

## 病残吸毒人员集中收治中相关医疗问题分析及对策探索

张闵, 张卫国, 曾虎, 谢磊, 张丽华

(四川成都戒毒康复所, 成都市 610000)

**【摘要】** 通过对目前收治病残吸毒人员的病情、处置以及相关资料进行统计分析, 反映出戒毒场所医疗服务能力不足、外出就医风险、精神异常戒毒人员管理等一系列与医疗相关的问题。经过探索、实践证明, 集中分类管理与场所医疗社会化是目前解决系统内收治病残吸毒人员存在的相关医疗问题的最有效、最直接的手段。

**【关键词】** 病残吸毒人员; 医疗问题; 探索

doi:10.15900/j.cnki.zylf1995.2018.03.014

长期以来, 病残吸毒人员的收戒一直是全社会头痛的难题。2014年12月四川省戒毒管理局与成都市公安局达成协议, 确定四川省成都戒毒康复所为病残吸毒人员收治专所。本着应收尽收的原则, 目前共收治病残吸毒人员 830 余人。此类人员收治的焦点及难点主要集中在医疗处置上, 并贯穿其整个戒毒过程。如何顺利解决这些焦点及难点, 关系强制隔离戒毒场所医疗安全稳定。

### 1 一般资料

我所自 2014 年 12 月至 2016 年 12 月, 共收治病残吸毒人员 830 例, 均为男性吸毒人员。年龄 17-64 岁, 平均 (33.97 ± 4.78) 岁。吸毒时间 1 年-34 年, 中位数为 12.5 年。其中海洛因滥用 431 例 (51.9%), 新型毒品滥用 348 例 (41.9%), 合并用药 (使用两类或以上毒品的) 51 例 (6.2%)。采用注射方式滥用 209 例 (25.2%)。

### 2 收治及疾病诊断标准

#### 2.1 收治原则

除《禁毒法》规定情形和确有生命危险、生活完全不能自理者, 应收尽收。

#### 2.2 收治流程

公安机关送戒→管理科审核资料→通知医院体检

→值班医生进行体检→结果反馈管理科→管理科决定收治与否并办理。

#### 2.3 疾病诊断标准

每名病残吸毒人员收治时, 公安机关必须提供血常规、胸片、心电图、腹部 B 超检查。门诊医师体检后, 根据 ICD-10《疾病和有关健康问题的国际统计分类》标准作出初步诊断。

### 3 病情统计

表 1 830 名病残吸毒人员病情统计

患病种类	例数	百分比 (%)
呼吸系统	306	36.9
循环系统	310	37.3
消化系统	185	22.3
泌尿系统	96	11.6
血液系统	52	6.3
各类传染病	442	53.3
精神、心理障碍	61	7.3
其他	121	14.6

表 2 2014 年 12 月至 2016 年 12 月外出就医、所外就医情况统计

年度	月份数	收治人数	外出就医例数 (%)	所外就医例数 (%)
2014	1	84	48 (57.1)	14 (16.7)
2015	12	537	176 (32.8)	45 (8.4)
2016	12	209	49 (23.4)	16 (7.6)

作者简介: 张闵 (1981.09-), 男, 汉族, 大学本科学历, 主治医师, 主要从事毒品成瘾的诊疗工作。

通讯作者: 张闵, zhangm1130@163.com.

## 4 当前突出的问题及原因分析

### 4.1 当前突出的问题

(1) 医疗服务能力与强制隔离戒毒人员医疗服务需求矛盾十分突出。主要体现在以下方面：①医疗技术水平有限；②医疗业务开展范围有限；③场所收治能力有限；④从事医疗服务的卫生技术人员有限。

(2) 医疗服务能力的不足，导致外出就医存在的风险和压力。体现在两个方面，一是外出就医存在的监管安全风险；二是场所干警人手不足的压力。

(3) 精神异常的吸毒人员日渐增多，管理、处置难度较大。主要表现在：精神障碍不仅是由吸食毒品所导致，可能患者本身就存在精神疾病，诊断、鉴别诊断存在困难，部分患者治疗效果不佳，给管理带来较大压力。

(4) 各类传染病病人较多，给场所带来较大的监管压力及安全隐患。一方面部分吸毒人员自恃患有传染病，不服从管教，干扰了场所的正常改造秩序，也在其他学员中间造成严重不良影响。另一方面，监管场所大多人员较为密集，无论对于学员还是干警，都存在相互交叉感染的可能。

### 4.2 原因分析

#### 4.2.1 医疗卫生专业技术人才不足且分散

以四川省为例，全省司法行政强制隔离戒毒系统中具有执业资质的医务人员仅100多名，其中高级、中级职称的人数更是屈指可数。这样一支队伍还分散到多个单位，每个单位的能力和水平就可想而知了。

#### 4.2.2 医疗设施设备条件难以达到医疗卫生工作的需求

医疗辅助检查是临床诊治的一个重要辅助手段，目前我系统内最好的设备就是直接数字化X射线摄影系统(DR)，医学检验、检查设施设备明显滞后，甚至一些必要的检查、检验都无法进行，严重影响临床工作的开展。

#### 4.2.3 共享社会卫生资源渠道不畅

临床医疗是一项需要多系统、多部门、多专业、多岗位密切配合和协作的系统性工作，场所内部医疗机构很难保证临床需要的专业人才和专业设施设备，资金保障也非常有限的，因而医疗服务能力严重不足。但受政策及收入等因素的限制，社会医疗机构和医务人员到所内开展业务的积极性也不高。受医疗费用、监管安全等原因影响，戒毒人员外出就医也存在一定困难和问题。

#### 4.2.4 运行机制不灵活，不利于人才引进

系统内人员编制控制非常严格，并且都要通过公务员招录考试，竞争很大。同时，现在警察这个职业对于医学专业的人员来讲，并不具备多大的吸引力。

#### 4.2.5 专业技术人员学习提高的机会和途径比较少

由于人员少，工作安排紧，外出学习的机会也少。所以，场所内的医务人员要提高专业技术水平和能力是不容易的。

#### 4.2.6 医务人员钻研专业技术的主动性不强、积极性不高

现在系统内从事医疗工作的人员都是以警察身份来享受待遇的，其待遇几乎与是否从事医疗工作没有多大关系。而社会医院的医务人员收入普遍高于公务员，因此在公务员岗位上的医务工作者不能享受到从医的相关待遇，便不再有积极性从事医疗工作了。同时，在所内从事医务工作缺乏激励机制，干多干少一个样，也制约了医务人员的积极性。

#### 4.2.7 风险增大，产生执业畏惧

在强制隔离戒毒所从事医疗工作，既要承担执法风险又要承担医疗风险。在问责比较严厉，处罚比较重的背景下，许多同志便不再愿意从事这些工作。

#### 4.2.8 场所布局不合理，不能满足医疗处置需求

系统内各场所医院多数是由其他用房改造使用，医疗区域、功能的划分与综合型医院仍有较大差距。

## 5 现阶段部分措施及成效

### 5.1 按疾病分区、分类、分期管理与治疗

每名新入所学员均经临床医生进行诊断、评估，根据患者病情、有无戒断反应、有无传染性疾病决定是否住院治疗、收治哪一病区，后根据病情按医疗处置原则给予相应治疗。

### 5.2 设立传染病专管病房

在医院现有条件基础上，设立专门传染病房，并建立了医院感染管理制度，消毒灭菌与隔离制度，所有入所经体检怀疑或确诊为传染病患者，均收入传染病隔离或专管病房。两年多来共收治各类传染性疾病400余例，所有患者均得到及时有效处置，未发生所内重大疫情事件。

### 5.3 设立精神障碍专管病房

我所医院设有专管病房，专门购置约束床、约束服、约束带等精神科病房常用配置，对入所后精神、行为异常患者收入医院住院治疗，由专科医生负责，药物

治疗的同时, 辅以心理、行为治疗。学员李某, 男, 18岁, 所外被当地精神卫生中心评定为精神残疾二级, 此次因吸食冰毒被决定强制隔离戒毒两年, 入所时患者精神症状明显, 自言自语, 情绪激动, 哭闹, 并有攻击他人的行为。入院后收入精神障碍专管病房, 给予保护性约束, 由专人负责包夹, 同时给予药物治疗。经过近三月治疗, 患者精神症状消失, 情绪稳定, 认知功能恢复良好, 对人有礼貌, 能与人正常交流, 体重较入所时增长近 15kg。

#### 5.4 建立重点病人跟踪处置制度

值班人员每日不少于两次到病区查房, 排查强戒人员患病情况, 将患有慢性疾病短期内不能恢复、疾病难以确诊且有一定生命危险的人员纳入重点病人管理范围, 按病种情况及医生特长落实主管医生负责制, 加强重点监测。每周一开展疑难病例讨论, 对病情发展较快且所内无法得到有效控制以及突发危重病症需紧急救治的人员及时建议所外治疗或所外就医。

#### 5.5 共享社会医疗资源, 购买社会医疗服务

与毗邻的成都台双医院、省警官医院建立合作机制, 我院设立专门病房, 由成都台双医院派驻专业医护人员 24 小时值班, 我院处置困难的疾病及简单外科手术均由台双医院负责处置。1 年多来, 台双医院共收治患病学员住院 150 余人次, 无一例医疗事故及医患纠纷发生。一方面切实解决了我院医护人员缺乏、医疗服务能力不足的问题, 缓解巨大的医疗压力和风险。另一方面也减少学员外出就医存在的监管安全风险。对于确有诊断、治疗或检查困难需要外出就医的患者, 我所与省司法警官医院签订协议, 建立绿色通道, 并在警官医院设立专门病房, 费用按季度结算, 有效解决就医过程中诸多繁琐的程序。从表 2 的统计中可以发现, 购买社会医疗服务后的 2016 年外出就医和办理所外就医人数同比均明显下降。并且多起危急重症患者能及时、有效地处置, 未发生严重后果, 均得益于上述医疗合作机制。

## 6 进一步完善工作机制的考虑及建议

长期以来, 由于强制隔离戒毒的特殊性, 出于安

全和方便考虑, 总是立足自身, 总想利用我们系统内的资源来解决强制隔离戒毒人员的医疗卫生问题, 并为此投入了大量的人、财、物, 但实际效果都差强人意, 往往事倍功半。实践证明, 在现行运行体制机制状况下, 要自成体系, 做强、做大, 满足工作要求是很困难的。对此, 我们要解放思想, 跳出“小圈子”, 融入大环境大系统, 顺应发展趋势, 对强制隔离戒毒场所的医疗卫生工作运行体制机制进行改革和调整, 充分运用和分享社会医疗卫生资源。

### 6.1 全面购买医疗卫生服务, 院所合作, 强制隔离戒毒执法与戒毒医疗相对独立运行

戒毒所提供医院运行所需而又符合场所执法和安全要求的场地及部分医疗设施设备(主要是利用现有的); 地方医院提供全面医疗卫生服务, 工作所需人、财、物均由医院自行解决; 戒毒执法、场所安全稳定、医疗服务费由戒毒所负责; 医疗卫生工作由医院负责, 按照社保医疗定点医院收取费用; 警察原则上不参与医疗卫生工作, 地方医院的医务人员不参与戒毒执法及戒毒人员日常管理工作, 各自履行职责, 相互合作, 各担责任, 各自承担相应执业风险; 执法纠纷、执法事故由戒毒所负责处理并承担后果, 医疗纠纷、医疗事故由医院负责处理并承担相应后果; 戒毒医疗社会化, 戒毒医疗经费主要由财政承担(主要包括购买基本医疗保险费用、医保不能报销的费用), 戒毒人员习艺收入也应当有部分用以支付戒毒人员医疗费, 其他渠道的资金也应当适当用于戒毒治疗。

### 6.2 建立传染病、精神行为异常人员集中管理制度, 缓解分散管理带来的医疗、监管压力和风险

应当参照艾滋病集中管理模式, 由省局统一安排部署, 指定某一场所对现有监管区域按医疗行业的标准进行改造。将吸毒人员中精神、行为异常者和严重的呼吸道传染病患者分别集中管理, 组织专门医疗力量和警力对其隔离、诊断、治疗与管理。即可避免人力、物力、财力的分散, 又可缓解分散管理给各所带来的医疗风险和监管压力。另外, 集中管理后, 也便也与地方卫生行政部门、上级医疗机构沟通与联系。

(收稿日期: 2017-10-27; 修回日期: 2017-11-27)