

Zmiany w psychiatrii:

Nowelizacja Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego
oraz Program pilotażowy Centrów Zdrowia Psychicznego

Maciej Matuszczyk

Nowelizacja ustawy o ochronie zdrowia psychicznego

Kalendarz

- uchwalono 24 listopada 2017
 - opublikowana 27 grudnia 2017
 - weszła w życie 1 stycznia 2018 - czyli vacatio legis wynosiło 5 dni.
-
- wolność osobista vs. prawo do leczenia
 - nadmierny formalizm i chaos

Opracowano na podstawie publikacji (w druku):

Dr hab. med. Robert Pudło

Psychiatria po Dyplomie Medical Tribune, Kwiecień 2018

Plusy

- Minister właściwy do spraw zdrowia:
 - zobowiązany do działań określonych w NPOZP.
 - koordynator programu
 - osoba zobowiązana do sporządzenia co dwa lata sprawozdania o wykonanych i zaplanowanych działaniach.
- art. 2. ust. 5 pkt 2: wprowadzono pojęcie centrów zdrowia psychicznego,
- art. 6 marszałek województwa powołuje lekarzy (liczba mnoga) oceniających stosowanie przymusu bezpośredniego i wnioskujących o przymusowe doprowadzenie osób utrudniających hospitalizację w trybie art. 29 - wcześniej było to zadaniem konsultanta wojewódzkiego
- art. 10 - nieodpłatne świadczenia psychiatryczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi (wcześniej: osoby chore psychicznie i upośledzone umysłowo)
- art. 48 obliguje sąd do ustanowienia adwokata lub radcy prawnego dla każdej osoby przyjmowanej do szpitala psychiatrycznego lub DPS oraz przebywającej w tych instytucjach bez swojej zgody

Minusy

- art. 3 pkt 7 definicja lekarza psychiatry to wyłącznie specjalista, wyklucza lekarzy z pierwszym stopniem specjalizacji (wg NIL 705, z czego 582 czynnych zawodowo, PDiM 42 (41)).
- art 3 pkt 6 lit. c: wymienia pasy, uchwyty, prześcieradła lub kaftan bezpieczeństwa). Wyklucza stosowanie „innych urządzeń technicznych” - problem w warunkach polowych - do czego przecież jest zobligowany w sytuacji nagłej każdy lekarz.

Przymus bezpośredni

- przytrzymania lub przymusowego podania leku wobec osoby, która poważnie zakłóca lub uniemożliwia funkcjonowanie podmiotu leczniczego innego niż psychiatryczny.
- uprawnienia dla pielęgniarki szpitala niepsychiatrycznego do tymczasowego stosowania przymusu bezpośredniego.
Przy tym pozbawiono pielęgniarki prawa do stosowania izolacji.
- uprzedzenie osoby o zamiarze zastosowania przymusu bezpośredniego
 - możliwość odstąpienia od uprzedzenia ale tylko w sytuacji, gdy osoba jest niezdolna do zrozumienia przekazywanej jej informacji.
 - brakuje możliwości odstąpienia od uprzedzenia w sytuacjach, w których może to narazić tę osobę lub inne osoby na istotne szkody zdrowotne albo nawet utratę życia
 - pozostał zapis: “...dopuszczają się zamachu przeciwko:
 - życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub
 - bezpieczeństwu powszechnemu”
- dodanie Służby Więziennej do listy instytucji zobowiązanych do pomocy przy stosowaniu przymusu bezpośredniego

Przymus bezpośredni

- Art. 18a w ust. 8-10 ogranicza prawo lekarza niebędącego psychiatrą, czyli – w rozumieniu ustawy – specjalistą, do stosowania przymusu bezpośredniego do czterech godzin.
- Kolejne dwa okresy unieruchomienia trwające do sześciu godzin lekarz niebędący specjalistą psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży może zlecić po uzyskaniu opinii specjalisty,
- Po 16 godzinach – unieruchomienie może przedłużyć tylko specjalista po uzyskaniu opinii innego specjalisty - dyskryminacja małych oddziałów psychiatrycznych.
- Nowelizacja całkowicie ignoruje sytuację lekarzy zmuszonych do stosowania przymusu bezpośredniego na oddziałach innych niż psychiatryczne, gdzie stały dostęp do psychiatrii jest po prostu niemożliwy
- obowiązek informowania ordynatora oddziału o przymusie trwającym dłużej niż 24 godziny
- art. 18b ust. 1 i 2 uprawniający pielęgniarkę domu pomocy społecznej (DPS) do stosowania unieruchomienia przez 8 godzin - 2x dłużej niż lekarza!

Domy pomocy społecznej

- nakaz hospitalizacji osób, wobec których przymus w formie unieruchomienia stosuje się dłużej niż osiem godzin - w sprzeczności art. 23 uoozp, pozwalającym hospitalizować bez zgody tylko osoby chore psychicznie.
- art. 36 ust. 1 wzmocniona pozycja osoby ubezwłasnowolnionej, która może żądać wypisania ze szpitala psychiatrycznego.
- ust. 2 stanowiący, że oprócz pacjenta i jego przedstawiciela ustawowego wypisania ze szpitala mogą żądać też: małżonek, rodzeństwo, krewni w linii prostej i osoba sprawująca faktyczną opiekę
- ust. 2 usunięto natomiast ograniczenie stanowiące, że żądania wypisu nie można stawiać przed upływem 30 dni od uprawomocnienia się postanowienia sądu o przyjęciu bez zgody.

Domy pomocy społecznej

- art. 38, czyli przyjęcia do DPS:
 - wzmocniono pozycję osób ubezwłasnowolnionych i wprowadzono obowiązek okresowego badania stanu psychicznego w kontekście wskazań do dalszego przebywania w DPS,
 - nie określono, na kim spoczywa ten obowiązek – na dyrekcji DPS czy na sądzie opiekuńczym.
- Art. 41.1 zgodnie z orzeczeniem TK uzupełniono, wzmacniając – pozycję osób ubezwłasnowolnionych, ale nie określono, jak często osoba przebywająca w DPS na mocy orzeczenia sądu opiekuńczego może się zwracać o zmianę tego orzeczenia.
- Art. 41.3 osoba przebywająca dobrowolnie (!) w DPS może wystąpić do sądu opiekuńczego o zniesienie obowiązku przebywania w tymże DPS.

Podsumowanie

Napięcie między prawem do zdrowia a prawem do autonomii jest immanentną częścią psychiatrii i nie da się go uniknąć,

Żadna decyzja w tym zakresie **nie jest idealna**, a ograniczenie prawa psychiatry do przełamywania woli chorego jest równoznaczne z ograniczeniem prawa pacjenta do uzyskania adekwatnej pomocy.

Kształt uoosp jednoznacznie przedkłada wolność jednostki nad prawo do leczenia, ze wszystkimi tego konsekwencjami:

- niepodjętych lub przerwanych przedwcześnie terapii przeciwpsychotycznych,
- udręczenia rodzin osób chorych
- pozbawienia wielu chorych szans na zdrowie i osobisty rozwój

Podsumowanie

- nieracjonalne i nierealizowalne wymogi stawiane dłuższemu unieruchomieniu i izolacji nie przynoszą żadnych korzyści chorym
- lekarzy zmuszają albo do wejścia w konflikt z prawem, albo do podejmowania ryzyka przerywania stosowania przymusu mimo trwania zagrożenia dla ludzkiego zdrowia i życia.
- zmusza lekarza podejmującego decyzje konieczne do zapewnienia elementarnego bezpieczeństwa pacjenta lub jego otoczenia do odwoływania się do zapisów art. 26 Kodeksu karnego, mówiącego o stanie wyższej konieczności, co zresztą nie chroni go przed ewentualnymi roszczeniami na drodze cywilnej
- niestaranna redakcja przepisów ustawy - wiele niejednoznaczności lub wręcz sprzeczności.

Centra Zdrowia Psychicznego - pilotaż

- 1 centrum na ok 100 tys mieszkańców
- wyłączny świadczeniodawca na danym terenie
- stawka kapitacyjna 60-65zł/os
- ok 42 placówek - 12% populacji kraju
- na Śląsku:
 - Bielsko-Biała
 - Cieszyn
 - Katowice (Centrum Psychiatrii)

- preferowanie placówek publicznych
- niskie finansowanie nadwykonań - skłócenie środowiska
 - 50% ambulatoryjna
 - 70% szpitalna

Centra Zdrowia Psychicznego - pilotaż

- nadmiernie scentralizowany:
 - brak możliwości wybrania ośrodka i lekarza
 - brak anonimowości - ryzyko stygmatyzacji
 - rozbitcie małych ośrodków, które na przestrzeni lat wypracowały - rozerwanie relacji terapeutycznych:
 - zły
 - oddziały dzienne terapie nerwic i ogólnopsychiatryczne
 - psychoterapia
 - seksuologia
 - leczenie zaburzenia odżywiania
 - całościowe zespoły rozwojowe (Aspergera)
- pacjent jest kosztem, a nie przychodem - ryzyko ograniczenia dostępu do usług
- renacjonalizacja usług - zniknięcie z rynku aktualnych placówek

Co nas czeka?

- 25 maja 2018 - RODO

Unijne Rozporządzenie o Ochronie Danych Osobowych

- nowe pojęcie: “dane szczególnie chronione”
- wyznaczenia inspektora ochrony danych osobowych
- informowanie prezesa UODO (zamiast GIODO) o fakcie naruszenia danych osobowych w ciągu 72 godzin po stwierdzeniu naruszenia.
- kary

- Elektroniczna dokumentacja:

- ZUS ZLA (“e-L4”) - 1 lipca 2018 (wyłącznie “e”)
- Internetowe (Indywidualne) Konto Pacjenta (rozbudowa ZIPu)
- e-Rp - 1 stycznia 2020

- Kasy fiskalne online - 1 lipca 2019

- Prawo pracy?

