

**Protokół z II posiedzenia Zespołu Ekspertów ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego
z dnia 18.07.2018 r.**

1. Zebranych powitał przewodniczący Zespołu Krzysztof Olkowicz
2. Wręczenie aktów powołania pan Jacek Juszkiewicz, dr Ewa Giza
3. Przyjęcie programu posiedzenia
4. Rzecznik Praw Obywatelskich, dr Adam Bodnar, podziękował członkom zespołu za przybycie i poinformował, iż z uwagi na fakt, że w ostatniej chwili wyznaczono posiedzenie Komisji Sprawiedliwości i Praw Człowieka w czasie którego przedstawi sprawozdanie roczne RPO, będzie musiał wcześniej opuścić obrady.

Dwie kwestie w ocenie Rzecznika są szczególnie istotne. Pierwsza z nich to wdrożenie programu pilotażowego centrum zdrowia psychicznego. Dlatego dobrze, że właśnie ten problem zostanie dzisiaj przedstawiony i omówiony. W czasie I Kongresu Zdrowia Psychicznego mieliśmy jedynie bardzo ogólną wiedzę. Dzisiaj już możemy mówić o konkretach. To co jest w naszym szczególnym zainteresowaniu to kwestia nie tylko realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego ale szczególnie problematyka osób niepełnosprawnych intelektualnie i chorych psychicznie pozbawionych wolności a także osób wobec których wykonywane są środki zabezpieczające i które na wiele lat trafiają bez jakiejś głębszej analizy czy są one nadal bezwzględnie konieczne.

Drugi problem to funkcjonowanie Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym w Gostyninie. Ośrodek, który funkcjonuje już 4 lata doczekał się sytuacji w której przebywają w nim nie tylko osoby, dla których był on pierwotnie przeznaczony, ale cały czas przybywają nowi pacjenci co skutkuje jego przepełnieniem. Warunki panujące w ośrodku nie spełniają standardów ochrony praw człowieka. Otrzymujemy uwagi, tak od osób tam osadzonych, ale też od innych, którzy zainteresowani są działalnością ośrodka. Osobiście rozmawiałem z Ministrem Zdrowia na temat warunków pobytu w ośrodku i uważam, że w ośrodku powinna być przeprowadzona głęboka analiza regulacji prawnych, w celu precyzyjnego określenia

warunków pobytu i praw pacjentów w nim przebywających np: kontakty z bliskimi, czy możliwości wychodzenia na przepustki w przypadku tragicznych wydarzeń w życiu rodzin tych osób. Powinna być określona nowa kompleksowa regulacja prawna dla ośrodka uwzględniająca np. kwestie wychodzenia na przepustki.

W tym zakresie przesłane zostały wystąpienia do Ministra Zdrowia oraz Przewodniczącego Komisji Ustawodawczej Senatu.

Ważną kwestią jest również w tym kontekście dobra współpraca z Rzecznikiem Praw Pacjenta. Dostaliśmy dwa pisma, które nie wskazują na to, że Rzecznik Praw Pacjenta jest szczególnie zainteresowany Ośrodkiem w Gostyninie.

W sprawie stosowania ustawy tzw., „Lex Trynkiewicz” zostały skierowane skargi do ETPCz, które skierowała Helsińska Fundacja Praw Człowieka co zaowocuje zapewne dialogiem na poziomie europejskim. Tak się stało w przypadku Niemiec, gdzie była cała seria orzeczeń dotyczących postpenalnej izolacji. My mamy wyrok T.K, który w naszej ocenie i takie stanowisko przedstawiliśmy w sposób niewystarczający chroni prawa osób tam izolowanych, ale z pokorą przyjmujemy to orzeczenie.

To co jest ważne, to nie było przypadku, gdzie ktoś trafił do Gostynina i został z niego zwolniony. Skierowanie do ośrodka nie może stać się izolacją dożywotnią, dlatego musimy prowadzić dyskusję na temat środków postpenalnych. Dzisiaj decyzjom o uwolnieniu tych osób towarzyszy strach.

Chcemy przeprowadzić wizytę studyjną w Niemieckim odpowiedniku naszego ośrodka w Zakładzie Karnym w Rosdorf.

dr Marek Balicki

Zwrócił uwagę, że już w 1977 roku, a więc upłynęło 41 lat od rekomendowania takich zmian w systemie opieki zdrowotnej, które przeniosą opiekę psychiatryczną z dużych instytucji do szerokiego systemu opartego na społecznościach lokalnych. W 1997 roku ukazał się pierwszy komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w którym zwrócono uwagę, że dopiero po skutecznym wdrożeniu przepisów gwarantujących wielostronną dostępność i zróżnicowanie leczenia

psychiatrycznego, będzie można mówić o spełnieniu wymogów europejskich w ochronie zdrowia psychicznego.

Ostatni etap prac nad ochroną zdrowia psychicznego rozpoczął się w 1972 roku kiedy zaczęło się mówić o prawach i wolnościach pacjentów. W Ustawie o Ochronie Zdrowia Psychicznego z 1994 roku kwestie dostępu do opieki psychiatrycznej zostały umieszczone w sposób bardzo okrojony. Dopiero nowelizacja ustawy w 2008 roku dała podstawy do przyjęcia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Kolejnym milowym krokiem jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2018 roku w sprawie pilotażu, które otwiera drogę do zmian systemowych.

Obecnie dominuje opieka stacjonarna w dużej części w dużych szpitalach psychiatrycznych gdzie jakość opieki w tych szpitalach jest oceniana niżej jak jakość opieki zdrowotnej w ogóle.

Mamy więc model azylowy oparty w zbyt dużym stopniu na izolacji i opresyjności.

Pierwsza edycja NPOZP skończyła się fiaskiem, po czym były próby jego zniesienia. Spowodowało to skuteczną reakcję społeczną w tym również RPO, co skutkowało utrzymaniem programu i przyjętej w 2017 roku drugiej edycji na kolejne pięć lat.

Nowa edycja zawiera dwa podstawowe cele:

1. Zapewnienie wielostronnej, kompleksowej opieki psychiatrycznej, gdzie zalecanym modelem są centra zdrowia psychicznego.
2. Kształtowanie właściwych postaw i walka ze stygmatyzacją, która utrzymuje model azylowy.

29 września 2018 roku została przyjęta nowelizacja o świadczeniach opieki zdrowotnej, która wprowadziła możliwość pilotażowego testowania nowych rozwiązań organizacji finansowania udzielania świadczeń w opiece psychiatrycznej i środowiskowego modelu opieki.

O ile celem pierwszej edycji NPOZP było wprowadzenie zmian w całym kraju, to druga edycja przewiduje, że pilotaż będzie dotyczyć tylko wybranych jednostek organizacyjnych służby zdrowia. Pilotaż dotyczy pewnego segmentu środowiskowej opieki psychiatrycznej. Poza tym nowy system wsparcia społecznego realizowany jest

przez pomoc społeczną i organizacje pozarządowe oraz przez przywrócenie pełnego uczestnictwa społecznego.

Nowe Zasady opieki środowiskowej to po pierwsze odpowiedzialność terytorialna za populację a nie za osoby, które się zgłaszają aby je wpisać do kolejki.

Na tę odpowiedzialność za pacjenta otrzymuje się budżet globalny, który nie jest powiązany z liczbą punktów, porad, osobodni.

Jeśli będzie skrócenie pobytu szpitalach to podmiot ten nie będzie karany zmniejszeniem liczby osobodni tylko te środki pozostaną będą mogły być wykorzystane na inne, alternatywne formy opieki. Jeśli odpowiedzialność terytorialna i budżet globalny, to musi być jeden podmiot odpowiedzialny za zorganizowanie opieki na danym terytorium, ale nie jeden podmiot udzielający pomocy osobom w kryzysie psychicznym.

Kolejny problem to deprofesjonalizacja czyli asystenci zdrowienia. Osoby po kryzysie, i po odpowiednich stażach, które mogą uczestniczyć w procesie wspierania osób korzystających z centrum zdrowia psychicznego.

Odpowiedzialność terytorialna będzie umożliwiać wczesne rozpoznanie sytuacji życiowej.

Budżet na populację powinien być corocznie waloryzowany a podmiot odpowiedzialny swobodnie gospodaruje środkami budżetowymi, czyli sam podejmuje decyzję jak dysponować środkami. Dzisiaj pacjent jest nośnikiem punktów, osobodni, pieniędzy, co sprzyja maksymalizacji punktów a już niekoniecznie efektywnej pomocy.

W ogólnej małej liczbie środków przeznaczonych na opiekę zdrowotną, na psychiatrię przeznaczono około 3,5% dla porównania w krajach europejskich 6-10%. Dzisiaj jest dużo biurokracji, wypisywania harmonogramów a nie tego co jest istotą działalności.

Pilotaż pozwala na stopniową realizację nowego systemu. Pilotaż nie wymusza z dnia na dzień zmniejszenia liczby łóżek tylko umożliwia stopniowe przenoszenie opieki do innych form działalności.

Stawka obecnie będzie wynosiła 75 zł na mieszkańca w skali rocznej, tj. średnio o połowę więcej jak wydaje się obecnie po odjęciu leków.

Ważnym elementem nowego systemu będą punkty zgłoszeniowo-koordynacyjne. W CZP pacjent zgłaszając się z ulicy będzie mógł uzyskać kontakt ze specjalistą, psychologiem, psychoterapeutą, pielęgniarką psychiatryczną, którzy dokonają oceny potrzeb pacjenta i wstępny plan dalszego postępowania a jeśli zostanie ustalona pomoc jako pilna to musi być rozpoczęta w ciągu 72 godz. a w stanie nagłym natychmiast. Dzisiaj pacjent rozmawia z rejestracją i otrzymuje informację o pierwszym wolnym terminie. Kolejny element to- asystenci zdrowienia, którzy nie będą rozliczani z liczby wykonywanych usług.

Przez pewien czas mogą istnieć dwa systemy. Pacjent z obszaru centrum zdrowia może wybrać i być leczony poza centrum, ale również z centrum mogą korzystać osoby, które nie zamieszkują na danym terytorium. Są przewidziane mechanizmy finansowania tych ruchów pacjentów.

Do pierwszego etapu pilotażu zgłosiło się około 150 podmiotów z czego 95 spełniło minimalne kryteria. W drugim etapie wybrano 42 podmioty, a w trzecim etapie Minister Zdrowia ostatecznie wybrał 29 podmiotów, które obejmują populację 3,2 mln mieszkańców, wszystkie bez województwa opolskiego.

18 CZP obejmuje ludność miejską i wiejską (powiaty ziemskie) a 11 ludność miejską. Najwięcej w Podlasiu- 4 CZP.

Pilotaż ruszył od 1 lipca 2018 r. zostało podpisanych 5 umów a kolejnych 20 kilka będzie podpisywanych w III kwartale.

Na obszarze objętym pilotażem będzie podpisana jedna umowa zawarta przez NFZ a na tych obszarach działają inne placówki.

Założeniem jest podpisanie umów na podwykonawstwo z tymi placówkami, które działają na obszarze pilotażu żeby nie zmuszać pacjentów do zmiany lekarzy. Powoduje to również konieczność zaprzestania rywalizacji między podmiotami na rzecz współpracy.

Przewodniczący Zespołu Krzysztof Olkowicz pogratulował wszystkim, których energia, optymizm doprowadziły do uruchomienia CZP. Pewnie jeszcze pojawi się nie jeden problem, ale dzisiaj sam fakt, że pilotaż został uruchomiony, że są pierwsze umowy, które zostały podpisane daje powody do satysfakcji.

Dr Adam Bodnar przyłączył się do gratulacji dla osób, które doprowadziły do uruchomienia pilotażu. Uznał, że wprowadzenie nowych rozwiązań w trybie pilotażu jest czymś bardzo nowoczesnym, innowacyjnym. Natomiast pozostaje pytanie co po zakończeniu pilotażu i jakie będą skutki finansowe.

dr Balicki

Pilotaż jest innowacyjnym podejściem. Jest pewna niepewność i pojawiły się zagrożenia. Dlatego okres 3 letni ma służyć pogłębianiu rozwiązań o charakterze systemowym na terenie całego kraju. Może okazać się ,że 3 letni okres będzie musiał być przedłużony. Nawet obecnie nowe rozporządzenie już będzie poprawione. Jest również kwestia zabezpieczenia środków finansowych.

dr Katarzyna Walewska

Dziękuję za takie przedstawienie problemu. Dla mnie ważna jest jakość usług a one zależą od personelu. Wymaga to zmian w programach nauczania między innymi psychiatrów, psychologów.

Pilotaż stwarza miejsce dla wykwalifikowanej psychoterapii. Musi wystąpić podnoszenie kompetencji.

prof. Jacek Wciórka

Na razie tworzymy podstawy działania centrum. Da to jednak możliwość podnoszenia poziomu szkoleń dla psychologów w tym klinicznych, psychoterapeutów, pielęgniarek, dla pracowników socjalnych dla terapeutów.

Psychiatria to nie tylko przepisanie recepty. Musi toczyć się otwarty, żywy motywacyjny dialog. Inna organizacja wymusi zmiany w szkoleniu tak jak to się dzieje w psychiatrii dzieci i młodzieży. Za parę lat będą w tym systemie funkcjonować asystenci zdrowienia ale już w ten system wkraczają stanowiąc zbawienną pomoc, która pozwala otworzyć kanały komunikacji dotychczas nie funkcjonujące.

dr Sławomir Murawiec

Przygotowaniu pilotażu powinno towarzyszyć nieco większe przygotowanie informacyjno-edukacyjne. Zgadząc się z tezami i założeniem zmian, obecnie osoby pracujące w dziedzinie zdrowia psychicznego, lekarze, psychoterapeuci, psychologowie wyrażają różnego rodzaju obawy nie wiedząc jak to ma być realizowane. Często te obawy są na wyrost, czy wręcz nieprawdziwe np. centra zdrowia psychicznego traktują jako centralizację.

Pilotażowi przy wszystkich jego założeniach nie towarzyszyła odpowiednia akcja informacyjna i edukacyjna dla wszystkich osób zainteresowanych i dlatego odezwały się różne niezadowolone ośrodki jak Gniezno czy Bielsko-Biała gdzie pracujące tam osoby zwróciły się do mediów o interwencję w obawie o konkurencję lub w poczuciu odtrącenia.

Dobrze, że robimy reformę ale jeszcze należy o niej informować. Sam prowadzę facebooka Polskiego Towarzystwa Psychiatrii Sądowej i w otrzymanych informacjach dostrzegam bardzo wiele lęków.

Min. M. Balicki

Informacji i edukacji nigdy dosyć. Musimy mieć choćby minimalny poziom motywacji i entuzjazmu żeby przeprowadzić zmianę.

Nie znaczy to, żeby akurat w tych przypadkach o których rozmawiamy nie było edukacji i informacji. Zarówno w sprawie Gniezna, Bielsko-Białej jak i Przewodniczącego Związku Zawodowego Psychologów rozmawialiśmy osobiście albo uczestniczyli oni w konferencjach przez nas organizowanych.

To jest bardzo duża zmiana o charakterze paradygmatycznym i naruszającym kierunkowo interesy i sposób podejścia do wykonywania zawodu. Ciągłe jest obecny „duch” rywalizacyjny żeby wypchnąć konkurenta.

W Gnieźnie szpital Dziekanka funkcjonuje w innej strukturze jak w Małopolsce. W Wielkopolsce dominuje opieka w postaci świadczeń w szpitalach. Szpital „Dziekanka” nie chciał podpisać świadczeń na wykonywanie umów z 5 podmiotami na terenie powiatu Gnieźnieńskiego, przy wsparciu dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ.

Szybka interwencja Biura ds. pilotażu i jutro ma odbyć się spotkanie w Gnieźnie Dyrekcji szpitala z tymi placówkami, które czekają kiedy będą uzgodnione zasady współpracy. Stanowisko oddziału wojewódzkiego NFZ jest nacechowane mówiąc eufemistycznie dość dużą rezerwą do znalezienia rozwiązania, które jest zgodne z duchem modelu środowiskowego i eliminowaniu sytuacji konfliktowych a sprzyjaniu współpracy i rozwiązywaniu problemów.

W Bielsku-Białej jest wada systemowa Zespołu leczenia środowiskowego leczenia dzieci i młodzieży mają tą samą umowę co do leczenia dorosłych. Dlatego jest tam konieczna zmiana systemowa żeby rozwiązać problem.

Biuro nie ma środków na prowadzenie kampanii informacyjnych i edukacyjnych.

Został jednak powołany Rzecznik Biura ds. pilotażu, jest to dziennikarz a jednocześnie osoba z doświadczeniem kryzysu zdrowia psychicznego, była także Rzecznikiem Kongresu Zdrowia Psychicznego. Uruchamiana jest również strona na facebooku. Osobiście podałem też mój nr telefonu i odpowiadam na wszystkie konkretne problemy.

Zmiana jest bardzo duża. Mamy stygmatyzację strukturalną, mamy opory przed odchodzeniem od rozwiązań o charakterze rynkowym, komercyjnym co będzie naruszało interes podmiotów które chcą robić pieniądze, a nie zapewniać opiekę.

Rzeczywiście przy nienajlepszej informacji i edukacji trzeba rozumieć opory, dlatego albo zaprzestaniemy działań, albo mimo tych wszystkich trudnych warunków rozpoczniemy w praktyce korzystne zmiany. Ważną rolę może odegrać w tej sprawie Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, które dla środowiska jest autorytetem.

Dyr. Barbara Imiołczyk

Po pierwsze gratulacje dla panów, a po drugie to nie pierwszy pilotaż bo w 1994 roku były w ten sposób wprowadzone duże miasta, powiaty w tym nowosądecki powiat ziemski.

Bardzo się cieszę z tych wyjaśnień bo z zaniepokojeniem śledziłam głosy niepokoju czy wręcz zarzuty że pilotaż wprowadza centralizację czy wręcz ogranicza dostęp pacjentów do psychiatrycznych placówek ochrony zdrowia.

Dlatego będę zaniepokojonych odsyłała do biura i uznaję, że jeżeli gdzieś będą problemy, to one nie wynikają z łych założeń systemowych, ale ze zwykłych ludzkich kłopotów, które występują przy wdrażaniu zmian.

Po trzecie chciałabym zgłosić taką uwagę, że reforma jest wyśmienita okazją do połączenia tego co dotyczy zdrowia z tym co określamy pomocą społeczną.

Teraz nie będzie już 10 podmiotów w powiecie tylko jeden, który może wypracować model współpracy między ochrona zdrowia i pomocą społeczną i spróbować to połączyć już teraz kiedy tworzy się nowy system.

Brak współpracy często skutkuje tym, że pomoc osobom potrzebującym jest niewystarczająca. Ponadto cieszę się z tego o czym mówił prof. Wciórka, że coś się dzieje w obszarze pomocy dzieciom i młodzieży.

Rzecznik A. Bodnar

Dzisiaj dyskutowaliśmy z dyr. B. Imiołczyk o tym jakie powinno być stanowisko Rzecznika dotyczące pilotażu. Dzięki temu spotkaniu mogę powiedzieć coś co jest pozytywne, a to jest zawsze dużą wartością, bo to jest faktyczna zmiana na dobre rozwiązania, a chwilowe przeszkody są zawsze naturalne. Po to jest właśnie pilotaż aby rozwiązywać problemy, badać co działa a co nie działa i uwrażliwiać na potrzebę zmian.

dr Marek Balicki

Paradoksalnie Przewodniczący Związku Zawodowego Psychologów słuchał mojego wykładu w czasie Kongresu, później z nim rozmawiałem osobiście, a później napisał tekst z wieloma uwagami o których mówił dr Murawiec.

Takie działanie jest wbrew misji swojej organizacji bo pilotaż otworzy miejsca pracy, dla psychologów. Więcej psychiatrów nie przybędzie, mamy brak pielęgniarek psychiatrycznych, z terapeutami środowiskowymi jest problem kształcenia, ale otwarta zostanie możliwość zatrudnienia psychologów, wiem to po szpitalu w którym pracuję, że wymuszone zostanie zatrudnienie a na rynku są psycholodzy.

Krzysztof Olkowicz- Przewodniczący Związków Zawodowych Psychologów poprosił Rzecznika o spotkanie i zostanie ono zorganizowane. Może też zaprosić

przedstawiciele Związków zawodowych psychologów na posiedzenie Naszej Komisji. Dobrze oceniam aktywność Stałej Podkomisji ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego sejmiku w jednym z materiałów przygotowanych na Komisję, którą przygotował Minister Inwestycji i Rozwoju wyczytałem, że na pomoc w zakresie infrastruktury w służbie zdrowia w Regionalnych Programach Operacyjnych mamy 1 mld 200 mln euro. Dzisiaj nie ma skoordynowanych działań jak racjonalnie i szybko wykorzystać te środki również w zakresie infrastruktury psychiatrycznej.

Miał być stworzony zespół koordynujący, który mógłby wskazać ile z tych środków można by wykorzystać na infrastrukturę psychiatryczną. Jednym przedsięwzięciem zrealizowanym ze środków unijnych jest szpital w Drewnicy na który przeznaczono 137 mln zł. Jeżeli dzisiaj jednym z priorytetów jest ochrona zdrowia psychicznego to Ministerstwo Zdrowia powinno rozważyć wystąpienie do marszałków województw o uwzględnienie tego priorytetu w podziale środków unijnych rozdzielając je nie tylko na szpitale zabiegowe.

dr Ewa Giza

W związku z pilotażem pojawiają się trudności które człowiekowi trudno wymyśleć. Jestem z Kołobrzegu. Pilotaż dla szpitali psychiatrycznych jest klarowny, czysty i korzystny dlatego wszyscy cieszą się z możliwości uczestnictwa w pilotażu. Natomiast jeżeli tak jak w Kołobrzegu oddział psychiatryczny jest w strukturach szpitala wielospecjalistycznego i dyrektorem nie jest psychiatra tylko ekonomista a z założenia środki finansowe z pilotażu mają pozostać w pionie psychiatrycznym a nie budżecie szpitala poza 3 % zyskiem to nie ma woli dyrektora aby powoływać centrum zdrowia psychicznego mimo, że jest cała infrastruktura i kadra do tego potrzebna. Trzeba przekonywać, używać pressingu żeby powstało centrum w takich szpitalach. Idea centrum jedyna słuszna i mając wsparcie w Min. Zdrowia, w sejmowej podkomisji i jej przewodniczącej Józefiny Hryniewicz. Dużo się obecnie mówi o psychiatrii dlatego dobrze i jestem przekonana że reforma nam wyjdzie.

Dyr. Goździkiewicz

Chciałem zwrócić uwagę na kwestię finansową. W tej chwili pilotaż się opóźnił bo Pani Minister Czerwińska przeznaczyła 40 mln zł na 21 jednostek. To oznacza, że w kwartale dostaniemy 40 mln. Jeżeli to pomnożymy przez 4 i przemnożymy na populację Polski to nam grozi, że pieniądze mimo że wyliczone w oparciu o stawkę 75 zł na osobę wcale nie są wystarczające. Z prostego pomnożenia wynika, że zmieniliśmy dotychczasowy model za kwotę o 30% niższą od środków, które w tej chwili na psychiatrię są przeznaczane. Nawet jeżeli z tego wyłączymy psychiatrię sądową i dziecięcą to i tak wychodzi z tych stawek kapitacyjnych, że nam w całej Polsce potrzeba 2 mld złotych a w tej chwili 3 mln 200, 3mln 300 są przeznaczane na całą psychiatrię.

Nie możemy zachłysnąć się kwotą 75 złotych. Ta kwota wcale nie jest taka rewelacyjna. Jeżeli okaże się, że wśród podopiecznych będzie sporo hospitalizacji i pobyków długoterminowych trzeba będzie zamawiać miejsca i płacić po kosztach w szpitalach, które nie będą chciały dokładać do psychiatrii. Patrząc na liczby może okazać się że 75 zł będzie kwotą dużo za małą.

prof. Jacek Wciórka

Najpierw powiem o dziecięco-młodzieżowej psychiatrii. Od roku działa zespół powołany przez Ministra Zdrowia. Do końca sierpnia ma być przygotowany pomysł rozwiązań strukturalnych, a od stycznia nowe rozwiązania miałyby być realizowane. Psychiatria dzieci i młodzieży to 10-15% populacji rozsianej i rozproszonej. Nie ma też za wiele zasobów kadrowych. Ten system ma być rozwijany na 4 poziomach.

Poziom 0- szkolny gdzie w każdej szkole ma być psycholog i pedagog, którzy mają rozwiązywać problemy, które nie są psychiatrycznymi ale życiowymi, które muszą być rozwiązane.

Poziom 1- to poradnie psychologiczno-środowiskowe dla dzieci i młodzieży. Tam nie ma psychiatrów. Te role miałyby pełnić poradnie pedagogiczno-psychologiczne których w Polsce jest jak się dowiedziałem ponad 1000. Prawie 700 z nich jest publicznych i bardzo często pracują w nich osoby o odpowiednich kwalifikacjach. Psychoterapeuci, psychologowie. Tyle tylko, że te poradnie zajmują się

głównie czym innym –orzecznictwem, kwalifikowaniem , wystawianiem zaświadczeń. Chodzi o to żeby podjęły one funkcje pomocowe, wsparcia pedagogicznego i jak trzeba terapii psychologicznej.

Poziom 2- to środowiskowe poradnie zdrowia psychicznego, rozsiane tak jak „dobrodziejstwo inwentarza” w których jest już psychiatra, bo tam trafiają już dzieci z zaburzeniami psychicznymi i gdzie zaczyna się leczenie ale środowiskowe. Tam nie ma jeszcze oddziałów dla dzieci i młodzieży.

Na trzecim poziomie- pojawią się oddziały i wydaje się, że na poziomie województwa potrzebny byłby jeden- może dwa takie ośrodki oferujące dobrą jakość opieki szpitalnej, ale także funkcjonujących jako rodzaj ośrodka środowiskowego, z zespołami mobilnymi, dobrym ambulatorium z konsultacjami. W tym miejscu skupione byłyby też zadania szkoleniowe i edukacyjne oraz promocyjne.

Obecnie trwa doprecyzowanie szczegółów tej koncepcji bo okazuje się, że co krok to jest trudność, pojawiają się różnice zdań, ale praca idzie. Przy dużym entuzjazmie osób zaangażowanych w to i co trzeba podkreślić obejmuje szeroki zakres osób zajmujących się psychiatrią dzieci i młodzieży.

Tego szczęścia nie miała psychiatria dorosłych, dlatego być może to zmiana w środowisku dorosłych jest czasem witana z zaskoczeniem, zdziwieniem i czasem niechęcią. To są bariery, które trzeba będzie przezwyciężyć i powoli cierpliwie tłumaczyć o co chodzi. Nie obawiałbym się o pieniądze, bo jak liczymy po kosztach jednostkowych to jest spory przyrost, który zostanie skonsumowany, bo zadania nie zmniejszą się ale wzrosną. To będzie wymagało żywej dyskusji między płatnikiem a wykonawcą. Musi temu towarzyszyć racjonalna dyskusja na temat rzeczywistych kosztów.

prof. Robert Pudło

Cieszymy się, że został uruchomiony program pilotażowy głównie dlatego, że pilotaż zakłada pewną ewaluację. Moje pytanie dotyczy tego kto będzie oceniał program. Żeby ocena była rzetelna to jedną z instytucji dokonujących oceny muszą być samorządy lokalne. Pytanie moje jest takie czy w ocenie pilotażu głos powiatów, gmin został strukturalnie uwzględniony. Osoby z zewnątrz, które widzą i znają

potrzeby są naturalnie predysponowane do takiej oceny. Są, co jest oczywiste pewne obawy przy wdrażaniu psychiatrii środowiskowej. Chciałbym na trzy z nich zwrócić uwagę, które są podnoszone z perspektywy wolnościowej i liberalnej.

Kwestia pierwsza to konkurencja czy monopolizacja, bo CZP ma być rozumiane jako organizujące współpracę ale słyszy się też takie głosy, że jest to monopolizacja usług na danym terenie.

Drugi wątek to kwestie wyboru przez pacjenta miejsca leczenia. Rozumiem, że teraz jest pilotaż który ma swoje prawa i ograniczenia natomiast zastanawiam się nad docelowym rozwiązaniem.

Jakie będą stworzone możliwości migracji pacjentów między centrami? Psychiatria, leczenie psychiatryczne nadal wiąże się ze stygmatyzacją. Jest szereg osób które chcą się leczyć poza swoim miejscem zamieszkania i dlatego pojawia się pytanie czy będzie to możliwe w pełnym zakresie, czy nie będzie tak jak w pilotażu degresywnej płatności za osoby spoza regionu bo to prowadzi do ograniczenia prawa do wyboru miejsca leczenia.

Trzecia kwestia, którą podnoszą osoby prowadzące głównie oddziały dzienne czy zniesienie konkurencji i płatność ryczałtowa czy nie spowoduje sytuacji gdzie pacjent, który w tej chwili jest zyskiem stanie się kosztem i czy to nie spowoduje obniżenia jakości świadczeń.

Red. Anna Morawska-Borowiec

Uważam, że zaangażowanie mediów w sprawę informowania o pilotażu jest bardzo ważne. Cieszę się że został powołany Rzecznik w biurze pilotażu, bo obecnie informowanie jest nienależyte. Mam nadzieję, że będą powstawać regularne informacje prasowe, które będą przesyłane do mediów nie tylko takich jak miesięcznik Psychiatria ale też do mediów ogólnopolskich.

Udostępnię Rzecznikowi pilotażu bazę danych do mediów do których należy wysyłać informacje które należy „bombardować” aby się przebić. Dowodem jest częsta obecność w mediach pana dr Murawca czy Kampanii „Twarze Depresji” którą organizuję. Media są otwarte żeby informować, są też bezpłatne i taka podpowiedź co ułatwia dotarcie do mediów to nie tylko adres e-mail, ale myślenie o tym czym

interesują się media. Media nie tylko interesują się sensacjami ale też człowiekiem jego losami. Za statystykami które pokazał dr Balicki stoi konkretny człowiek, pacjent którego warto poznać. Problemy psychiczne są stygmatyzujące ale doświadczenia z mojej kampanii wskazują, że można wyjść do ludzi pokazać twarz, pokazać problemy to przynosi skutek, który pozwala na zmianę mentalności. Tak jak kardiolog po super operacji wychodzą do mediów ze swoimi pacjentami byłoby dobrze żeby w ramach pilotażu być może anonimowo ale poznać sukcesy jak pomóc konkretnym ludziom którym odmieniono życie. Pokazać że obecnie pomoc dociera tam gdzie jej nie było. Takie pokazywanie dobrych rozwiązań może otworzyć drogę do dalszego finansowania programu.

prof. Paweł Bronowski

Mój głos jest spoza psychiatrii ale chciałem podnieść dwie kwestie. Pierwsza to różnego rodzaju obawy związane z wprowadzeniem tego modelu. Cieszę się, że Biuro Rzecznika reaguje bo przeanalizowałem wpisy internetowe, które się z tym wiążą. Dyskusja na facebooku należała do najbardziej żywych jakie tam widziałem. Od miesięcy nie widziałem tak intensywnych rozmów więc nie lekceważyłbym tego zjawiska. To nie tylko dotyczy tego, że Przewodniczący Związku Zawodowego Psychologów stracił kontrakt bo sprawa jest znacznie szersza.

Jest też profil pomoc dla pacjentów likwidowanych poradni zdrowia psychicznego. Jest tam kilkaset osób związanych z podmiotami, które straciły kontrakty. Tam się pojawiają głównie trzy wątki. Po pierwsze obawy, że wprowadzenie tego rozwiązania finansowego spowoduje utratę kontraktów przez małe poradnie, oddziały dzienne pracujące przez lata, które w ich odbiorze mogą zostać „wycięte”. To jest główny punkt zapalny. Druga sprawa to czy przypadkowo co wynika z nazwy centrum nie oznacza centralizacji na poziomie lokalnym. W latach minionych bez tego rozwiązania funkcjonowały zespoły leczenia środowiskowego oddziały dzienne, poradnie zdrowia psychicznego i to wszystko było a teraz zmienia się sposób organizacji, która w ocenie tych którzy się do nowego modelu „nie załapali”. To są poważne obawy.

Trzecim elementem, który pojawia się w dyskusji internetowej jest to, że centra powstają w oparciu o szpitale psychiatryczne, przynajmniej w większości. Dlatego powstaje pytanie w jaki sposób szpitale psychiatryczne mogą przeprowadzić deinstytucjonalizację. Centrum Zdrowia Psychicznego wydaje się, że powinno być eksterytorialne w stosunku do szpitala bo wtedy możemy zakładać że dekonstrukcja modelu azylowego będzie miała jakąś perspektywiczną wizję. Wielu ludzi pisze wręcz, że pomysł na centrum to ratowanie szpitali, które są w opałach więc może to być też tak rozumiane.

Trzeba więc informować i edukować, ale nie można też lekceważyć obaw ludzi którzy albo leczyli się w P.Z.P, które mogą zostać zamknięte oraz tego personelu który związał się z tymi miejscami a teraz może to ulec zmianie. Cieszę się że Biuro zareagowało na te wątpliwości.

Druga kwestia dotyczy tego żeby po wprowadzeniu nowego rozwiązania psychiatria współpracowała, dogadała się z działaniami społecznymi. Musi się to odbywać na zasadach partnerskich, chociaż to słowo jest wyświechtane i teraz słabo wychodzi. Ale byłbym za tym żeby zwracać uwagę na to, że warto unikać psychiatryzacji życia. tzn. od tąd do tąd mamy leczenie a później mamy działania społeczne realizowane przez organizacje pozarządowe, przez pomoc społeczną przez tysiąc innych niemedycznych placówek. Współpraca nie może wyglądać tak, że tu mamy leczenie a tu sieci społeczne organizujące życie.

Min. Balicki

Cieszę się z tej dyskusji, jej otwartości i różnych komentarzy. Trzy pytania Pana docenta Pudło konkurencja, monopol czy współpraca? Musimy widzieć wiele czynników, między innymi to o czym mówił Pan prof. Bronowski, czyli organizację społeczeństwa obywatelskiego, władze lokalne nie da się stworzyć modelu środowiskowego bez tego segmentu. Musimy opiekę psychiatryczną organizować na poziomie lokalnym, tak żebyśmy sami nie popadali w sprzeczność.

Jeśli mówimy o włączeniu władz lokalnych to musi być relewantność tzn. że dzisiaj władze lokalne są odsunięte bo mamy rynek wewnętrzny mamy wybór, mamy

konkurencję itd. Trzeba spojrzeć systemowo na poziomie meta.

Ja praktykowałem współpracę z pomocą społeczną o której mówiła Pani Dyrektor Imiołczyk to trwało kilka lat zanim to się zrealizowało po obu stronach to trzeba się spotykać, współpracować w Szpitalu Wolskim myśmy to robili, ale to wbrew, bo system opieki nie jest zorganizowany terytorialnie w Polsce. terytorialnie to nie znaczy, że opresyjnie czy przymusowo. My otwieramy drogę do włączenia się władz lokalnych my decentralizujemy, ale to nie oznacza, że zarządzi się że na dole mają współpracować to jest tylko otwarcie możliwości. Jak te możliwości będą lokalnie wykorzystane. Tak jak to nasze społeczeństwo lokalne wyartykułuje.

Na początku gdybyśmy chcieli zaczynać od regulacji prawnych, współpracy to pilotażu byśmy nie uruchomili nigdy. Nie da się stworzyć prawa o ruchu lotniczym zanim będą samoloty.

Mamy moim zdaniem daleko idącą decentralizację przekazywania na poziom lokalny czyli sposobu wydatkowania środków na pomoc osobom po kryzysach psychicznych. Docelowo to powinno być poddane kontroli czy społeczności lokalnej. Jak byśmy od tego zaczęli to nie byłibyśmy w stanie zrobić pierwszego kroku. Odchodzimy oczywiście od konkurencji na rzecz współpracy. To jest wybór zasadniczy na tym polega zmiana.

Nie oznacza to, że ci którzy działają na tym obszarze mają być wyrzuceni z systemu wręcz odwrotnie, tylko mają współpracować a nie konkurować.

Jak mówimy o prawie pacjenta do wyboru. Jesteśmy w Biurze RPO to jak mówimy o prawach drugiej generacji to po jednej stronie są prawa po drugiej stronie obowiązki. To proszę powiedzieć jaki zapisany jest obowiązek w dotychczasowym systemie dla osób w kryzysie psychicznym. To obowiązek wpisania do kolejki, albo najbardziej niekorzystnej formy-izby przyjęć szpitala i ewentualnie hospitalizacji. Starając się realizować prawa przypisujemy obowiązek który jest terytorialny czy jest możliwe twarde zamknięcie, że jak jest ktoś u jednego lekarza rodzinnego to nie może go zmienić- nie i nie jest to potrzebne. Możliwość wejścia i wyjścia musi być. Nie ma powrotu do rejonizacji z czasów komuny albo potrzeby załatwienia czegoś po znajomości. Stawka degresywna natomiast nie jest naszym pomysłem bo jak nie będzie stawki degresywnej to może być mechanizm podkradania. Każde rozwiązanie

ma swoje zagrożenia. Nie ma rozwiązań idealnych dla tych którzy umieją sobie radzić obecne rozwiązanie może być korzystniejsze. Płatność ryczałtowa zysk czy koszt. Pacjent zawsze jest kosztem. Dzisiaj również to co obserwujemy w opiece zdrowotnej to kierujemy się zyskiem ale eliminujemy koszty. Ten mechanizm jest zawsze. Czy tutaj przyniesie większe zagrożenia niż korzyści? Czy to oznacza że jak CZP podpisze umowę na ryczałt przestanie przyjmować pacjentów w ogóle? To zobaczymy. Oczywiście robimy pilotaż. Wszystkie EWIDENS jakie mamy pokazują, że takiego zjawiska nie ma .

Jak wprowadzamy terytorialną odpowiedzialność to zmuszamy lokalne władze do zainteresowania się nowymi rozwiązaniami. Zobaczymy. Sam jestem ciekaw. Moja intuicja poparta tym co się działo w innych europejskich krajach podpowiada, że takiego zagrożenia nie ma. Natomiast czy istnieje zagrożenie gdyby nie było stawki lekko degresywnej w przypadku migracji co zostało wypraktykowane w Hiszpanii to mamy ewidens, że pojawiają się zjawiska niekorzystne.

Jest to wybór innego modelu. Ja rozumiem stanowiska osób, które są związane silnie z rynkiem wewnętrznym, są silnie związane z konkurencją z prawem wyboru i uważają że wolność jest ważniejsza niż realizacja naszych praw. Ale ten system jest niekorzystny dla osób które mają za sobą doświadczenia głębokiego kryzysu i chcemy to wyróżnić i jest jasne że to jest zmiana modelu.

Model odpowiedzialności terytorialnej daje większe możliwości niż model obecny. Sami pracujemy w psychiatrii i mamy wiele przykładów patologii, profilowania pacjentów jak to się dzieje np. w stomatologii, gdzie jedna praktyka stomatologiczna tylko sprawozdania do NFZ wysyłała nie widząc pacjentów mając dostęp do bazy PESEL.

Dzisiaj jest taka ukryta zachęta żeby punktów robić więcej W tym systemie tej zachęty nie ma a za to jest większa osobista odpowiedzialność. Jak komuś dajemy odpowiedzialność dajemy decyzje to jest szansa na to, że on będzie zachowywał się odpowiedzialnie a nie tak jak dzisiaj gdzie tylko walczymy o punkty czy o osobodni. Informacja i edukacja to nie są zadania które mogą udźwignąć trzy osoby. Ja byłem u mojego Burmistrza, który oddał lokalne pisma do dyspozycji. Głównym nośnikiem informacji są dziś organizacje pozarządowe. Na poziomie centralnym informacje

i edukacje musimy robić wszyscy.

dr Katarzyna Walewska

Pojawia się echo czegoś co było w dawnym ustroju bo jak się słyszy centrum – to kojarzy się to z jedyną i słuszną centralizacją i tego się wszyscy boją. Dlatego tak ważne są wyjaśnienia czym jest centrum. Ja bym się nie bała a wręcz zachęcała do pozytywnej rywalizacji co nie oznacza oczywiście że jeden niszczy drugiego tylko podnosi jakość usługi i skuteczność psychiatrii. Pacjent będzie wiedział gdzie lepiej pomagają, gdzie są lepsi specjaliści. Podstawowym narzędziem jest praca człowieka z człowiekiem i nowoczesne leki. Pacjent powinien się leczyć tam gdzie robi się to najskuteczniej.

dr. M. Balicki

Rywalizacja pomiędzy centrami, która gmina jest lepsza. Rywalizacje powinny odbywać się nie pomiędzy podmiotami gospodarczymi, które mają kontrakt i liczą przychody ograniczając koszty, tylko tak jak przy reformie samorządowej to gminy konkurowały ze sobą co wyzwoliło dużą aktywność, jak sąsiedzi zrobili wodociąg to my dwa.

Red. Anna Morawska-Borowiec

W mojej ocenie na to żeby być w mediach nie muszą być pieniądze. To jest błędne myślenie. Nie trzeba też organizować konferencji z ciasteczkami żeby mieć media za sobą trzeba często poświęcić 20 minut żeby napisać porządną i krótką informację prasową a nie referat czy wykład. Tą informację później należy wysłać do znajdujących się w bazie dziennikarzy.

Starosta Jacek Juszkiewicz

Uważam, że całe szczęście, że mamy pilotaż. Wiem jak ciężko w sprawie zdrowia psychicznego było nam funkcjonować. Gdyby nie determinacja organizacji pozarządowych z którymi współpracujemy na terenie powiatu nie byłaby ta pomoc dla osób chorych taka prosta.

Mógłbym się pochwalić, że mamy pewne sukcesy ale nie o to chodzi. Sam jeżdżę i spotykam się z kolegami samorządowcami, którzy totalnie nie chcą tego programu i mówią wprost, że mają szpital, który ma się tym zajmować a oni nie będą czasu tracić na jakąś deinstytucjonalizację, tworzenie centrum, spotykamy się też na licznych naszych konwentach, rozmawiamy na ten temat i cieszę się że od pewnego czasu, tym momentem był Kongres Zdrowia Psychicznego coś się pozytywnie zmienia. To również determinacja takich osób jak prof. Jacek Wciórka powoduje korzystne zmiany i zrozumienie potrzeby nowych rozwiązań dla zmian. To wy przekonujecie że nikt nikomu szpitala nie odbierze „ nikt nie chce likwidować obecnie funkcjonujących placówek. Zmiany w Trieście trwały pokolenia więc dajmy sobie czas. Jeżeli te zmiany nie przyniosą dobrego rezultatu to zapewne skończy się na pilotażu. W naszym lokalnym środowisku nowe rozwiązania w ochronie zdrowia psychicznego działają doskonale. Kompatybilność organizacji pozarządowych z samorządami , gminami, burmistrzami wójtami jest duża. Uważam że jesteśmy bardzo dobrze przygotowani do realizacji centrum zdrowia psychicznego dla dorosłych. We wrześniu chcemy podpisać program dla dzieci i młodzieży. Obok nas jest jeden z najlepszych szpitali im. Babińskiego więc nam też zadawano pytanie po co nam centrum jak mamy wyspecjalizowaną instytucję do tego celu- szpital. Musieliśmy tłumaczyć radnym dlaczego potrzebne jest poszukiwanie nowych rozwiązań dla osób potrzebujących wsparcia. My nie mamy w powiecie wielickim szpitala, dlatego mamy podpisane porozumienie ze szpitalem Uniwersyteckim.

Należy dać szansę i możliwości reformie jeżeli są środki unijne to je skonsumujmy, i poprawmy warunki. To robimy dla mnie dla innych bo może się okazać że sami będziemy potrzebowali pomocy i nie może być to wyłącznie pobyt w szpitalu. Dobrym przykładem pomocy są asystenci zdrowienia, ich praca może

przynieść nieprawdopodobne efekty. Sam żałuję że nie ukończyłem studiów medycznych na kierunku psychiatrycznym, bo jest to fenomen jak można oddziaływać i pomagać chorym. Gdybym nie był świadkiem jakie pozytywne efekty przynosi przebywanie osób chorych w naszych organizacjach pozarządowych to trudno by mi było w to uwierzyć jak osoby chore mogą powrócić do swoich zajęć wykonywanych przed kryzysem psychicznym.

25-27 września w Wieliczce odbędzie się Konferencja Międzynarodowa dotycząca reformy polskiego systemu zdrowia psychicznego na którą serdecznie zapraszam. Tytuł Konferencji „Zdrowie rodzi się w głowie”.

Pan Piotr Harhaj

Obaw związanych z reformą systemu opieki psychiatrycznej jest bardzo dużo a teraz nadszedł czas przejścia od słów do czynów. Spotykaliśmy się na konferencjach, seminariach a nic się nie ruszało. Ja bardzo gratuluję że Panowie podjęliście temat i udało się zorganizować pilotaż i nowe zasady finansowania. Dobrze że to pilotaż bo zakłada on możliwość popełniania błędów. Nikt nie jest omnibusem. Zgadza się że pilotaż przybliży usługi dla osób doświadczających kryzysu z działaniami samorządu terytorialnego. Teraz samorząd nie czuje się odpowiedzialny, liczy zbiera statystyki. Teraz samorząd będzie musiał patrzeć które usługi poprawiać. Ważnym będzie też zharmonizowanie usług. Życzyłbym sobie tego w pomocy społecznej. Pilotaż wprowadza harmonizację w usługach medycznych wymuszając jednocześnie współpracę. Wiele lat żyliśmy w systemie konkurencji, walki o dotacje, do źródeł finansowania dlatego współpraca nie będzie łatwa.

Cieszę się, że został dostrzeżony potencjał w postaci asystentów zdrowienia również w osobach które same mają doświadczenie kryzysu. To jest z jednej strony symboliczne a z drugiej bardzo praktyczne wsparcie usług proponowanych przez centrum.

Informacja to jest praca do wykonania i z perspektywy doświadczonego dziennikarza to może tak wygląda że się pisze w dziesięć minut i klika. Powiat kościerski w którym rusza pilotaż powinien poinformować swoich mieszkańców jak

organizuje usługi. Zapraszam na dni solidarności dla osób chorych psychicznie a Panom gratuluję bo było wiele obaw a tutaj coś się zadziało jest krok do przodu jest progres jest zmiana.

dr Ewa Giza

Z perspektywy doświadczeń 18 lat chcę zwrócić uwagę, że jak powstaną skoncentrowane miejsca usług dla pacjenta pozwoli to na indywidualną ocenę potrzeb osób. Przestaną one być anonimowe jest w procesie który pozwoli na wcześniejszy powrót do ról do pracy do funkcjonowania.

W powiecie kołobrzeskim za sprawą funkcjonowania Stowarzyszenia Feniks które od 18 lat ściśle współpracuje z samorządami wszystkich szczebli jesteśmy w stanie już wykazać się pewną ewaluacją. Jak nawrotność hospitalizacji, zmniejszenie stosowania przymusu, skrócenie hospitalizacji osób które są w systemie psychiatrii środowiskowej ok 35% osób podejmuje zatrudnienie, jak zmieniła się jakość ich życia rodzinnego. Teraz zmiana będzie o tyle korzystna, że będzie systemowe rozwiązanie finansowania z jednego źródła. To że nie anonimowa osoba może się zgłosić i otrzyma adekwatną do swoich potrzeb pomoc. Współpraca z organizacjami pozarządowymi, samorządem i gminnymi ośrodkami pomocy społecznej i szkołami jest naturalna wiele rzeczy dzieje się we wspólnocie.

Ostatnio byłam na spotkaniu na którym przedstawiono Prezydencki, który ma wejść we wrześniu projekt centrum usług społecznych, który wchodzi na rynek lokalny i który będzie zapewniał współpracę z centrami zdrowia psychicznego. Będzie to kolejny podmiot do koordynacji i współpracy.

prof. Janusz Heitzman

Ja w tych wzajemnych gratulacjach chciałbym zwrócić uwagę na pacjenta, dla którego to wszystko się dzieje. Pan dr Balicki zaznaczył rok 2015 kiedy był projekt likwidacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego miał on zniknąć , mieliśmy być włączeni do Narodowego Programu Zdrowia i gdyby nie pacjenci

Pierwszego Kongresu Zdrowia Psychicznego nie cieszylibyśmy się dzisiaj z tego co jest. Jest kilka rzeczy niezwykle istotnych które trzeba wypunktować:

Z jednej strony jest to kwestia uwrażliwienia społeczeństwa na rzecz ochrony zdrowia psychicznego i to się dokonuje i jest to zmiana mentalności która jest niepowtarzalna. Ta zmiana mentalności już się dzieje i nie jest to kwestią kolejnych konferencji prasowych. Taka konferencja odbyła się w ubiegłym tygodniu w centrum prasowym i dotyczyła pilotażu a jej konsekwencją były informacje w każdym dzienniku i dziesiątkach gazet. W internecie pojawia się tysiące informacji o pilotażu. Czyli nie jest tak, że w ogóle tych informacji nie ma. Jest jednak kwestią zasadniczą jak te informacje są wykorzystywane.

Tak naprawdę ważne jest też to o czym mówił prof. Pudło, że to samorząd będzie rozliczany jak będzie realizowany pilotaż. Czy na terenie powiatu wielickiego spadnie liczba samobójstw, liczba hospitalizacji psychiatrycznych czy ludzie będą zadowoleni że mają centrum koordynacyjne do którego trafią a nie będą jeździli od poradni do poradni poprzez SOR-y a nie będą musieli jechać do szpitala. To będzie prawdziwy sprawdzian. To wszystko zmierza w tym kierunku abyśmy dostrzegali problem psychiatrii i konieczności zmian mentalności psychiatrii z powodu zagrożenia epidemiologicznego niedyspozycją psychiczną w czasach, które nas czekają my się pogarszamy jako społeczeństwo jeżeli chodzi o odporność psychiatryczno-psychologiczną, odporność na stres uzależnienia, nowe rodzaje uzależnień. Ilość osób które zmarły z powodu dopalaczy w ciągu ostatnich kilku miesięcy jest przerażająca. To są problemy które dotyczą rodzin i w pewnym momencie zaczynamy zwracać coraz wyższą uwagę na to, że problematyka zdrowia psychicznego jest niezwykle ważna. Należy równolegle traktować zdrowie somatyczne i zdrowie psychiczne. A nie zdrowie psychiczne po onkologii, kardiologii itd.

Zdrowie somatyczne pogarsza się często wtedy jak sobie nie radzimy z głową. Wszystko to zmierzać powinno do jednej bardzo ważnej kwestii do projektu zwiększenia nakładów ogólnie na zdrowie w ciągu najbliższych 6-7 lat do ponad 6% PKB. To jest problem, który musimy przez pilotaż wykorzystać również po to żeby nakłady na psychiatrię doszły do poziomu europejskiego czyli 5,5 do 6,00% z poziomu 3,5%, który mamy dzisiaj i wtedy dopiero będziemy widzieli możliwość

bezpieczeństwa psychologicznego i co za tym idzie będziemy bardziej zadowoleni. Jeżeli teraz mamy program „wspólnie dla zdrowia” w którym pracujemy razem z Ministrem Balickim. W tym programie mamy wypracować zasady jak podzielić te środki.

Tutaj potrzebne jest wsparcie społeczne żeby większość tych środków poszła na najbardziej zaniedbane i potrzebujące obszary zdrowia. Pilotaż zapewne otworzy nam perspektywy jeżeli zakończy się sukcesem, jeżeli dostrzeżemy poprawę to musi mieć to przełożenie na finansowanie. Dzisiaj niektórzy pilotaż postrzegają tak, że nie trzeba niczego zmieniać może tylko trzeba dodać trochę pieniędzy tak żeby psychiatrzy, psychologowie, terapeuci lepiej zarabiali. Słusznie wszyscy oni obecnie za mało zarabiają ale przede wszystkim chodzi tu o pacjenta, któremu ma się poprawić. Jeżeli wizje zwiększania budżetu na psychiatrię to w indywidualnym interesie pacjenta i jego rodziny, która nie może znaleźć swojego bezpieczeństwa bo nie ma blisko siebie poradni. Dlatego nie można mówić o konkurencji bo i pomoc społeczna i podstawowa opieka zdrowotna nie mogą być rozdzielone, ta głęboka integracja jednak jest przed nami i to się dzieje w praktyce. Czy jesteśmy w stanie w ramach pilotażu doprowadzić do tej integracji? Nie ma na razie opieki koordynowanej. Tu jest dużo zadań. My nie możemy się uspokoić że mamy pilotaż i to wszystko pójdzie. To dopiero jest początek bardzo ciężkiej drogi.

Pan Tomasz Goździkiewicz

Opracowywane normy pielęgniarek popędzą dezinstytucjonalizację bo w psychiatrii jeżeli będzie współczynnik 0,5 pielęgniarce na łóżko to w naszym szpitalu od razu będzie zamknięte 400 łóżek.

prof. Jacek Wciórka

Mnie jak uczestniczę w tego rodzaju rozmowach czasami przychodzi do głowy pytanie po co my to robimy, jak wszystko jest dobrze, skoro wszyscy mają małe poradnie, świetnie rozwiniętą pomoc społeczną. A jest tak, że w Warszawie na poradę

czeka się kilka miesięcy, a dużych instytucjach nawet do roku na pierwszą wizytę tzn. że coś tu szwankuje i że mamy co zmieniać i naprawiać.

Zawsze jest obawa o której mówił prof. Pudło, że ludzie boją się leczyć u siebie bo boją się stygmatyzacji. Ale co tworzy ta stygmatyzację? Tworzą nieludzkie warunki, które się im oferuje i tego się ludzie boją, bo nie chcą iść do miejsca z którego trudno wyjść w dobrej formie, gdzie się zapadają. A można przecież by tam w ogóle nie trafić gdyby pomoc była rzeczywiście blisko. Łatwo dostępna i dobrej jakości. Walczymy całe lata ze stygmatyzacją. Ona nie może utrwać się w naszych sercach i umysłach żeby swoim zasięgiem nie obejmowała kulturowo-edukacyjnym nowych pokoleń.

Zaczynamy w dwudziestu miejscach w Polsce coś proponować, startujemy w różnych warunkach. Nie wszystkie motywacje w ośrodkach są jasne i czyste. Są różne. Będziemy to pilotować. Oczywiście ważna jest rola samorządu.

Pamiętam pierwszą edycję programu gdzie błagaliśmy aby samorzady lokalne chciały wziąć na siebie program. Ale to była kropla w morzu. Na 400 powiatów w Polsce to zaledwie w kilku powstała iskra z której się coś rozwinęło, a w większości nie zrobiono nic.

W sprawozdaniu z realizacji I programu starosta napisał: „u nas nie ma problemu ochrony zdrowia psychicznego, bo wszyscy wymagający zostali umieszczeni w odpowiednich zakładach”. Dziękuję bardzo za tą dyskusję bo jest ona bardzo inspirująca i wiele mnie uczy, a przede wszystkim pokory żebyśmy nie myśleli, że znaleźliśmy się na księżycu a my ledwo co weszliśmy do pojazdu, który dopiero nas powiezie i aby w dobrym kierunku.

K. Olkowicz

PKT 2 Posiedzenia – Działania RPO w sprawie Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym. Z uwagi na wyjazd służbowy Pani dr Ewy Dawidziuk postaram się zapoznać Państwa z działaniami Rzecznika w tym zakresie. Przygotowany też został materiał pisemny. Są to wystąpienia Rzecznika do Przewodniczącego Senackiej Komisji Praw Człowieka, Praworządności i Petycji.

Przygotowane jest również wystąpienie do Ministra Zdrowia, które po zaakceptowaniu przez Rzecznika w najbliższym czasie będzie wysłane.

Od 4 lat funkcjonuje Krajowy Ośrodek Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym w Gostyninie i pracownicy Biura odbyli w nim 4 wizyty mające na celu ocenę stanu poszanowania praw pacjentów.

W jednej z nich brałem osobisty udział i w czasie spotkania ze skazanymi stwierdzili oni, że kiedy byli w zakładach karnych- a przecież każdy wcześniej odbywał karę w zakładzie karnym wiadomym tam było jakie są ich prawa i obowiązki. Wiadomym było na co mogą liczyć i co oczekiwać od administracji. Natomiast w KOZZD trudno jest jednoznacznie ustalić jakie są nasze prawa i obowiązki.

Dlatego od dłuższego czasu Rzecznik domaga się określenia koncepcji życia pacjentów krajowym ośrodkiem. Jest rzeczą bezsporną że wolności obywatelskie nie mają charakteru absolutnego i w demokratycznym państwie prawa mogą podlegać zwłaszcza w takiej instytucji ograniczeniom, ale po pierwsze muszą one mieć rangę ustawową a po drugie muszą być proporcjonalne do zagrożenia aby nie naruszać istoty wolności i praw.

KOZZD nie może być kolejnym więzieniem bo to nie jest jego funkcja. Tymczasem odnosimy wrażenie że pod wpływem różnych czasem jednostkowych wydarzeń tworzy się przepisy w sposób znacząco ograniczające prawa i wolności pacjentów.

W Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 2014 r w sprawie KOZZD ustala się, że w ośrodku znajdują się sale jednoosobowe.

Niespełna po 20 miesiącach z Rozporządzenia sale są już nie większe jak 2 osobowe a obecnie projekt rozporządzenia przewiduje sale łóżkowe bez określenia ilości łóżek. Obecnie w KOZZD w pokojach umieszcza się nawet po 8 pacjentów co ma naturalnie wpływ na prowadzenie terapii w ośrodku.

Od początku funkcjonowania KOZZD o czym mówił Pan Rzecznik Adam Bodnar żaden z pacjentów nie został wypisany z ośrodka. Do ośrodka przybyło natomiast 14 pacjentów, którzy wcześniej mieli orzeczony nadzór prewencyjny. Jest prawdą, że w stosunku do 5 pacjentów Dyrektor KOZZD zwrócił się do sądu z wnioskiem o wypisanie pacjenta. Sąd jednak nie wydał jak dotąd pozytywnego

rozstrzygnięcia. W ośrodku muszą narastać emocje, tworzy się bardzo napięta atmosfera. Tam gdzie nie potrafimy rozładować emocji tworzymy warunki do buntów. Kiedy więzień wie że jak zmarła mama czy tata to może on skorzystać z przepustki żaden z pacjentów Krajowego Ośrodka nie ma takiej możliwości.

Mamy zatem brak miejsca w KOZZD, został zlikwidowany ROPS w Gostyninie, chociaż tak naprawdę zostały tam tylko dwa miejsca po to żeby przeprowadzać obserwacje przed podjęciem decyzji o konieczności pobytu w KOZZD. Ma powstać 53 łóżkowy oddział do wykonywania terapii ale ja nie wiem o jaką terapię chodzi, bo jeżeli stacjonarną to jest to zupełnie nie rozumiałe.

Aktywność RPO dotyczy również art. 46 ustawy z 2013 roku w którym ustawodawca określił że jeden lekarz wydaje opinie co do przedłużenia pobytu pacjentów w ośrodku. Trybunał Konstytucyjny ten przepis uznał za niekonstytucyjny. Z uwagi na to że opinia ta powinna być sporządzona przez dwóch biegłych. Do chwili obecnej przepis ten nie został zmieniony chociaż trwają prace w parlamencie.

Jest jeszcze jeden budzący wątpliwości przepis art 46 par. 3 stanowi on o tym, że jeżeli sąd podejmuje rozstrzygnięcie o dalszym pobycie w ośrodku to sporządza jedynie notatkę do akt sprawy. Jeżeli powstaje jakieś rozstrzygnięcie sądu powinno zapaść, w formie postanowienia które powinno być zaskarżalne. Tymczasem nie można zaskarżyć notatki którą zgodnie z treścią art 46 ust 3 ustawy sporządza się do akt sprawy.

Tych spraw jest więcej. Przygotowaliśmy pismo do Pana Ministra Zdrowia podnosimy w nim również problem zlikwidowania sytuacji, gdy obserwacja psychiatryczna jest wykonywana przez Dyrektora ROPS, który jest jednocześnie Dyrektorem KOZZD. Zatem opinie o konieczności umieszczenia pacjenta w KOZZD wydaje osoba która zarządza ośrodkiem.

Jeżeli mają państwo jakieś propozycje do tej problematyki, to można by było uzupełnić treść przygotowanego wystąpienia o państwa uwagi.

prof. Janusz Heitzman

Ja jestem w bardzo trudnej sytuacji bo jestem pierwszą osobą która buntowała

się przeciwko tzw. „lex Trynkiewicz”. Byłem w tej sprawie autorem opinii dla Sejmu i wszystko co dzisiaj mamy było w tej opinii.

Argumenty które tam padały to po pierwsze umiejscowienie tego ośrodka w strukturze psychiatrii i generalnie w strukturze służby zdrowia. Trzeba więc zacząć od samego początku i doprowadzić do zmiany ustawowej która w ręce psychiatrów oddaje dbanie o porządek społeczny. Uważam że nie możemy tego dalej legitymizować. Problem dotyczy szczególnie osób sprawców czynów szczególnie niebezpiecznych, co do których istnieje jedynie prawdopodobieństwo że po zakończeniu prawomocnie zakończonej kary, a byli wcześniej uznani za zdrowych psychicznie mogą oni popełnić podobny czyn zabroniony, z punktu widzenia diagnozy nieprawidłowej osobowości.

My dostaliśmy zadanie – wyleczcie nieprawidłową osobowość sprawcy niepoprawnego i wtedy wyjdzie z ośrodka. To jest zadanie niewykonalne. W związku tym nie widzę takiej możliwości żeby z Krajowego Ośrodka te osoby mogły wyjść. Jest to po prostu kara dożywotniego więzienia, co więcej dostaje telefony od pacjentów z tego ośrodka na telefon służbowy gdzie szukają oni rady i pytają co my mamy robić. Trafiliśmy do ośrodka, mamy dwie opinie które są negatywne dla naszego wyjścia i człowiek który ma lat 67 lub 70 mówi, że ja tutaj jestem skazany na dożywocie, a przecież taki wyrok nie zapadł. Zakończyłem prawomocną karę i dalej jestem pozbawiony wolności. Ja nie chcę oceniać tego czy dalej będzie niebezpieczny być może będzie niebezpieczny tylko musimy się zastanowić czy w tych regulacjach dotyczących szpitala psychiatrycznego nawet takiego, który był początkowo przeznaczony dla leczenia niepoczytalnych sprawców przestępstw uznanych za niepoczytalnych jesteśmy skuteczni. Czy nie należy stworzyć innego modelu, który dawałby tym osobom większe gwarancje prawne, jak to ma miejsce w krajach skandynawskich, gdzie wyrok dla Brevika zapadł w wymiarze 18 lat ale jest możliwość jego podniesienia o 5 lat każdorazowo ale tam jest jeszcze tysiąc gwarancji dla jego praw.

Jest pytanie czy zadania które nałożono na psychiatrię przede wszystkim represyjnymi środkami związanymi z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego jest absurdalne bo to jest pomieszanie przepisów powstała jakaś hybryda z jednej strony

ustawy o policji a z drugiej strony ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Na szczęście z tych regulacji udało się wyeliminować psy służbowe, bo w pierwszym projekcie miały być jeszcze psy służbowe i możliwość używania paralizatorów co byłoby kuriozalne. Dopiero w Sejmie lub w Senacie myśmy to obśmiali i wycofano się z tego.

Dzisiaj jednak to wszystko ze szkodą dla pacjentów bo zniknął dobrze prowadzony ośrodek który miał za zadanie leczenie osób najczęściej chorych psychicznie czyli ROPS w Gostyninie, który był pierwszym wzorcowym dobrze funkcjonującym a w tej chwili zostali pracownicy ROPS-u, którzy zajmują się resocjalizacją do czego nie są w ogóle przygotowani. A resocjalizacja tak naprawdę nie jest działaniem medycznym tylko pedagogicznym pedagogiki specjalnej działaniem post penitencjarnym itd.

Dlatego ja się zastanawiam czy ta ustawa która powstała za rządów Ministra Sprawiedliwości Jarosława Gowina a której twórcą był Pan prof. Królikowski nie pokazała słabości tego systemu i jego złych założeń że można na służbę zdrowia nałożyć zadanie zajmowania się zapobieganiem przestępczości czy post-penalną izolację. Tutaj są błędy dlatego jeszcze jesienią planujemy Konferencję temu poświęconą razem z Rzecznikiem Praw Obywatelskich odbyć się w Instytucie Psychiatrii Sądowej. Być może ona doprowadzi do stworzenia jakiś punktów wyjścia dla polityków żeby nie wpychać w Ministerstwo Zdrowia tej problematyki i nie obciążać psychiatrów za bezpieczeństwo społeczeństwa.

prof. Pudło

Trudno jest psychiatrze zastanawiać się czy zakres gwarancji przestrzegania praw pacjentów w Krajowym Ośrodku Zap. Zach. Dysocj. jest właściwy bo większość psychiatrów myślę, że uważa że takiego ośrodka w ogóle nie powinno być bo nie jest to rola psychiatrii. Mnie w ogóle osoby tam przebywające trudno nazwać pacjentami a to czy osoba tam przebywająca powinna mieć przepustkę do domu czy nie to szczerze mówiąc nie chciałbym mieć z tym nic wspólnego.

Jak to powiedział prof. J. Heitzman tu jest pewien grzech inicjalny pierworodny

dlatego nie chciałbym swoim podpisem czy nazwiskiem w piśmie które ma poprawiać funkcjonowanie tego ośrodka legitymizować jego istnienie. W mojej ocenie tego ośrodka nie powinno być. To jest pytanie z zakresu filozofii prawa czy w ogóle powinna istnieć izolacja post-penalna. Ja nie czuję się w tym zakresie kompetentny żeby na ten temat się wypowiadać. Z całą pewnością to nie ma nic wspólnego z psychiatrią.

dr Katarzyna Walewska

Trzeba sobie zdawać sprawę bo to jest oczywiste że ta sytuacja jest na przecięciu psychiatrii i penitencjarystyki. Wobec tego są wzory np: norweski, francuski z twierdzy pod Lionem, gdzie osadzeni są mordercy po wyrokach, osadzeni są pedofile i gdzie jest cały system rehabilitacji i resocjalizacji, psychoterapii a nawet psychoanalizy. Są wzory dlatego powinniśmy szkolić tam naszą kadre.

Nie ma w programach szkolenia zawodowego takich specjalności. Jak ja bym miała pracować w takim ośrodku to też bym się bała wypuścić kogoś na przepustkę. To jest lęk personelu, lęk który trudno zanegować.

Jeżeli jest więc takie miejsce w Polsce dla takich osób to musi tam być przeszkolony personel.

prof. J. Heitzman

Jeżeli miałbym polemizować to nie uważam że jest to przecięcie się psychiatrii i penitencjarystyki na zasadzie że każdy człowiek ma mózg i każdy sprawca myśli mózgiem żeby zostać tym sprawcą. Mnie się wydaje że nie możemy iść w obszar reformowania. Zgadza się z Panią że są wzorce np: znakomity wzorzec holenderski TBS-ów ale są zakłady karne które zatrudniają więcej psychologów, psychiatrów ale jest to w strukturze więziennictwa w resorcie sprawiedliwości. Tam psychiatria zarabia trzy razy tyle co w lecznictwie dlatego psychiatrzy chcą tam pracować. U nas wrzucono coś do niedoinwestowanej służby zdrowia nie mającej do tego rzeczywiście wyszkolonej kadry i miotający biedny Dyrektor tego ośrodka ma samych przestępców

uznanych za poczytalnych i może w stosunku do nich stosować takie psychiatryczne środki wychowawcze nie wiadomo dlaczego bo psychiatria nie jest od wychowywania tylko do leczenia. Jakie środki. Przecież takich nie ma . To co się w tej chwili dzieje to efekt błędnego założenia , tego założenia systemowego.

prof. Jacek Wciórka

Myśmy to od początku podnosili tłumaczyliśmy posłom tłumaczyliśmy Panu Ministrowi że to co proponuje to nie jest dobra droga. Że to jest takie zatrute jabłko które wrzuca się do psychiatrii i mówi poradźcie sobie. Jedno co nam się wtedy udało pozyskać to zmiana nazwy bo miał wtedy powstać zakład psychiatryczny. Myśmy przewidywali co się będzie działo. Uważam że należy ten problem generalnie wyjąć z psychiatrii i stworzyć zupełnie inną formę.

Wtedy nam tłumaczono, że to Trybunał europejski orzekał w tych sprawach i że najwygodniej i najszybciej wsadzić ten problem do psychiatrii bo wtedy nikt się nie będzie czepiał bo będzie się leczyć chorych.

Krzysztof Olkowicz

W najnowszym obwieszczeniu Ministra Zdrowia z 13 marca 2018 r. w załączniku nr 2 jest wykaz podmiotów leczniczych przeznaczonych do wykonywania terapii wobec sprawców określonych w art 93 kk . Może ktoś wie o co chodzi w tym wykazie i o jaką stacjonarną terapię chodzi?

prof J. Heitzman

Ta terapia nawiązuje do art 93 kk i może być ona wykonywana w warunkach wolnościowych. Na liście do terapii sprawców przestępstw są umieszczone również poradnie wolnościowe, które mogą taką terapię prowadzić.

K. Olkowicz

ale w tytule wyraźnie dotyczy to działalności stacjonarnej.

prof. J. Heitzman

To ja tego też nie rozumiem, co oznacza terapia stacjonarna tzn. że macie zrobić ze szpitala więzienie i równocześnie w nim leczyć? Taką terapię mogą prowadzić poradnie wolnościowe

Pkt. III Regulaminy organizacyjno-porządkowe

Obecnie obowiązujące Rozporządzenie Ministra Zdrowia wydane w oparciu o art. 204 kkw w zaledwie sześciu paragrafach reguluje prawa i obowiązki pacjentów. Przepisy te w żaden sposób nie odnoszą się do wielu problemów jakie należy podejmować aby w sposób bezpieczny kierować oddziałami psychiatrii sądowej. Dyrektorzy dostrzegając bezwzględną konieczność stosownych regulacji przyjmują bardzo różne rozwiązania praw i wolności pacjentów w regulaminach wewnętrznych. A przecież to nie oni a ustawodawca powinien określić prawa i obowiązki pacjentów czy zakres oraz sposób niezbędnych i uzasadnionych ograniczeń. Czy to zrobi ustawodawca w kkw czy w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego jest to mniej istotne, ale muszą to być regulacje ustawowe. Tak jak więziennictwo uporało się z tym problemem i w 2003 r. z rozporządzeń dotyczących wykonywania aresztu oraz kary pozbawienia wolności przeniesiono przepisy ograniczające prawa i wolności osadzonych do Kodeksu karnego wykonawczego tak teraz należy zrobić to dla oddziałów psychiatrii sądowej.

Zbieram będąc w oddziałach psychiatrycznych regulaminy organizacyjno-porządkowe. Mam do nich wiele uwag ale nie będę wdawał się w krytykę zawartych tam regulacji.

Dyrektorzy szpitali powinni otrzymać uregulowane ustawowo takie kwestie jak monitoring wizyjny, korzystanie z internetu i telefonów, korzystania z odzieży,

kontroli osobistych , kontroli rzeczy osobistych, gromadzenia i korzystania ze środków płatniczych , gromadzenia artykułów spożywczych, sprawdzania zawartości kopert z korespondencją, badania trzeźwości i badania na obecność środków psychoaktywnych, otrzymywania i wysyłania paczek czy dostępności do internetu.

Będziemy dopominali się aby o tych problemach najpierw poważnie porozmawiać a później doprowadzić do ich ustawowej regulacji.

Na zakończenie chciałem serdecznie podziękować Państwu za dzisiejszą dyskusję. Rozejdziemy się pewnie w optymistycznych nastrojach bo to co jest ważne ruszył pilotaż.

W sprawie KOZZD będziemy dalej monitorowali działania ośrodka. Jakiś zasadniczych, rewolucyjnych zmian pewnie nie uda się zrobić od razu, ale Państwa uwagi dzisiaj były bardzo cenne. W ostatniej sprawie będziemy się domagali żeby prawa i obowiązki zostały ustawowo uregulowane.