

Tarnowskie Góry 26.7.2013 r.

Szanowna Pani

Krystyna Barbara Kozłowska

Rzecznik Praw Pacjenta

BIURO RZECZNIKA PRAW PACJENTA	
Wpłynęło:	01 SIE. 2013 data
Znak:	

Szanowna Pani Minister

Po powrocie z urlopu z dużą radością zastałem Pani pismo z 7 lipca 2013 roku. Jestem niezmiernie wdzięczny za zainteresowanie niezwykle istotną kwestią problemów psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Dla zachowania zwięzłości tekstu odpowiedź zorganizowałem w postaci listy.

- Dostępność opieki

W pewnym uproszczeniu, na lecznictwo psychiatryczne składa się: lecznictwo zamknięte (łóżka szpitalne), oddziały dzienne, lecznictwo ambulatoryjne i opieka środowiskowa.

Populacja województwa według NSP z 2011 r. wynosiła 4 630,4 tys. osób, a liczba łóżek szpitalnych w 2009 r. wynosiła ok. 3 000. Tak więc, nawet przy założeniu pewnych fluktuacji tych danych od 2009 i 2011 r. można bezpiecznie przyjąć, że **globalna liczba łóżek w regionie jest wystarczająca**. Trzeba jednak stwierdzić, że **ich dystrybucja jest całkowicie nieprawidłowa**, bowiem ok. 85% z nich zlokalizowano w dużych szpitalach psychiatrycznych, a jedynie ok. 15% łóżek posadowiono w oddziałach psychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych (uznanych za optymalne). **Wskaźnik liczby tak posadowionych łóżek jest czterokrotnie niższy od zakładanego w NPOZP**. Co więcej, **w najbliższej przyszłości dojdzie najpewniej do pogorszenia sytuacji** w tym zakresie. Powody tego stanu rzeczy zostaną wymienione w sekcji „problemy”.

Ze względu na rozproszenie i różnorodną strukturę własności oddziałów dziennych nie jest mi znana liczba miejsc na oddziałach dziennych. Dostępne dane są z pewnością niepełne. Przygotowałem odpowiednie pytania do Śląskiego Oddziału NFZ. Po otrzymaniu odpowiedzi powiadomię Panią Minister.

Liczba poradni zdrowia psychicznego w 2009 r. wynosiła 143 i ok. 100 poradni odwykowych (liczba ta nie uwzględnia gabinetów prywatnych, niefinansowanych przez NFZ). Tak więc globalna liczba poradni powinna być wystarczająca.

Jak zapisano w projekcie Śląskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego „Rozmieszczenie psychiatrycznych placówek ambulatoryjnych w regionie jest nierównomierne. Z 236 placówek psychiatrycznego leczenia ambulatoryjnego województwa, 75 jednostek działało w powiatach ziemskich, a 161 funkcjonowało w miastach na prawach powiatu. Najliczniejszą grupę stanowiły poradnie zdrowia psychicznego, z których aż 95 placówek funkcjonowało w miastach województwa, a 48 na terenach powiatów ziemskich regionu. Z grupy 9 placówek zajmujących się profilaktyką i rehabilitacją osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych żadna z nich nie funkcjonowała w powiecie ziemskim, wszystkie 9 poradni zlokalizowanych było w następujących miastach województwa: Częstochowie (3), Katowicach (2) oraz po jednej placówce w Bielsku-Białej, Chorzowie, Dąbrowie Górniczej i Gliwicach. Podobnie kształtowało się rozmieszczenie poradni psychologicznych. Na terenie powiatów ziemskich funkcjonowały tylko 2 tego typu placówki, pozostałych 20 działało w ośmiu powiatach grodzkich” (Śl. P.O.Z.P.)

Obciążenie poradni wzrosło po wprowadzeniu obecnie obowiązującej ustawy refundacyjnej. Wyjaśnienie tego zagadnienia znajdzie się w sekcji „problemy”.

Największe niedobory dotyczą opieki środowiskowej, uważanej za najbardziej nowoczesną formę opieki. Obecnie istnieją jedynie pojedyncze placówki zapewniające tego rodzaju usługi. Z przeprowadzonego w ubiegłym roku sondażu wynika, że część powiatów jest poważnie zainteresowana rozwojem psychiatrii środowiskowej, jednak barierą jest kompletne nieprzygotowanie NFZ do finansowania tych usług.

Szczegółowy przegląd zasobów psychiatrycznej opieki zdrowotnej na Śląsku został przedstawiony w projekcie Śląskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, który przesyłam w wersji elektronicznej.

- Kadra

Śląski Urząd Wojewódzki, przygotowując Śląski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, dokonał analizy stanu kadry, zestawiając go ze wskaźnikami docelowymi. Wynika z niego, że liczba pracowników fachowych we wszystkich zawodach medycznych, związanych z psychiatryczną opieką zdrowotną, jest niedostateczna.

Tabela: Obecne i zalecane docelowe wskaźniki zatrudnienia w wybranych zawodach istotnych dla psychiatrycznej opieki zdrowotnej w województwie śląskim (osoba)

Lp.	Wyszczególnienie	Stan w 2009 r.*	Stan oczekiwany
		osoba/100 tys. mieszkańców	
1.	Psychiatrizy	3,8	10,0

2.	Psychiatrzy dzieci i młodzieży	0,3	1,0
3.	Pielęgniarki	19,1	35,0
4.	Terapeuci zajęciowi wraz z terapeutami środowiskowymi	2,1	8,0
5.	Pracownicy socjalni	0,4	10,0
6.	Specjaliści i instruktorzy terapii uzależnień	3,5	5,0
7.	Psycholodzy	3,9	9,5

Ponadto zwróciłem się do Śląskiej Izby Lekarskiej o przedstawienie danych dotyczących liczby psychiatrów działających na terenie województwa śląskiego. Zgodnie z otrzymanymi informacjami 31.12.2012 r. w regionie działało 246 specjalistów psychiatrów i 49 lekarzy z pierwszym stopniem specjalizacji z psychiatrii. Dane te **obejmują wszystkich lekarzy zawodowo czynnych, łącznie z emerytami pracującymi na część etatu lub tylko we własnym gabinecie**. Liczba etatów przeliczeniowych jest więc niemożliwa do ustalenia, można jedynie wnioskować, że jest mniejsza od podanej.

- Najważniejsze problemy psychiatrycznej opieki zdrowotnej na Śląsku.

Cztery najważniejsze problemy śląskiej psychiatrii, czyli:

1 - bieda,

2 - niedostosowane do współczesnej psychiatrii przepisy prawne,

3 - nieprzyjazny obraz psychiatrii w mediach i niektórych urzędach

4 - przeciążenie lekarzy i pielęgniarek obowiązkami biurokratycznymi,

nie różnicują naszego regionu od reszty kraju. Specyfiką województwa śląskiego jest stosunkowo duża liczba oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych. Dlatego listę problemów szczegółowych chciałbym zacząć od tych instytucji. Warto zaznaczyć, że są one uważane za optymalne miejsce hospitalizacji osób z zaburzeniami psychicznymi, ze względu na łatwiejszy dostęp do leczenia somatycznego, łatwiejszy kontakt ze środowiskiem i mniej zaznaczone zjawisko stygmatyzacji chorych.

Oddziały te są od dawna w trudniejszej sytuacji finansowej niż duże szpitale psychiatryczne. Większa dostępność konsultacji specjalistycznych oznacza stosowanie większego asortymentu oddziaływań somatycznych i – co za tym idzie – wyższe koszty hospitalizacji, co nie jest uwzględnione przez NFZ. Oddziały te są więc praktycznie zawsze deficytowe. W ostatnim okresie trzy zjawiska ciążą dramatycznie na funkcjonowaniu tych oddziałów i mogą spowodować ich likwidację. Pierwszym z nich jest osławione **Zarządzenie Nr 65/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka**

psychiatryczna i leczenie uzależnień, a dokładnie §8.6. Cytowany punkt wymaga całodobowej obecności specjalistów (lub lekarzy z pierwszym stopniem specjalizacji) na oddziałach psychiatrycznych. Oczekiwanie to, łatwe do spełnienia w dużych szpitalach psychiatrycznych jest trudne lub niemożliwe do realizacji dla oddziałów zlokalizowanych w szpitalach wielospecjalistycznych. Mieszczące 20 – 60 łóżek oddziały zatrudniają adekwatną do tej pojemności liczbę lekarzy, z których nie wszyscy posiadają specjalizację. Do tej pory dyżury pełnią tam zarówno specjaliści, jak i lekarze w trakcie specjalizacji, którzy z powodzeniem wypełniali i wypełniają swoje obowiązki, czyli ustalanie wskazań do przyjęcia, leczenie doraźne i reagowanie w sytuacjach nagłych. Nawet jeśli Zarządzenie Prezesa NFZ miało na celu poprawę jakości opieki psychiatrycznej, jego rzeczywistą konsekwencją będzie likwidacja większości opisywanych oddziałów, a więc ewidentne pogorszenie dostępności do opieki stacjonarnej. Gdyby jedynym problemem był zwiększony koszt działania oddziałów, można by to zrekompensować przez zwiększenie finansowania, ale w części oddziałów specjalistów po prostu brakuje. Na Śląsku zagrożona likwidacją będzie większość z 13 oddziałów, a w okresach urlopowych lub zwiększonej chorobowości personelu, warunków zarządzenia nie spełni żaden, nie wyłączając oddziałów klinicznych. Należy przy tym pamiętać, że opisane w §8.6 wymaganie nie jest uzasadnione ani potrzebami merytorycznymi (co opisano wyżej), ani żadnym aktem prawnym. Co więcej, pozbawienie lekarzy specjalizujących się możliwości dyżurowania poważnie utrudnia ich rozwój zawodowy, chyba że zakłada się bezpłatne dyżury towarzyszące, zaś likwidacja oddziałów przy szpitalach wielospecjalistycznych jest sprzeczna z Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego. Problem ten został szczegółowo opisany w piśmie do konsultanta krajowego z 20.04.2013 r., którego kopię załączam.

Podobny – choć rozłożony w czasie – efekt może mieć Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 28.6.2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania, wymagające opinii drugiego lekarza psychiatry po 16 godzinach stosowania przymusu. Zakłada ono bowiem konieczność zapewnienia, obok normalnego dyżuru lekarskiego, **dotatkowego** dyżuru psychiatry, gotowego w każdej chwili na przyjazd do szpitala nawet wówczas, gdy lekarz zlecający i przedłużający zastosowanie przymusu sam jest psychiatrą. Mała liczba zatrudnionych w oddziałach psychiatrów praktycznie wyklucza taką możliwość. Ponadto koszt takiej operacji, przy dramatycznie niskim finansowaniu opieki psychiatrycznej, jest kolejną przesłanką do likwidacji tych oddziałów, co w istotny sposób pogorszy sytuację chorych psychicznie i będzie przeciwne założeniom N.P.O.Z.P.

Trzeci problem wnika z postawy niektórych stacji Pogotowia Ratunkowego, które interpretując jednostronnie ustawę o ratownictwie medycznym, dowożą chorych wymagających hospitalizacji psychiatrycznej do najbliższego oddziału, niezależnie od tego czy ma on możliwość przyjęcia pacjenta. Negatywne skutki przewożenia pacjentów do najbliższego szpitala dotyczą przede wszystkim oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych. Oddziały te, niewielkie i zlokalizowane w dużych miastach, są w stanie przyjąć tylko niewielką część przywożonych pacjentów. Doprowadza to, w aspekcie doraźnym, do wydłużenia drogi pacjenta do właściwego miejsca i opóźnienia udzielenia adekwatnej pomocy, ponadto oddziały te nie mają warunków do nadzorowania pacjentów oczekujących na transport, więc należy się liczyć z wysokim ryzykiem powikłań w okresie oczekiwania, włącznie z czynami agresywnymi i autoagresywnymi.

Co więcej, przywożenie nadmiernej liczby chorych do małych oddziałów doprowadzi w krótkim czasie do ich likwidacji z powodów ekonomicznych, ponieważ nie udźwigną one kosztów przewożenia pacjentów do właściwych szpitali. Wówczas Pogotowie będzie zmuszone do przewożenia chorych do jednego z trzech dużych szpitali psychiatrycznych (bo innych już nie będzie). W niektórych miejscach proces ten już się zaczął. Najbardziej drastyczny przykład dotyczy oddziału psychiatrycznego w Sosnowcu. Oddział liczy 31 łóżek, a w ostatnim okresie przywożono nań chorych z dwóch miast: liczącego 250 tys. mieszkańców Sosnowca i 100 tys. mieszkańców Jaworzna. Obecnie oddział został zamknięty z powodu remontu (mam nadzieję, że przejściowo), a chorzy z opisanego trzystupięćdziesięciotysięcznego regionu są przewożeni na oddział w Dąbrowie Górniczej, który nie ma nawet teoretycznej możliwości podołania temu obciążeniu, a koszty przewozów do innych miast dramatycznie obciążają szpital miejski. Wymienione trzy problemy stawiają dalsze istnienie oddziałów psychiatrycznych pod znakiem zapytania.

Drugą ważną instytucją psychiatrycznej opieki zdrowotnej są oddziały dzienne, które wypełniają ważne miejsce w terapii osób nie wymagających hospitalizacji całodobowej, ale nie utrzymujących się w terapii ambulatoryjnej. Z przyjemnością obserwuję duże zainteresowanie różnych podmiotów tworzeniem oddziałów dziennych. Ich utworzenie nie wymaga dużych nakładów, więc mogą one powstawać blisko miejsca zamieszkania chorych, na bazie niektórych szpitali lub nawet większych poradni. Niestety polityka finansowa NFZ skutecznie torpeduje te inicjatywy. Przy obecnym poziomie finansowania, oddział dzienny jest możliwy do zbilansowania przy stałym pobycie około 20 chorych, a propozycje kontraktowe NFZ dotyczą zwykle 10-12 chorych.

Poradnie zdrowia psychicznego borykają się z dwoma aktualnymi problemami. Pierwszym z nich jest bardzo sztywna postawa NFZ dotycząca czasu wizyty. Istniejące normy, określające czas trwania wizyty diagnostycznej, terapeutycznej i kontrolnej są dobrze dobrane, ale opisują średni czas trwania wizyty. Oczekiwanie, że każdy pacjent ma przebywać w poradni określoną przepisami liczbę minut jest niepoważne, ponieważ tak samo częsta jest potrzeba wydłużenia wizyty, jak i możliwość jej skrócenia. Brak elementarnej elastyczności jest dla NFZ dobrym pretekstem do obciążania poradni karami finansowymi, ale w konsekwencji prowadzi do pogorszenia dostępności świadczeń, ponieważ poradnie - ze słusznej obawy przed karami - będą limitować liczbę porad do wartości określonej przez NFZ. Drugim problemem jest kształt ustawy refundacyjnej i umów na wystawianie recept refundowanych, pozwalające kontrolerom NFZ na dosyć dowolne okładanie instytucji leczniczych karami za błędy w receptach. Wymuszony tymi zapisami poziom komplikacji recepty lekarskiej, niesprawiedliwe zasady refundacji i informacje o drakońskich karach wobec lekarzy budzą lęk przed wypisywaniem leków refundowanych. Co więcej, część lekarzy prywatnie praktykujących nie podpisała umów refundacyjnych, co spowodowało przejście pacjentów z gabinetów prywatnych do poradni objętych kontraktami, wydłużając kolejki do specjalistów.

W ostatnim okresie obserwuje się pewną przebudowę struktury rozpoznań na oddziałach psychiatrycznych. Wyraźnie wzrasta liczba chorych ze współistniejącymi chorobami somatycznymi, odnosi się też wrażenie, że więcej jest osób ciężko chorych. Jeżeli dojdzie do rozwoju oddziałów dziennych i opieki środowiskowej, należy oczekiwać, że osoby z mniejszymi zaburzeniami będą raczej leczone w tych instytucjach, a szpitalom pozostaną najciężej chorzy. W związku z tym obecny stan zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek wkrótce okaże się niewystarczający. Widać to już w tej chwili w

okresach zwiększonych zachorowań (wiosna – jesień) oraz w okresach urlopowych. Jednocześnie trzeba przypomnieć – co wynika ze światowych doświadczeń – że jedynym sposobem zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów psychiatrycznych jest zwiększenie liczby personelu.

Poza tymi szczegółowymi problemami nie do przecenienia jest dramatyczne ubóstwo psychiatrycznej opieki zdrowotnej, widoczne nawet na tle innych specjalności medycznych oraz niska wycena punktu na terenie działania Śląskiego Oddziału NFZ. Wywołuje to uzasadnione rozgoryczenie i poczucie krzywdy zarówno wśród pacjentów, jak i pracowników ochrony zdrowia. Dramatycznie niskim nakładom finansowym towarzyszy stale wzrastające obciążenie pracą biurową, która odciąga uwagę lekarzy i pielęgniarek od pacjentów. Szczegółowe obowiązki dokumentacyjne są łatwe do skontrolowania i stanowią przedmiot częstych zarzutów wobec lekarzy, zmuszonych wybierać między pacjentem a dokumentem.

Pracę utrudnia też kształtowany przez niektóre urzędy negatywny obraz psychiatry i instytucji psychiatrycznej i wyolbrzymianie najdrobniejszych potknięć, z pominięciem kontekstu sytuacji i skrajnie trudnych warunków pracy. Ufam, że zainteresowanie Pani Minister tą problematyką spowoduje korzystną zmianę zarówno w zakresie wizerunku psychiatrii, jak i kształtu rozwiązań prawnych i finansowania psychiatrii.

Pozostaję z szacunkiem:

KONSULTANT WOJEWÓDZKI
w dziedzinie psychiatrii
województwa śląskiego
dr hab. n. med. Robert Pudło

Załączniki

1. Śląski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego – projekt
2. Pismo do konsultanta krajowego z 20.4.2013 r.
3. Pismo do Zastępcy Dyrektora Wojewódzkiego Pogotowia Ratunkowego w Katowicach z 23.3.2013 r.

Otrzymują:

1. Adresat
2. Konsultant krajowy – prof. Marek Jarema

Tarnowskie Góry 20.04.2013 r.

Szanowny Pan
Prof. dr hab. n. med. Marek Jarema
Konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii

Szanowny Panie Profesorze

W związku z planowymi na najbliższe dni spotkaniami dotyczącymi palących problemów psychiatrii pragnę zwrócić uwagę na dramatyczne skutki wynikające z *Zarządzenia Nr 65/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień* i poprosić o podjęcie wszelkich działań zmierzających do wykreślenia z niego §8.6. Cytowany punkt wymaga całodobowej obecności specjalistów (lub lekarzy z pierwszym stopniem specjalizacji) na oddziałach psychiatrycznych. Oczekiwanie to, łatwe do spełnienia w dużych szpitalach psychiatrycznych jest trudne lub niemożliwe do realizacji dla oddziałów zlokalizowanych w szpitalach wielospecjalistycznych. Mieszczące 20 – 60 łóżek oddziały zatrudniają adekwatną do tej pojemności liczbę lekarzy, z których nie wszyscy posiadają specjalizację. Do tej pory dyżury pełnią tam zarówno specjaliści, jak i lekarze w trakcie specjalizacji, którzy z powodzeniem wypełniali i wypełniają swoje obowiązki, czyli ustalanie wskazań do przyjęcia, leczenie doraźne i reagowanie w sytuacjach nagłych.

Rozumiem, że Zarządzenie Prezesa NFZ ma na celu poprawę jakości opieki psychiatrycznej, niestety jego rzeczywistą konsekwencją będzie likwidacja większości opisywanych oddziałów, a więc ewidentne pogorszenie dostępności do opieki stacjonarnej. Gdyby jedynym problemem był zwiększony koszt działania oddziałów, można by to zrekompensować przez zwiększenie finansowania, ale w części oddziałów specjalistów po prostu brakuje. Na Śląsku zagrożona likwidacją będzie większość z 13 oddziałów, a w okresach urlopowych lub zwiększonej chorobowości personelu, warunków zarządzenia nie spełni żaden, nie wyłączając oddziałów klinicznych.

Należy przy tym pamiętać, że opisane w §8.6 wymaganie nie jest uzasadnione ani potrzebami merytorycznymi (co opisano wyżej), ani żadnym aktem prawnym. Co więcej, pozbawienie lekarzy specjalizujących się możliwości dyżurowania poważnie utrudnia ich rozwój zawodowy, chyba że zakłada się bezpłatne dyżury towarzyszące, zaś likwidacja oddziałów przy szpitalach wielospecjalistycznych jest sprzeczna z Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Dla zapewnienia właściwego poziomu merytorycznego proponuję przyjęcie zasady, że lekarz może pełnić samodzielny dyżur nie wcześniej niż po zakończeniu pierwszego roku specjalizacji. Inną możliwością może być zobowiązanie ordynatorów i/lub kierowników specjalizacji do zaopiniowania kandydatury lekarza przed pierwszym samodzielnym dyżurem.

Pozostaję z szacunkiem:

KONSULTANT WOJEWÓDZKI
w dziedzinie psychiatrii
województwa śląskiego
dr hab. n. med. Robert Pudło

Tarnowskie Góry 28.3.2013 r.

Szanowny Pan dr Wojciech Miciński

Zastępca Dyrektora

Wojewódzkiego Pogotowia Ratunkowego w Katowicach

Szanowny Panie Dyrektorze

Odpowiadając na pismo z 13 marca 2013 roku, bardzo dziękuję za zajęcie się niezwykle istotną kwestią transportu pacjentów z zaburzeniami psychicznymi.

Jak Pan słusznie zauważył, na terenie Śląska, pacjenci kierowani są do szpitali lub oddziałów psychiatrycznych zależnie od miejsca zamieszkania. Procedura ta, jeśli jest precyzyjnie przestrzegana, zapewnia płynność przyjęć i dostępność miejsc szpitalnych, a jej zlekceważenie spowoduje chaos w oddziałach psychiatrycznych w regionie. Negatywne skutki przewożenia pacjentów do najbliższego szpitala dotkną przede wszystkim oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych (a więc tych, który zgodnie z Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego są uważane za optymalne). Oddziały te, niewielkie i zlokalizowane w dużych miastach, będą w stanie przyjąć tylko niewielką część przywożonych pacjentów. Doprowadzi to, w aspekcie doraźnym, do wydłużenia drogi pacjenta do właściwego miejsca i opóźnienia udzielenia adekwatnej pomocy, ponadto oddziały te nie mają warunków do nadzorowania pacjentów oczekujących na transport, więc należy się liczyć z wysokim ryzykiem powikłań w okresie oczekiwania włącznie z czynami agresywnymi i autoagresywnymi.

Co więcej, przywożenie nadmiernej liczby chorych do małych oddziałów doprowadzi w krótkim czasie do ich likwidacji z powodów ekonomicznych, ponieważ nie udźwigną one kosztów przewożenia pacjentów do właściwych szpitali. Wówczas Pogotowie będzie zmuszone do przewożenia chorych do jednego z trzech dużych szpitali psychiatrycznych (bo innych już nie będzie). W niektórych miejscach proces ten już się zaczął. Najbardziej drastyczny przykład dotyczy oddziału psychiatrycznego w Sosnowcu. Oddział liczy 31 łóżek, a obecnie przywozi się nań chorych z dwóch miast: liczącego 250 tys. mieszkańców Sosnowca i 100 tys. mieszkańców Jaworzna. Istnienie tego oddziału jest zagrożone, a po jego ewentualnej likwidacji **wszyscy** chorzy będą musieli być przewożeni do Lublińca lub Rybnika, co stworzy dodatkową uciążliwość dla Pogotowia.

We wspólnym interesie Pogotowia i oddziałów psychiatrycznych leży więc takie zaplanowanie strategii transportu, które zapewni bezpieczeństwo chorych i umożliwi dalsze istnienie miejskich

oddziałów psychiatrycznych. Analiza cytowanej przez Pana Dyrektora ustawy o państwowym ratownictwie medycznym przekonuje, że jest to w pełni możliwe i legalne. Przy planowaniu trzeba wziąć pod uwagę specyfikę psychiatrii, a w szczególności fakt, że średni czas hospitalizacji psychiatrycznej oscyluje wokół 30 dni. Ze swej strony deklaruję wszelką pomoc w przygotowaniu takich planów.

Łączę życzenia radosnego przeżycia Świąt Wielkanocnych.

KONSULTANT WOJEWÓDZKI
w dziedzinie psychiatrii
województwa śląskiego

dr hab. n. med. Robert Pudło

Otrzymują:

1. Adresat
2. Śląski Urząd Wojewódzki - Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej
3. Konsultant krajowy – prof. Marek Jarema
4. a/a