



Polskie
Towarzystwo
Psychiatryczne



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Irena Lipowicz

zapraszają na konferencję

Pierwsze ofiary kryzysów - osoby chore psychicznie

11 czerwca 2013 r.

Biurowiec Rzecznika Praw Obywatelskich
Warszawa ul. Długa 23/25

www.rpo.gov.pl

Współorganizatorzy konferencji:

Warszawski Uniwersytet Medyczny
Katedra i Klinika Psychiatryczna

Instytut Psychiatrii i Neurologii
Zakład Zdrowia Publicznego

PROGRAM

OTWARCIE

11.00 – Powitanie

Irena Lipowicz, Rzecznik Praw Obywatelskich

11.10 – Wprowadzenie

„Zagłada chorych psychicznie – początek ludobójstwa”

Tadeusz Nasierowski

PANEL I

11.25 – 12.40 Prawa człowieka – punkty newralgiczne

Prowadzenie: Andrzej Cechnicki

Zagadnienia:

- Prawo jako źródło potencjalnych nadużyć w psychiatrii
- Piętno choroby psychicznej, dyskryminacja osób chorych psychicznie

Dyskusja

12.40 - 12.50 – Przerwa kawowa

PROGRAM

Panel II

12.50 – 13.45 Narodowy Program Ochrony Zdrowia
Psychicznego – korzyści, przeszkody
w realizacji, dobre praktyki

Prowadzenie: Jacek Wciórka

Dyskusja

13.45 – Podsumowanie spotkania

Podpisanie apelu ws. ustanowienia międzynarodowego dnia pamięci o zagładzie osób chorych psychicznie oraz powołanie komitetu organizacyjnego ds. wzniesienia w Warszawie pomnika upamiętniającego zagładę osób chorych psychicznie dokonaną przez Niemców w czasie II wojny światowej.

Ok. 14.00 – Zakończenie konferencji

Udział w spotkaniu i zabranie głosu zapowiedzieli m.in.

Marek Balicki

Elżbieta Bobiatyńska

Wanda Langiewicz

Katarzyna Prot-Klinger

Piotr Świtaj

Danuta Biernacka

Janusz Heitzman

Monika Płatek

Dorota Pudzianowska

Maria Załuska

Tezy wystąpień

Tadeusz Nasierowski

Zagłada chorych psychicznie – początek ludobójstwa

W stronę psychiatrii i psychiatrów kierowane są rozbieżne oczekiwania. Według jednych psychiatria ma stać na straży interesów jednostki, zaś według innych - interesów społeczeństwa. Sprawia to, że psychiatria była, jest i będzie przedmiotem nadużyć i ingerencji politycznych. Szczególnie wyraziście kwestia ta ujawnia się w dobie kryzysów, których pierwszymi ofiarami stają się osoby chore psychicznie.

Na przełomie XIX i XX wieku najbardziej ceniona w świecie była psychiatria niemieckiego kręgu językowego. Wydawać by się mogło, że dawało to gwarancję jej dalszego rozwoju i poprawy losu osób, którymi się zajmowała. Nadzieje te okazały się płonne. Zwyciężyły idee eugeniczne, darwinizmu społecznego i nihilizm terapeutyczny. Dojście NSDAP, na fali kryzysu ekonomicznego, do władzy w III Rzeszy otworzyło szeroko drzwi do radykalizacji prawa, a pierwszym krokiem w tym kierunku było przyjęcie ustawy zezwalającej na sterylizację chorych. Koronnym argumentem propagandowym, którym posługiwali się naziści, były wysokie koszty leczenia i opieki nad ludźmi chorymi psychicznie. Wybuch II wojny światowej dał impuls do przekroczenia kolejnej granicy, chorych zaczęto zabijać. Pierwszymi ofiarami niemieckiej biopolityki stali się chorzy psychicznie obywatele polscy.

W przypadku ziem polskich stosowane przez nazistów metody eksterminacji były w istotny sposób powiązane z podziałem terytorialnym ziem okupowanych i czasem jej przeprowadzania. Tym, co wyróżniało dokonaną przez Niemców zagładę osób chorych psychicznie w Polsce w stosunku do programu T4 w III Rzeszy było jej ściśle powiązanie z prowadzoną akcją kolonizacyjną, która zakładała wymordowanie miejscowej inteligencji, czego skutkiem było m. in. jednoczesne zabijanie ludzi chorych i osób stanowiących elitę narodu.

O ile zagłada osób chorych psychicznie w „starej Rzeszy” (akcja T4) była centralnie sterowanym programem, w pierwszym etapie całkowicie zbiurokratyzowanym, w postaci ściśle określonej procedury medycznej, o tyle dokonana przez Niemców zagłada osób chorych psychicznie na ziemiach polskich poza powierzchowną selekcją chorych była odbiurokratyzowana i miała wiele twarzy, od ad hoc przeprowadzanych akcji likwidacyjnych podejmowanych z inspiracji lokalnych władz okupacyjnych do długotrwałego stosowania pośrednich form eksterminacji w postaci głodzenia i stwarzania warunków sprzyjających szerzeniu się chorób zakaźnych. Zagazowywanie psychicznie chorych Polaków ze szpitala w Owińskach, rozpoczęte w październiku 1939 r. w Forcie VII w Poznaniu, było pierwszą w dziejach ludzkości zorganizowaną na skalę przemysłową zagładą części społeczeństwa, która uznana została za niegodną życia

W utrwalonym schemacie prezentowania wydarzeń wojennych bardzo mało jest miejsca na pamięć o zagładzie osób z zaburzeniami psychicznymi, choć patrząc na to bezstronnie ona także, jak Holokaust, była wydarzeniem „wyjątkowym”. Tylko w

przypadku ludzi chorych psychicznie Niemcy pozwolili sobie na uznanie ich życia za „niewarte życia”. Chorzy psychicznie, wykluczeni ze społeczeństwa za życia, obdarzeni atrybutem anonimowości, pozostają takimi również po śmierci. Pamięć o ich zagładzie nie była nigdy istotnym składnikiem poczucia tożsamości narodowej. W ich przypadku nie ma ocalałych, którzy w imieniu ofiar mogliby oskarżać sprawców, tworząc w przestrzeni publicznej „moralną wspólnotę” sprzeciwu. Rolę tę mogą odegrać współcześni psychiatrzy. Nie chcąc, aby podobna tragedia powtórzyła się w przyszłości, powinni oni zmieniać strukturę leczenia psychiatrycznego w kierunku opieki środowiskowej i działać na rzecz zniesienia piętna choroby psychicznej.

PANEL I - Prawa człowieka – punkty newralgiczne

1) Monika Płatek

Prawo jako źródło potencjalnych nadużyć w psychiatrii

Niedługo sama będę starsza do Niej, a w moim wieku powoli zaczynałam być Jej matką. Początkowo nie było źle. Gdy pukali, można było ich nie wpuszczać. Gdy wchodzili drzwiami, dawali się wypraszać. Przeciskających się przez szpary w oknach z impetem wyrzucałam przez balkon. I dopiero, gdy zaczęli tłumnie przechodzić przez ściany, poddałam się. Przyznałam, że nie dam rady, i albo Ona pójdzie do psychiatrii, albo ja. Skoro trzeba było wybierać, to oczywiście i tym razem zdecydowała się wziąć ciężar na siebie. Na moje tłumaczenie, że na chore serce jest kardiolog, na złamaną

nogę chirurga, a na serce i duszę złamaną Oświęcimiem psychiatra, odpowiadała, że u tego od serca i od nogi dają tytuł pacjenta, u tego od złamanej duszy etykietę wariata. Etykietę, która uwiera, przylega i jest niczym wypalone niewolnicze piętno.

Gdy trafiła do Oświęcimia chorych psychicznie już tam nie było. Zostali zabici, podobnie jak Romowie. Ciężarne trafiały na miejsce zwolnione dla doktora Mengele do eksperymentów z zabijania. Dzieci rodziły się zdrowe, a matki, dziwne, ale nie odchodziły od zmysłów nawet wtedy, gdy w chwili nieuwagi traciły dziecko zaatakowane przez grasujące szczury. To odchodzenie zaczynało się dopiero później. Kto wie, czy nie brało się zmilczenia. Wojna się skończyła. Ci, co przeżyli mieli żyć i odsunąć się od śmierci. Odchodzenie w obłęd było w złym guście i nie na miejscu. Nie było słów, brakowało języka, nie było umiejących słuchać i rozumiejących i był bezradny, obezwładniający strach. Strach, który po latach wtrącał z powrotem do obozu zagłady. I nic nie pomogły próby intelektualizacji problemu, lektury Antoniego Kępińskiego, Michela Foucault czy Pierra Bourdieu.

Aż do teraz? Aż tyle czasu potrzeba było, by przypomnieć chorych psychicznie i upośledzonych, zabijanych tam przed noworodkami i Romami?

Kielkujące już wcześniej prawa człowieka z całym impetem wdarły się w świadomość i do przepisów po, i pod wpływem tego co wydarzyło się w czasie II Wojny Światowej. Z impetem? Czy aby, nie przesadzamy mówiąc o tym z takim rozmachem? To prawda; odmieniamy prawa człowieka przez wszystkie przypadki i wycieramy sobie nimi dogodnie twarze, ale już przy definicji skrzętnie rozmywamy treści i ulegamy skłonności do frazesów. Starannie unikamy precyzji, że tu chodzi o instrument kontroli władzy dostępny najślabszym, i o to, że dopóki nie mają oni skutecznych,

dostępnych, prostych, tanich i szybkich narzędzi egzekwowania tego, co zadekretowane jako prawo człowieka, to ta cała gadanina o powszechności, przyrodzoności, godności i naturze pozostaje li tylko gadaniną.

Europejska Konwencja Praw Człowieka powstaje i wchodzi w życie w 1950 roku, ale dopiero w maju 2010 r. Europejski Trybunał Praw Człowieka [ETPCz] w sprawie Alajos Kiss v. Węgry [wyrok ETPCz z dnia 20 maja 2010 r., skarga nr 38832/06], zakwestionował treść węgierskiej Konstytucji pozbawiającej osoby ubezwłasnowolnione częściowo możliwości uczestniczenia w wyborach. Polska Konstytucja dotknięta jest analogiczną wadą. Art. 62 ust. 2 Konstytucji RP odmawia prawa do udziału w referendum oraz prawa wybierania osobom, które prawomocnym orzeczeniem sądowym są ubezwłasnowolnione. Ubezwłasnowolnionych tymczasem przybywa. W 1985 roku było ich ponad 20 000. W 2008 już ponad 60 000. Coraz więcej przybywa nam tekstów o prawach człowieka i tych, którzy do korzystania ze swoich praw są przez prawo pozbawiani. Tendencja, by kategorie tych osób rozszerzać również rośnie i zatacza kręgi od prawa cywilnego, przez rodzinne, po karne.

6 września 2012 roku Polska ratyfikowała Konwencje ONZ o prawach osób niepełnosprawnych ze stosownymi zastrzeżeniami dotyczącymi małżeństw i zdolności do czynności prawnych osób tych praw pozbawionych (art. 12 ust. 4 i art. 23. ust 1 pkt a konwencji). Przewiduje się wprowadzenie stosownych zmian. Tymczasem jednak pokusa nadużywania psychiatrii i instrumentalnego traktowania chorób psychicznych i psychicznie chorych do politycznego rozgrywania psychiatrii i prawa karnego daje o sobie znać w postaci projektu Ministerstwa Sprawiedliwości spec ustawy z 11 kwietnia 2013 roku. Oficjalnie ma zapobiegać powrotowi do przestępstwa skazanych przed laty za drastyczne

przestępstwa seksualne zabójstwa dzieci. W rzeczywistości licząc na niedookreśloność terminów zaburzeń psychicznych i zaburzeń osobowości próbuje pod pretekstem leczenia podważyć podstawową zasadę prawa karnego zakazującą karania dwa razy za to samo i złamać zasadę, iż prawo karne nie działa wstecz.

Etykieta „wariata”. „chorego psychicznego” do dziś bywa, że nie tylko straszy, ale i jest wykorzystywana jak straszak. Pozwala nie dostrzegać obszarów dyskryminacji na różnych poziomach. Niekiedy oznacza odmowę pomocy dla tych, którzy jej potrzebują jak owe niedobitki z obozów koncentracyjnych pozbawione i zrozumienia i specjalistycznej pomocy.

Niekiedy oznacza nadużycie i protekcjonalne naruszanie praw gdy stan człowieka jest pretekstem do odbierania mu dzieci, zdolności rodzenia lub prawa do rodzicielstwa [patrz kazus sterylizacji Wioletty S., matki Róży ze wsi Błoty Wielkie].

Objawia się niewrażliwością na sytuację, w której chorobą psychiczną uzasadnia się nie tylko prawo do pozbawienia jednostki prawa decydowania o sobie, lecz i tego, by samodzielnie mogła ona domagać się rewizji decyzji, które zapadają e jej sprawie [patrz konstytucyjne pozbawienie prawa do udziału w wyborach i cywilnoprawna odmowa wpływu na orzeczenie o ubezwłasnowolnieniu].

Last but not least rodzi też pokusę do manipulowania i wykorzystywania choroby psychicznej jako instrumentu tworzenia fikcyjnych rozwiązań, które wskazują na bezradność osób stanowiących i stosujących prawo karne. Trzeba więc mieć szczególne baczenie na to, iż prawo nie tylko sprzyjać godziwemu stosowaniu wiedzy psychiatrycznej, ale i, czego trzeba się wystrzegać, prawo może być źródłem potencjalnych nadużyć w psychiatrii.

2) Jacek Wciórka

Piętno choroby psychicznej

Choroba psychiczna jest dojmującym i trudnym doświadczeniem, nie tylko dlatego, że niesie cierpienie związane z jej objawami, ale także dlatego, że dotknięty nią człowiek obciążany jest piętnem - niewidocznym, lecz silnie przypisanym naznaczeniem, skutecznie deformującym jego dotychczasową indywidualną tożsamość i społeczną pozycję. Nowa tożsamość określa chorego w sposób stereotypowy, ujednolicony i najczęściej mocno pejoratywny (np. jako „schizofrenika”, „dementa”, „świra”, „narkomana”), a wyznaczona pozycja społeczna ogranicza go, poniża, przesuwa na margines, albo nawet wyklucza ze wspólnoty. Siłę oddziaływania piętna określa nie tylko poziom odmowy zaufania w relacji między chorującym a jego otoczeniem, ale także kody społeczne przejęte przez niego w toku wychowania (autostygmatyzacja) oraz reguły funkcjonowania instytucji społecznych (piętno strukturalne). Presja piętna utrudnia powrót do zdrowia, sprzyja wycofaniu, rezygnacji i realizacji negatywnego scenariusza przebiegu choroby.

Wyniki badań socjologicznych w Polsce potwierdzają znaczną siłę oddziaływania piętna choroby psychicznej. Postawy Polaków cechuje nader stereotypowe ujmowanie choroby psychicznej, znaczny dystans wobec chorych, silny sprzeciw wobec pełnienia przez nich odpowiedzialnych ról przy łatwej aprobacie postępowania restrykcyjnego i oddalaniu od siebie poczucia współodpowiedzialności za niesienie im pomocy.

Programy przeciwdziałania stygmatyzacji podejmowano dotąd w Polsce z bardzo ograniczoną skutecznością. Chociaż zadanie to mogłoby i powinno być wyzwaniem dla środowisk opiniotwórczych, nie jest przez nie ani doceniane ani podejmowane. Wprost przeciwnie, chorzy psychicznie pojawiają się w przestrzeni medialnej znacznie częściej w kontekstach, które wzmacniają napiętnowanie niż w kontekstach, które uruchamiałyby zrozumienie i pomoc. To sytuacja potencjalnie niebezpieczna. Jak pokazuje doświadczenie historyczne może w niesprzyjających warunkach torować drogę już nie tylko do uprzedzeń czy wykluczenia, ale i do fizycznej eksterminacji.

Panel II - Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego – korzyści i przeszkody w realizacji / dobre praktyki

Jacek Wciórka

Słowo wstępne

Od nieco ponad dwóch lat trwa w Polsce wdrażanie NPOZP – niezbędnej próby przełamania stereotypów, uprzedzeń, ignorancji i lekceważenia wobec problemów zdrowia psychicznego oraz niezbędnej modernizacji systemu pomocy obywatelom, którzy zachorowali psychicznie. Celem jego jest zmiana tradycyjnego modelu opieki psychiatrycznej, opartego głównie na izolacji w szpitalu, na środowiskowy, przybliżający zróżnicowane formy leczenia i oparcia do miejsca zamieszkania chorych.

Czy jednak wdrażanie NPOZP rzeczywiście trwa, czy tylko jest grą pozorów, bez realnego działania? Można tu usłyszeć zdumiewające pytania i odpowiedzi. Po cóż nam taki program w Polsce? Mamy przecież ważniejsze wyzwania, a mało pieniędzy. Po co przygotowywać ludzi od dzieciństwa na nieuchronne starcie z kryzysami psychicznymi? Wszak silniejsi i tak sobie poradzą, a niezaradni nie są nam potrzebni. Po co zapobiegać takim kryzysom? Przecież odporni przetrwają, a mniej odporni sami są sobie winni. Po co wydawać pieniądze na nowoczesną opiekę psychiatryczną? Wszak bogatszych ochronią ich pieniądze, a mniej zasobni będą wdzięczni za cokolwiek, co wcale nie musi kosztować i zaoszczędzimy na ważniejsze cele. Po co nam w XXI wieku badania nad problemami zdrowia psychicznego? To przecież naukowy skansen.

A jednak – elementarna wiedza uczy, że zaniechania w dziedzinie promocji i profilaktyki zdrowia psychicznego są kosztowne indywidualnie i społecznie, że dysfunkcyjny system ochrony zdrowia psychicznego konserwuje patologię, zamiast ją rozwiązywać, że brak rzetelnej wiedzy na temat zdrowia psychicznego czyni nas bezradnymi ignorantami, nie pozwala przewidywać licznych przecież zagrożeń ani przeciwdziałać im. W perspektywie globalnej takie zaniechania nazywane bywają „milczącym skandalem”. Nie musimy w nim uczestniczyć, ale dwa lata realizacji NPOZP ukazują niezwykłą łatwość niepodejmowania, opóźniania, pozorowania a nawet kompletnego lekceważenia niezbędnych działań, wymaganych przez obowiązujące prawo, społeczną konieczność, dobrze pojęty interes ekonomiczny i zwykłą obywatelską przyzwoitość.

Uwagi i komentarze do dokumentu:

Minister Zdrowia

***Informacja o realizacji działań wynikających z Narodowego
Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego z 2011 roku***

Warszawa 2013

1) Prof. dr hab. med. Marek Jarema

Konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii

- Słuszne stwierdzenie, iż realizacja Narodowego Programu (NPOZP) wymaga „zintegrowanego podejścia do problematyki oraz ścisłego współdziałania organizatorów” (str. 19) nie znajduje odzwierciedlenia w obecnym stanie realizacji Programu. Nasze usilne starania o powołanie organu/ciała koordynującego realizację Programu nie znalazły poparcia, wskutek czego nadal nie ma ośrodka kierującego realizacją NPOZP, a tym samym regulującego wypełnianie harmonogramu realizacji Programu i czuwającego nad równomiernym wprowadzaniem w życie poszczególnych celów Programu. Bez takiej koordynującej funkcji, NPOZP realizowany jest w sposób nierówny, wręcz chaotyczny. Nie jest możliwe objęcie ogólnym oglądem tempa realizacji Programu, a tym samym ocena stopnia jego realizacji, w tym ocena jakościowa nie tylko ilościowa. Zlecenia doraźne zadań kontrolnych wobec NPOZP innym podmiotom (np. Instytutowi Psychiatrii i Neurologii) owocuje sporem na temat sposobu dokonania oceny i uprawnień oraz zasad opracowania takich ocen. Brak koordynacji realizacji NPOZP skutkuje też mniej intensywnymi działaniami w poszczególnych województwach, które nie mogą znaleźć wsparcia w centralnym

organie koordynującym, dla swoich działań w ramach realizacji wojewódzkich Programów.

- Brak właściwego (na odpowiednim poziomie) finansowania świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, jest nadal najpoważniejszą przeszkodą dla realizacji NPOZP. Niektóre zadania Programu nie zostały zrealizowane właśnie z tego powodu (np. Zadanie 1.1.2; 1.2.7; 1.3.2 i dalsze). Jest zastanawiające, że Ministerstwo Zdrowia, które kształtuje całość polityki zdrowotnej i które jest w posiadaniu aktualnych informacji dotyczących zdecydowanie zbyt niskiego finansowania świadczeń psychiatrycznych, nie wyjaśnia w Raporcie braku realizacji zadań spowodowanego brakiem środków, którymi – poprzez publicznego płatnika – zarządza. Z kolei ze strony płatnika (NFZ) wszelkie informacje dotyczące zbyt niskiego finansowania świadczeń psychiatrycznych napotykają na argumenty, że albo świadczeniodawcy niedostatecznie dokumentują dodatkowe koszty świadczeń psychiatrycznych (np. nie dokumentują schorzeń somatycznych towarzyszących zaburzeniom psychicznym), albo nie zostały przedstawione schematy (struktura i funkcjonowanie) podmiotów, potencjalnie powołanych do realizacji zadań NPOZP, więc nie można opracować zasad finansowania tych świadczeń. Chodzi tu przede wszystkim o starania środowiska psychiatrycznego o powoływanie Centrów Zdrowia Psychicznego, które byłyby odmiennie niż dotychczas istniejące podmioty lecznicze finansowane przez NFZ. Brak wskazówek jak świadczenia realizowane przez takie Centra mają być finansowane jest główną przeszkodą w realizacji celu nr 2 NPOZP czyli wprowadzania środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej. Także i w tym

zakresie negatywne skutki braku koordynatora realizacji NPOZP są widoczne.

- Uzasadnienie dla braku postępu w realizacji Celu szczegółowego 2.1 (str. 29) jest nietrafne, gdyż nie ma wątpliwości co do możliwości realizacji tego zadania, natomiast widoczny jest brak działań zmierzających do wykazania płatnikowi, jak świadczenia wykonywane przez Centrum Zdrowia Psychicznego mają być wyceniane. Ma to kluczowe znaczenie dla dalszych perspektyw wdrożenia modelu środowiskowego psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Model ten nie powinien być wdrażany jako program zdrowotny, ale jako rutynowe świadczenie realizowane na zasadach kontraktu z płatnikiem. Analiza części Raportu dotycząca realizacji Celu 2 skłania do bardzo smutnej refleksji, że większość umieszczonych tam zadań nie została zrealizowana z braku środków finansowych. Jest to o tyle niezrozumiałe, że harmonogram realizacji NPOZP zakładał przekazanie określonych środków na realizację Narodowego Programu, wobec tego w Raporcie powinny zostać wskazane przyczyny, dla których środki te nie zostały przeznaczone na ten właśnie cel.

- Uwagi dotyczące realizacji Celu nr 2 są także aktualne wobec Celu nr 3 (rozwoju badań). Nie znaleziono wytłumaczenia, dlaczego przewidziane środki finansowe nie zostały na ten cel przekazane (str. 32-33).

- Część raportu dotycząca realizacji Narodowego Programu przez inne resorty (poza resortem zdrowia) dobitnie wskazuje na niedostatki realizacji tego Programu, wynikające głównie ze słabego wsparcia logistycznego (brak koordynacji realizacji Programu),

braku wsparcia finansowego, a niekiedy braku zrozumienia zasad prowadzenia polityki zdrowotnej. Słuszne jest stwierdzenie, że nie można dopuścić do medykalizacji problemu ochrony zdrowia psychicznego, z drugiej jednak strony, postępy realizacji programu dotyczące jego ściśle medycznej strony, tzn. realizacja Celu nr 2, są rażąco niewystarczające, więc nie można oczekiwać, iż taki brak postępów w realizacji Programu spowodowany jest niedostatecznym zaangażowaniem innych – niż zdrowotny – resortów.

W podsumowaniu, Raport wskazuje na istotne opóźnienia w realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, ale nie tłumaczy przyczyn tych opóźnień. Powoływanie się na brak środków finansowych na realizację poszczególnych zadań nie jest wytłumaczeniem, dlaczego zadania te nie są realizowane, bowiem harmonogram realizacji Programu zawierał też alokację odpowiednich środków finansowych. Niektóre czynności, jak np. opracowanie struktury i zasad funkcjonowania Centrum Zdrowia Psychicznego tak aby płatnik publiczny mógł przedstawić sposób finansowania świadczeń zdrowotnych realizowanych przez Centrum nie są zadaniami kosztochłonnymi, a powinny być realizowane jako priorytetowe, gdyż mogłyby stanowić istotny czynnik motywujący dla powoływania struktur realizujących środowiskowy model opieki psychiatrycznej.

Znacząco niedostateczne finansowanie świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w porównaniu z poziomem finansowania świadczeń zdrowotnych w innych dziedzinach medycyny, wskazuje dobitnie na politykę zdrowotną naceLOWaną nie na realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, ale na dalsze utrzymywanie zasad organizacji opieki

zdrowotnej stygmatyzujących chorych z zaburzeniami psychicznymi. Taka sytuacja nie powinna mieć miejsca bowiem jest ona rażąco sprzeczna z ideą, która legła u podstaw powołania Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

2) Prof. dr hab. med. Jacek Wciórka

Konsultant wojewódzki w dziedzinie psychiatrii dla województwa mazowieckiego

Uwagi ogólne

Przedstawiony dokument wskazuje, że metodyczna konstrukcja programu była trafna – próba oceny „realizacji działań” odpowiednio do zakładanych terminów, zadań i wskaźników realizacji bezwzględnie obnaża miałość dokonań. Tytuł wprowadza w błąd – lepszy byłby: informacja o zaniechaniach w realizacji działań...

Cieszy, że Minister Zdrowia dokonał dwóch ważnych kroków: wybrał priorytety dla promocji oraz sformułował cztery koncepcje funkcjonowania centralnego ośrodka koordynującego program. Szkoda, że po 2 latach obowiązywania programu nie udało się pójść dalej. Wydaje się, że właśnie realizacyjna niedyspozycja resortu zdrowia dała początek lawinie zaniechań ze strony pozostałych podmiotów realizujących, zwłaszcza ze strony głównego, faktycznego kreatora polityki zdrowotnej w Polsce – tj. ze strony NFZ, który w sprawie przygotowań do modernizacji systemu opieki psychiatrycznej nie zrobił praktycznie nic.

Najbogatsze w dokonania są informacje z resortów „siłowych” (MON, MSW i Sprawiedliwości). Tyle że dotyczą one głównie

kontynuacji działań na rzecz funkcjonariuszy, realizowanych także przed zainicjowaniem programu.

Wartościową i pobudzającą do refleksji częścią raportu jest krytyczne podsumowanie dokonań/zaniechań. Jest ono niestety mocno zasmucające.

Całość informacji sugeruje wszechobecność ignorancji w zakresie problematyki ochrony zdrowia psychicznego oraz niezrozumienia jej znaczenia i roli w polityce państwa, jak i dla kultury społeczeństwa. Spoza odnotowanych w raporcie zaniechań i niemożności realizacyjnych wyziera też wyraziste oddziaływanie stygmatyzacji otaczającej zagadnienia ochrony zdrowia psychicznego, zwłaszcza tzw. stygmatyzacji strukturalnej, zawartej w sposobie funkcjonowania instytucji oraz ich reprezentantów.

Bez przełamania tych aksjologicznych i mentalnych barier trudno marzyć o szerszej, systemowej implementacji założeń programu.

Uwagi końcowe

Ponieważ z racji swego zaangażowania w przygotowanie i wdrożenie Programu uważnie śledzę jego losy, wynikający z raportu zniechęcający obraz realizacji NPOZP nie przysłania mi tych obserwacji, które wskazują, że gdzieś lokalnie lub regionalnie następują czasem interesujące procesy i powstaje gotowość do sensownych działań. Niestety bez rozsądnej koordynacji na szczeblu centralnym, bez stworzenia finansowych podstaw do przemyślanej stopniowej, długofalowej realizacji podjętych planów, te zaczątki zmian obumierają. Uważam że pierwszoplanowymi zadaniami w obecnej sytuacji powinny być:

- powołanie i wyposażenie w realną siłę inspiracyjną i sprawczą ośrodka koordynującego na szczeblu krajowym

- podnoszonego w tej sprawie argumentu braku środków finansowych nie uważam za trafny. Widać gołym okiem, jak łatwo znajdują się pieniądze na różne mało przemyślane akcje polityczne. Byłem wielokrotnie świadkiem pokrętnego wyjaśniania niemożności przeznaczenia nawet zapowiadanego minimum środków na ochronę zdrowia psychicznego. Dziś widzę, że te wyjaśnienia stanowią i nadal stanowią element strukturalnej stygmatyzacji tego obszaru ważnych i społecznie problemów zdrowia – skutków zaniedbań i zaniechań doświadczam na co dzień w pracy klinicznej. Są one źródłem poważnych strat i ogromnego obciążenia społecznego (vide dokumenty WHO i UE).

Wprowadzenie do zasad finansowania ochrony zdrowia psychicznego (wg nomenklatury NFZ: rodzaj opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień) możliwości kontraktowania świadczeń kompleksowych realizowanych przez centra zdrowia psychicznego – otworzy to drogę do stopniowej, ewolucyjnej i prawdopodobnie wieloletniej przebudowy funkcjonującego modelu opieki psychiatrycznej z azylowego na środowiskowy. Wymaga to (a) wprowadzenia kompleksowej opieki psychiatrycznej do koszyka świadczeń gwarantowanych (b) rozwiązania barier organizacyjnych i legislacyjnych stwarzających obywatelom pozory dostępności poprzez oferowanie (jak Zagłoba Inflanty) wszystkim wszędzie – bez jasno zdefiniowanej odpowiedzialności za udostępnienie opieki blisko miejsca zamieszkania i zapewnienie adekwatnej i kompleksowej oferty leczenia.

3) dr hab. Andrzej Cechnicki

Zakład Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii CM UJ w Krakowie

Uwagi ogólne

Ocena realizacji NPOZP w 2011 powstaje z rocznym opóźnieniem. To nie raport z realizacji programu a „Raport z zaniechania”. Tak jakby rząd sam bojkotował własne ustawy i rozporządzenia.

Najbardziej kompetentne osoby w Ministerstwie Zdrowia odpowiedzialne za bezpośredni kontakt z realizatorami programu i jego wdrażanie, cieszące się zaufaniem środowiska psychiatrycznego, zarazem koordynujące pracę Rady ds. Psychiatrii zostają usunięte z pracy w Ministerstwie. Raport 2011 wskazuje, że zakładane terminy, zadania i wskaźniki realizacji nie zostały dotrzymane.

Brak koordynacji wdrażania NPOZP na szczeblu centralnym przez Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej stanowił zły przykład dla instytucji samorządowych i Narodowego Funduszu Zdrowia, który pozbywając się odpowiedzialności za realizację Programu był zarazem głównym beneficjentem i dysponentem środków finansowych przyznanych na jego realizację. Rozpoczęta jesienią 2012 roku debata przez minister Elżbietę Radziszewską w sprawie równego traktowania osób chorujących psychicznie i somatycznie i wdrażania NPOZP nazwana „okrągłym stołem w psychiatrii” zakończyła się likwidacją prowadzonego przez nią Ministerstwa wraz z zakończeniem polskiego, półrocznego przywództwa w Unii.

Apel do najwyższych władz państwowych przygotowany przez Sekcję Psychiatrii Środowiskowej i Rehabilitacji ZG PTP we współpracy z Redakcją czasopisma Charaktery o poparcie dla idei równego traktowania osób chorujących somatycznie i psychicznie przy podziale środków finansowych przeznaczonych na opiekę zdrowotną w Polsce jako podstawy dla skutecznego wdrożenia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego pod którym podpisało się kilka tysięcy osób i wiele autorytetów do dnia dzisiejszego nie doczekał się odpowiedzi.

Podnoszona wielokrotnie a szczególnie w czasie „okrągłego stołu” problematyka niedoszacowania potrzeb finansowania psychiatrii czyli koniecznego 5% w budżecie służby zdrowia zbywana jest milczeniem.

NFZ mógłby ratować resztki reformy podnosząc finansowanie w oddziałach psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych, których poziom niedoszacowania sięga 37%. Obecny stan grozi ich likwidacją i cofnięciem reformy na całe lata. Ich utrzymywanie najczęściej jest związane z okradaniem z przyznanых w kontraktach środków na opiekę pozaszpitalną. Pomimo wielokrotnych monitów na różnych poziomach NFZ nie podniósł stawek w sposób świadomy i z premedytacją.

Podobna sytuacja dotyczy oddziałów dziennych.

Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej po latach przygotowań i realizacji programu nie potrafi odróżnić w raporcie 2011 programu dla osób chorujących psychicznie zapisanego w NPOZP od – od lat realizowanych celów wobec osób z innymi niepełnosprawnościami, zwłaszcza niepełnosprawnych intelektualnie.

W praktyce to uporczywe zaniechanie przez resort odpowiedzialny za politykę społeczną niszczy istniejące zasoby. Rozporządzenie Min. Pracy i Polityki Społecznej w sprawie likwidacji Środowiskowych Domów Samopomocy niespełniających standardów jest dla osób chorujących psychicznie niszczące i nieuzasadnione realną praktyką. Tam podstawowym standardem powinien być rodzinny klimat i adekwatny program.

Z kolei praktyka orzecznicza pozbawiająca osoby chorujące psychicznie znacznej niepełnosprawności, gdyż np. pracują stabilnie w Zakładach Aktywizacji Zawodowej, doprowadzi do praktycznej likwidacji ZAZ -ów dla osób chorujących psychicznie. Komisje odbierają stopień niepełnosprawności a ZAZ-y muszą posiadać odpowiednią liczbę pracowników ze znacznym stopniem upośledzenia, więc zamieniają osoby chorujące psychicznie na osoby niepełnosprawne intelektualnie.

Krytyczne podsumowanie zaniechań powinno być punktem wyjścia dla programu naprawczego zainicjowanego przez oba Ministerstwa we współpracy z NFZ i profesjonalistami.

Jedną z pierwszych decyzji powinno być rozważenie kumulacji całej centralnej puli środków rozproszonych w różnych Ministerstwach i przygotowanie dofinansowania modelowych programów decentralizacyjnych w wybranych, zaniedbanych rejonach kraju. Tak powstałe modelowe Centra Zdrowia Psychicznego stanowiłyby impuls do dalszych przekształceń realizowanych przez samorządy. Drugą równoległą decyzją powinno być podniesienie finansowania w oddziałach psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych i oddziałach dziennych o 37%.

Trzecia decyzja wiąże się z koordynacją. Minister zdrowia sformułował różne koncepcje funkcjonowania centralnego ośrodka koordynującego program. Czy po dwóch latach trwania programu nie jest to skandal? Projekt takiego ośrodka (na wzór Aktion Psychisch Kranke w Niemczech) był przedstawiany przez ekspertów jeszcze przed uchwaleniem ustawy. Przywrócenie sprawnej koordynacji powinno być absolutnym priorytetem.

Uwagi końcowe

Ignorancja problematyki zdrowia psychicznego przez centralne instytucje, ujawniania głębszy problem niespójności a może braku polityki społecznej w działaniach państwa.

Raport obnaża nie tylko indolencję organizacyjną, brak kompetencji, profesjonalizmu ale również rozmycie odpowiedzialności i zupełną bezkarność urzędników. Jest książkowym opisem stygmatyzacji otaczającej zagadnienia ochrony zdrowia psychicznego, zwłaszcza tzw. stygmatyzacji strukturalnej, zawartej w sposobie funkcjonowania instytucji oraz ich reprezentantów.

Bez koordynacji na szczeblu centralnym (Ministerstwa i Urzędy Marszałkowskie we współpracy z NFZ) i bez stworzenia finansowych podstaw do realizacji przyjętych rozporządzeń i planów dojdzie nie do rozwoju ale do regresu osiągnięć sprzed uchwalenia NPOZP.

Tej wszechobecnej fikcji sprzyja - rodem z najlepszych wzorów Lejzorka Rojtszwanca - potworny rozrost biurokracji, kontroli i kontrola kontroli, które rabują czas wcześniej poświęcany pacjentom.

4) mgr Wanda Langiewicz, dr Daria Biechowska

Instytut Psychiatrii i Neurologii, Zakład Zdrowia Publicznego

Sprawozdanie z realizacji działań siedmiu resortów oraz NFZ prowadzi do wniosku, że poza działaniami Ministerstwa Sprawiedliwości oraz częściowo Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Ministerstwa Obrony Narodowej, dokonania pozostałych podmiotów są niewielkie lub żadne.

Szczególnie niepokojący jest fakt, że Ministerstwo Zdrowia jako podmiot o szczególnym znaczeniu dla realizacji zadań, który ponadto: „kieruje realizacją Programu i koordynuje wykonanie zadań” nie wywiązał się z większości własnych zadań wynikających z Programu, w tym tak ważnych jak, zadanie 2.1.3. tj. „przygotowanie pilotażowego programu wdrożenia środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej w wybranych województwach i powiatach...” – co w konsekwencji spowodowało niewykonanie zadania 2.1.1 – przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz zadanie 2.4.1, tj. stworzenie struktury koordynującej realizację Programu.

W części dotyczącej jednostek samorządu terytorialnego zwraca uwagę anonimowość opracowanych informacji. Wydaje się, przynajmniej na poziomie informacji o realizacji zadań przez samorządy województw oraz miast na prawach powiatu celowe byłoby wskazanie, które z nich zaangażowały najwyższe środki finansowe oraz zrealizowały największą liczbę zadań (interesująca jest informacja, jaki powiat przeznaczył na realizację Programu ponad 31 mln zł, lub jakie miasto na prawach powiatu przeznaczyło na ten cel prawie 24 mln zł). Także w przypadku gmin, skrajne wartości nakładów finansowych lub liczby zrealizowanych zadań nie

powinny pozostawać anonimowe, ponieważ jest to z jednej strony okazją do podkreślenia zasług tych podmiotów, z drugiej stwarza możliwość zweryfikowania wykazywanych w sprawozdaniach informacji.

W podsumowaniu dokonań poszczególnych podmiotów celowe byłoby zamieszczenie zbiorczego, syntetycznego zestawienia liczby zadań zrealizowanych w pełni, częściowo lub wcale. Ministerstwo Zdrowia wypadłoby w takim zestawieniu następująco:

podmiot	liczba zadań	zrealizowane w pełni	zrealizowane częściowo	nie zrealizowane
Ministerstwo Zdrowia	25	2	4	19

Powyższe zestawienia pozwoli ocenić, na ile realizowanie zadań NPOZP bez odpowiednich środków finansowych jest uprawianiem fikcji.

NOTATKI

www.rpo.gov.pl

