życie wróciło do normy bo wcześniej wstydziły się iść do psychiatry. Na 23 lutego 2018 roku przygotowujemy nietypową kampanie ponieważ będzie to kampania ekspercka. Twarzami jej będą specjaliści psychiatrzy ,psycholodzy. Chcemy Polakom przybliżyć zawód psychiatry. Chcemy pokazać jak wielu psychiatrów brakuje bo zajmujemy pod tym względem drugie miejsce od końca w Europie porównując ich liczbę na milion mieszkańców. Nasi pacjenci zgłaszają nam że są wdzięczni za pomoc i leczenie w szpitalach ale wielu z nich zwraca uwagę że w szpitalu patrzą na sufit zupełnie nie mając jakiegokolwiek zajęcia. W szpitalach musi być terapia, muszą być zajęcia bo bez nich można po prostu „zwariować”. Mamy w Polsce 18 tysięcy psychologów, w ramach NFZ pracuje kilka tysięcy. Należy lepiej wykorzystać ich wiedzę i doświadczenie oraz potencjał. Ci którzy decydują o poziomie opieki powinni kilka dni spędzić w takich oddziałach po to żeby doznali traumy. Narzekamy wszyscy, ale nasz głos nie bardzo się przebija. Tutaj zgromadził sby ię kwiat psychiatrii więc powstaje pytanie co komisja ekspertów może zrobić w tym zakresie. Wydaje mi się że dobrym by było uchwalenie stanowiska, ostrej mocnej deklaracji na temat sytuacji psychiatrii. Zajmujemy się osobami niepełnosprawnymi intelektualnie w zakładach karnych. To jest krzyżący dramat. Jeżeli nasz głos się nie przebije to stracę wiarę w to że tak mądre gremia mogą coś zmienić. Uzbrojeni w takie stanowisko powinniśmy trafić do decydentów w parlamencie i poza parlamentem. Nasz głos powinien być wszędzie słyszany.

Prof. Paweł Bronowski

Tragiczna sytuacja psychiatrii jest nam znana od wielu lat i wszyscy chcielibyśmy żeby nastąpił cud i psychiatria stała się odpowiednio dofinansowana i nowoczesna. Kiedyś to się wydarzy chociaż nie wiem kiedy. Bardzo się cieszę że wchodzi nowy mechanizm, który określa się obecnie jako pilotaż realizowany w oparciu o niemieckie doświadczenia. Ja zachęcam abyśmy uzyskali równowagę w patrzeniu na problemy chorych psychicznie. Na razie zajmujemy się psychiatrią która wymaga pomocy i wsparcia. Musimy jednak patrzeć na chorych psychicznie szerzej, ponieważ leczenie szpitalne to nie jest ich całe życie. Równie ważne jest ich funkcjonowanie w codziennym życiu poza szpitalem. Problem dotyczy jakości ich życia, stygmatyzacji, niechętnych postów z którymi się

spotykają a wreszcie osadzanie ich w roli wiecznego pacjenta co jest niepokojącym i niebezpiecznym. Wydaje się że to zadanie dla Rzecznika, który angażuje się w tą problematykę i za co należy mu się duży szacunek. Dotyczy to zwłaszcza ruchu samopomocowego i wspierania kampanii destygmatyzacyjnych. Reasumując nie powinniśmy się wyłącznie koncentrować na trudnej sytuacji psychiatrii, ale patrzeć na problem zdrowia psychicznego znacznie szerzej.

SSO Krzysztof Eisthardt

Rzecznik bardzo się angażuje w pomoc osobom które przebywają w detencji. Wszyscy słyszeliśmy o głośnych przypadkach. Ostatnio dokonywałem lustracji środków zabezpieczających i z przerażeniem stwierdziłem że były one wykonywane dłużej jak 20 lat, chociaż były to osoby podejrzane o poważne przestępstwa. Kolejny problem to osoby zwalniane z detencji. Warunkiem zwolnienia z detencji jest dalsza opieka lekarzy. Niestety osoby zwalniane wymykają się z tej opieki i powracają do przestępstwa. Efekt jest taki że sądy bardzo często obawiają się uchylania środka zabezpieczającego, dlatego że w przypadku gdy osoba taka ponownie dokonała zabójstwa to opinia publiczna dokonałaby linczu nad takim sędzią. Dlatego jest ważnym aby opieka po zwolnieniu była realna. Często nie ma kto to robić. Nie opiekują się rodziny, więc osoby zwalniane są pozostawione same sobie. Jest teraz poszerzony katalog środków zabezpieczających, ale z ubolewaniem muszę stwierdzić że sądy bardzo rzadko z nich korzystają.

Barbara Imiołczyk

Odpowiedzią na postulat Pana sędziego jest to o czym mówił prof. Bronowski. Każda osoba zwalniana z detencji musi mieć właściwe wsparcie i pomoc w usamodzielnieniu się. Rodziny często nie są właściwym środowiskiem dla tych osób i nie można na nie liczyć. Kolejnym problemem jest język jakim posługujemy się mówiąc o problemach zdrowia psychicznego. Jeśli mówimy o środku zabezpieczającym to musimy ludziom wyjaśniać co to konkretnie oznacza. Jak pokazujemy konkretne przypadki to nie tylko powinniśmy mówić o nieludzkim traktowaniu, ale nazywać je adekwatnie, mówiąc o torturach. Za pieniądze publiczne ludzie doznają tortur i czyni to władza publiczna zamiast leczenia i wsparcia. Osobami najbardziej wiarygodnymi nie są specjaliści ale osoby które kryzysów doświadczyły. W czasie obrad komisji sejmowej, gdzie walczono o kolejny NPOZP, największe wrażenie zrobiło wystąpienie Pani która powiedziała że jest chora psychicznie. Mówiła o tym jakie są jej prawa, które sprowadzają się do 15- minutowej wizyty u lekarza raz na kwartał. Musimy otworzyć się na osoby które doświadczyły kryzysów psychicznych. To ich językiem możemy trafić do opinii publicznej i do polityków. Dopiero wtedy gdy opinia publiczna będzie po stronie osób doświadczających kryzysy psychiczne, politycy ich problemy potraktują poważnie. Dowodem na to jest reakcja polityków nie na doręczane im pisma, ale petycje wręczone im na 16 manifestacjach pod Urzędami Wojewódzkimi spowodowały przyjęcie kolejnej edycji NPOZP. Kongres dał nadzieje chorym psychicznie i ich reprezentantom. Wspólne przejście uczestników Kongresu ulicami Warszawy i wręczenie deklaracji kongresowej Ministrowi Zdrowia to było ogromne przeżycie. To było ważne że wyszli z cienia. Powiedzieli to jesteśmy My ze swoimi rozpoznanymi chorobami psychicznymi. Mamy swoje prawa. Spójrzcie na nas. Jesteśmy.

Dr Hanna Machińska

Żeby przemówić do sumień ludzkich nie możemy tego robić językiem ekspertów. Żeby ten przekaz był mocny należy przytaczać głosy pacjentów i wtedy to robi wrażenie. My jeszcze nie umiemy się komunikować. Musimy język ekspercki przełożyć na zrozumiały przekaz.

Prof. Pudło

Ważnym dla osób psychicznie chorych jest ich stan zdrowia somatycznego. Często jest tak że pacjenci na oddziałach psychiatrycznych leczeni są z dolegliwości somatycznych. To jest Ważne z powodu naturalnie finansowych. Jeżeli chcemy sprawować właściwą, wszechstronną opiekę na oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych, to ich leczenie będzie czasem wielokrotnie droższe.

Hospitalizacja psychiatryczna- mimo że chcemy zmniejszyć ich liczbę jest w wielu przypadkach kluczowa. Jest to początek leczenia i miejsce na przeprowadzenie diagnostyki. Nadmierna i szybka redukcja miejsc szpitalnych może powodować pewne zagrożenia. W Wielkiej Brytanii gdzie radykalnie zmniejszono liczbę miejsc szpitalnych zwiększyła się liczba tzw. odwozów. Pacjentów odwozi się z miejsc ich zamieszkania do odległych szpitali, co naturalnie jest sprzeczne z ideą psychiatrii środowiskowej. W Stanach Zjednoczonych tak radykalnie zmniejszono liczbę miejsc że 47% wykorzystywanych jest do wykonywania środków zabezpieczających a czas hospitalizacji skrócił się do 7 dni. W tak krótkim czasie nie można leczyć np. ostrej psychozy. W Wielkiej Brytanii średni czas hospitalizacji wynosi 15 dni. W Niemczech rozwija się psychiatria środowiskowa a mimo to liczba miejsc w szpitalach nie spadła. Miejsca zwalniane w szpitalach z powodu kontynuowania opieki środowiskowej, są zajmowane przez osoby ze schorzeniami psychiatrycznymi ze współistniejącymi chorobami somatycznymi. Kolejnym problemem jest zmiana ustawy o CBA, które może korzystać z metadanych NFZ, gdzie jest wiedza o pacjentach. Otrzymałem informacje od pacjentów, że boją się Oni ujawniać wobec lekarzy psychiatrów informacji z obawy o ich ujawnienie dla służb specjalnych. Tajemnica lekarska to ogromna wartość którą należy zapewnić.

Dr Maria Gordon

Jestem wdzięczna zespołowi Rzecznika za przygotowaną monografię i za panel na kongresie. Całe moje zawodowe życie zajmuje się osobami niepełnosprawnymi psychicznie w warunkach izolacji więziennej. Monografia pokazuje problem jakościowy poprzez opis wielu konkretnych przypadków dramatycznie wołających o pomoc. Żeby ich uniknąć rozwiązania muszą mieć charakter systemowy. My nawet nie wiemy ilu jest więźniów niepełnosprawnych psychicznie. W zakładach karnych spotykamy wszystkie rodzaje zaburzeń psychicznych. Zaburzenia osobowości występują częściej jak u ludzi wolnych a neurologiczne rzadziej. Spotykamy też niestety chorych psychicznie. Istotnych jest kilka problemów ale zacząć trzeba od diagnozy. Musimy znać liczbę i rodzaje niepełnosprawności. Musimy wiedzieć jakimi rzeczywistymi warunkami i możliwościami dysponuje więziennictwo żeby zapewnić tym osobom właściwą opiekę. Istnieje system terapeutyczny wykonywania kary pozbawienia wolności. W tym systemie przebywa 2,4% pozbawionych wolności. Wiem że niepełnosprawność psychiczna jest ściśle związana z naruszeniami norm prawnych. Kryminolodzy twierdzą że 60-70% sprawców przestępstw wykazuje jakiś rodzaj zaburzeń psychicznych. Ostatnie badania były wykonywane pod koniec lat siedemdziesiątych a opublikowane w 1983 roku. Wynikało z nich że 40% pozbawionych wolności posiada jakieś zaburzenia psychiczne. Nie wiemy jaki jest stan rzeczy obecnie, dlatego punktem wyjścia powinna być diagnoza, która pozwoli ustalić jaka opieka ma być zapewniona dla osadzonych z niepełnosprawnością psychiczną. Dalszym problemem jest zapewnienie niepełnosprawnym psychicznie więźniom po opuszczeniu zakładu karnego. Wiele lat pracowałam w oddziale psychiatrii sądowej na Mokotowie, dlatego wiem z jakimi przypadkami tam się zmagaliśmy, z jaką bezsilnością trzeba się było zmierzać. Nie udało się tymi problemami zainteresować ani prawników ani lekarzy psychiatrów. Jestem tutaj z ogromną nadzieją że uda się zapewnić tym osobom właściwą opiekę.

Dr Marek Balicki

Możemy zapewnić kwiatki w oknach, ale muszą być przede wszystkim systemowe rozwiązania. Decentralizacja, integracja, społeczność lokalna i zdrowienie. To są obecne wyzwania. Powstanie samorządu gminnego to była ewolucja, bo przekazywano kompetencje na właściwy poziom. Wyzwoliło to niesamowitą oddolną inicjatywę. Jednym z założeń pilotażu jest właśnie przeniesienie kompetencji, czyli oddanie władzy z tego poziomu który nie jest w stanie zarządzać systemem opieki psychiatrycznej na poziom podstawowy, który dotyczy 100-150-200 tysięcy mieszkańców. Nawet jak osiągniemy 5,5% środków na psychiatrię, to musimy przenieść kompetencje aby osiągnąć takie efekty jak przyniosła reforma gminna. Pobyty w szpitalu zawsze są epizodem. Szereg potrzeb mieszkaniowych, socjalnych realizuje się na poziomie gminy. Musimy zmieniać nastawienia społeczności lokalnej. Jeśli będzie zupełnie inaczej funkcjonował lokalny system wsparcia, zmieni się podejście do leczenia szpitalnego. Nie ma w Polsce planu likwidacji łóżek psychiatrycznych, chociaż uważam że jest ich obecnie za dużo. Redukcja hospitalizacji i skracanie ich trwania to pewien proces. W katalogu NFZ finansowana jest tylko psychiatria. Nie ma finansowania innych potrzeb

wspomagających. Środowiskowy model będzie drogą do dłuższego życia ale też korzystania z szerszego katalogu praw do opieki medycznej. Musi być oczywiście większe finansowanie ale nie finansowanie łóżek tylko kompleksowego systemu wsparcia i pomocy. Jeśli nie chcemy mówić o torturach, opresyjnym systemie to zmiana musi nastąpić.

Dr Monika Zima-Pariaszewska

Zacząć musimy od tego na rzecz kogo mamy działać. Nie możemy pozostawiać niejasności terminologicznych, a takie są w przedstawionej monografii. Z jednej strony mówimy o chorobie psychicznej, z drugiej o niepełnosprawności psychicznej. Posługujemy się terminem upośledzenia umysłowego a to burzy wizję osób o których mówimy. Stwierdzenia że ktoś cierpi na padaczkę, czy jest dotknięty upośledzeniem umysłowym w publikacji nie powinny się znaleźć. Być może u Rzecznika powinien powstać słownik terminów którymi należy się posługiwać w stosunku do osób dotkniętych niepełnosprawnością psychiczną i intelektualną narażonych na dyskryminację. Wytyczną powinna być konwencja o prawach osób z niepełnosprawnościami. Nie można mówić o niepełnosprawności psychicznej a zaraz po tym używać sformułowania chory psychicznie. Nie powinniśmy posługiwać się terminem upośledzenia umysłowego. Jeżeli niepełnosprawność intelektualna to oczywiście nie psychiczna a jeżeli nie psychiczna to na pewno nie choroba. Język zmienia i wpływa na świadomość. Komisja może wypracować standard posługiwania się właściwymi terminami. Bo nawet w tej dyskusji używano terminów, na określenie osób gdzie na końcu są one uznane za psychiczne. W organizacji którą reprezentuje skupiamy uwagę na podmiotowym, godnym traktowaniu każdej jednostki, nie oznaczamy niezdolności prawnej czy niesamodzielności egzystencji ale pytamy o możliwości które posiadają. Cieszę się z możliwości współpracy z Panem Sędziom. W stowarzyszeniu wydaliśmy publikację dotyczącą uczestnictwa w wymiarze sprawiedliwości osób z niepełnosprawnością psychiczną. Mamy wiele doświadczeń w jaki sposób sądy myślą stereotypowo o tych osobach. Finansowanie naszej działalności jest niezwykle skomplikowane. Są to fundusze oświaty, PFRON, NFZ, ale też inne środki. Brak natomiast systemowych rozwiązań.

Prof. Jacek Wciórka

W pierwszym sprawozdaniu z realizacji NPOZP znalazł się cytat z informacji jednego z powiatów- „u nas nie ma problemów ze zdrowiem psychicznym, ponieważ wszystkie osoby chore zostały zamknięte w odpowiednich zakładach”. W innym zawarto wniosek o likwidację oddziału psychiatrycznego ponieważ przestał się kalkulować. W obronie tego oddziału stanęły rodziny i decyzją Wójta oddział ocalał. Lokalna społeczność sprzyja lub nie sprzyja rozwiązywaniu problemów zdrowia psychicznego. Należy to zmienić. Ja gubię się jak zaczynamy mówić o niepełnosprawności. Ludzie którymi się zajmuje to są ludzie cierpiący chorzy albo zaburzeni ale nie niepełnosprawni. Jak mija im kłopot zdrowotny zdrowotny to Oni są w pełni sprawnymi, tylko często porzuconymi, osamotnionymi, przesuwanymi na margines zainteresowania publicznego czy społecznego. Deklaracja warszawska nie przebiła się dlatego nasza komisja powinna rozważyć poparcie dla niej.

Dr Jan Ciechorski

Skupiam się na prawie w psychiatrii. Potwierdzam jak niesamowicie ważne jest leczenie somatyczne osób z zaburzeniami psychicznymi- posługuje się pojęciami z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. W ustawie tej uregulowane jest również stosowanie przymusu bezpośredniego, będącego istotną ingerencją w podstawowe prawa człowieka. Jeżeli stosujemy przymus w postaci unieruchomienia- przypasania, to czasami trwa on naprawdę długo. Nie tylko godziny, dni ale tygodnie. Jeżeli ten przymus zatwierdza z-ca dyrektora to w mojej ocenie pozostaje on poza kontrolą bo który dyrektor go nie zatwierdzi. Istnieje w moim przekonaniu konieczność poddania kontroli sądowej stosowania środków przymusu bezpośredniego w szpitalach psychiatrycznych. Wracając natomiast do kosztów opieki w oddziałach psychiatrycznych to NFZ nie pokrywa kosztów opieki somatycznej.

Dr Sławomir Murawiec

Dużo mówimy o destygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi natomiast destygmatyzowana powinna zostać sama psychiatria i sposoby leczenia psychiatrycznego. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne prowadzi badania dotyczące wizerunku psychiatrii i psychiatrów. Utrzymuje się negatywny stosunek do psychiatrów ,leczenia psychiatrycznego, pomocy lekowej, rzadziej farmakologii. Osoba z zaburzeniami pozostaje w konflikcie wewnętrznym. Zakres pomocy jest stygmatyzowany, obciążony dużymi stereotypami. Z dużą radością przyjmuje kampanie Pani redaktor bo to jest krok w dobrym kierunku.

Tomasz Goździkiewicz

Reprezentuje małe i duże szpitale. Z radością powitam NPOZP. Pacjenci w moim szpitalu w Horoszczy pytają w czym są gorsi od innych, gdzie świadczenia są wyżej wyceniane. Powstaje pytanie dlaczego wycena punktu w jednorodnych grupach pacjentów wynosi 52 zł, a w psychiatrii od 7,80 do 17 złotych. Cieszę się że stawka kapitacyjna ma być równa dla wszystkich ,bo nastąpi wyrównanie szans. W szpitalach psychiatrycznych jest obecnie 2263 miejsc detencyjnych. Są one obecnie wszystkie zajęte a sądy wciąż kierują nowe osoby. Mam często wrażenie że nie są to osoby chore ale takie które chcą uniknąć odpowiedzialności karnej. Sądy nie pytają ile mamy miejsc, kierując do nas nowe osoby. Dzisiaj w moim szpitalu jest 830 osób na 24 oddziałach. W ubiegłym roku mieliśmy 1400 odmów przyjęcia. Wiąże się to często z awanturami rodzin, dlatego nie chcemy przyjąć pacjenta. Zdarza się też że po zakończeniu leczenia szpitalnego rodzina nie chce odebrać pacjenta. Rodziny zgłaszają się zawsze wtedy gdy jest do odebrania depozyt pacjenta.

Dr Katarzyna Walewska

Lubimy zagraniczne wzory. U nas nie ma kto się zajmować mordercami po wyrokach. Inni to robią. Możemy za niewielkie pieniądze zaprosić ich do nas żeby pokazali jak rozwiązują te problemy.

Piotr Harchaj

Reprezentuję pomorską koalicję na rzecz zdrowia psychicznego .To jest nieformalna koalicja która powstała widząc bezsilność, beznadzieje w opiece nad osobami doświadczającymi kryzysy psychiczne. Oprócz narzekania mamy zasoby w postaci osób i instytucji, co pozwala na konkretne działania. od 10 lat organizujemy dni solidarności z osobami chorymi psychicznie. nie jest to jednodniowe wydarzenie ale cała kampania społeczna. Poziom lokalny jest bardzo ważny. Już teraz robimy dużo w zakresie psychiatrii środowiskowej. Przychodzą do nas pracownicy socjalni, pedagodzy, prawdziwi entuzjaści, rzadziej lekarze. Byłoby wskazane abyśmy mieli jakąś konkretną inicjatywę. Idźmy drogą zapoczątkowaną przez kongres. Kongres pokazał jak aktywizować środowisko. Róbmy to teraz na poziomie lokalnym.

Prof. Piotr Gałęcki

Dzisiejsze spotkanie pokazuje jak wielowymiarowa jest problematyka zdrowia psychicznego. Mamy aspekt profesjonalistów, psychologów, mediów czy wymiaru sprawiedliwości. Wszyscy dostrzegamy niedomagania systemu które należy zmienić. Komisja może w każdym z tych problemów zaproponować jakieś rozwiązanie. Warunkiem pozytywnych zmian jest oczywiście wzrost finansowania psychiatrii. Na spotkaniu z konsultantem w zakresie pediatrii zostałem poinformowany że chętnie podejmą się detoksykacji dzieci z uwagi na atrakcyjne koszty. Rzeczywiście przy zastosowaniu tych samych procedur detoksykacja na oddziale psychiatrii dziecięcej wyceniona jest na poziomie 190 złotych, a na pediatrii 7 razy więcej. Jeżeli chodzi o pilotaż to jesteśmy w szczególnej sytuacji bo możemy korzystać z doświadczeń innych szczególnie anglosaskich. Tam szybkie działania nie okazały się skuteczne. Z doświadczeń niemieckich wynika że tam gdzie się to robi wolniej ale rzetelnie, włączając system pomocy społecznej tam efekty są lepsze, szczególnie przy zapewnieniu opieki po wypisaniu ze szpitala.

