

Sesja 31- Perspektywy reformy w zakresie zdrowia psychicznego- konsekwencje pilotażowego programu

stenogram przygotowała: Julia Antosiewicz

Uczestnicy:

- Marek Balicki (MB) - psychiatra, były minister zdrowia, Biuro pilotażu narodowego programu zdrowia psychicznego
- Jacek Wciórka (JW) - psychiatra, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
- Piotr Gałęcki (PG) - psychiatra seksuolog, Kierownik Kliniki Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Moderator (M) - Piotr Mierzejewski, Biuro Rzecznika

M: witam państwa i panelistów, przypadł mi zaszczyt i odpowiedzialność prowadzenia panelu. temat znany, tytułem wstępu, w Polsce korzysta z opieki lekarzy psychiatrów. dominuje model izolacji pacjentów w szpitalach psychiatrycznych, ale przecież nie każda choroba takiej izolacji wymaga, bo niekiedy elementem terapii jest właśnie życie w społeczeństwie. Dziś będziemy rozmawiać o tym programie, który ma się zmierzyć z wyzwaniem polskiej psychiatrii. Będzie dyskusja panelistów, a potem sesja q&a, z krótkimi pytaniami.

Pierwsze pytanie z mojej strony: jakie są zalety nie izolacji?

MB: jedno uzupełnienie, pilotaż z centrum zdrowia psychicznego nie służy wykazaniu że model środowiskowy jest lepszy, ale jak go wprowadzić w naszych warunkach, przechodząc do zalet. Na to mamy dowody, badania naukowe, praktyka innych krajów. Musimy pamiętać, że głównym celem opieki zdrowotnej jest poprawa stanu zdrowia i w tym aspekcie model środowiskowy wygrywa. W badaniu środowiskowym z Krakowa wykazano, że model środowiskowy powoduje mniej rehospitalizacji, model środowiskowy ma szersze podejście, hospitalizacja jest sfokusowana na leczenie objawów.

Model środowiskowy zakłada odbywanie hospitalizacji przy szpitalu ogólnym. Model środowiskowy jest skoncentrowany na człowieku jako jednostce, a nie jako elemencie systemu.

Jest takie zjawisko we wszystkich krajach, że osoby z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi, są w dużo cięższym stanie psychicznym i żyją krócej. Dlatego szpitale które są oddalone, a pacjent jest w ogólnym złym stanie zdrowia, są miejscem niebezpiecznym, z powodu braku możliwości uzyskania szybkiej konsultacji.

PG: podejść z bardziej medycznego punktu widzenia. Model środowiskowy jest przyjemniejszy w opiece medycznej. Wiele z zaburzeń psychicznych to zaburzenia neurorozwojowe. Predyspozycja do zachorowania jest wysoka do 3 roku życia, po tym okresie zaczyna spadać, np. schizofrenia jest chorobą neurorozwojową ale też neurodegeneracyjną. Przypuśćmy że mamy

pacjenta z psychozą, idzie do lekarza rodzinnego, zostaje skierowany do psychiatry, ale bez ostrej psychozy, więc czeka, a proces degeneracji trwa. Dostaje leki ale najczęściej je odstawia, dochodzi do takiej psychozy, że wymagana jest hospitalizacja, system powinien być całościowy, żeby pomóc takim ludziom.

Często zdarza się tak, że jak policja chce przesłuchać pacjenta, pyta się kiedy wyjdzie, słyszą odpowiedź: NFZ przewiduje wypis po tylu i tylu dniach.

JW: izolacja nie jest środkiem leczenia psychiatrycznego. Chciałbym żeby ten termin był wykreślony z tej dyskusji (z sali: dziękuję). Hospitalizacja jest zasadna tylko wtedy, gdy osoba stwarza zagrożenie. Kryzys psychiatryczny zawsze ma różne perspektywy, zawsze ma różne potrzeby pomocowe. Model szpitala psychiatrycznego nigdy nie zapewnia pomocy w tak wielu aspektach. Podstawowa zmiana bez której nie będzie psychiatrii środowiskowej to zmiana w wartościach. Jak postawimy pytanie co nam się kojarzy jak słyszymy psychiczny, psychiatryk, to musimy to zmienić. Psychiatria środowiskowa jest dostępna, nie jeden dzień w tygodniu gdzieś daleko. To zmniejsza poczucie bezradności u osób chorych. Potrzeba też pomocy kompleksowej, czerpiącej ze wszystkich źródeł wsparcia, opieka psychologiczna, opieka całego zespołu ludzi. Najważniejsze jest żeby pomoc była w warunkach godziwych, żeby ludzie nie byli pędzeni od okienka do okienka, od rejestracji do rejestracji. System azylowy nie rozwiązywał nic, jedynie coś załatwiał (kiwanie głowami na sali, pomruki? aprobaty) opieka nad ludźmi, którzy nie wytrzymują ciśnienia społecznego musi być wszechstronna. Dowody empiryczne, wiele ich nie ma, ale są, kilka państw już wp[rowadziło, zaczęło wprowadzać szerokie rozwiązania

M: czy możemy już mówić że program pilotażowy sprawdza się w praktyce? czy panów doświadczenia widać efekty? a może zagranica? czy ogranicza konieczność hospitalizacji.

MB: wróć do tego czym jest pilotaż. ustawa przewiduje możliwość zmiany niektórych procedur w celu testowania rozwiązań, w malej skali, aby wdrożyć to w wymiarze ogólnokrajowym. W naszym programie pilotażowym jeszcze nie przekroczyliśmy półmetka, jeszcze nie było jednego całego roku kiedy program trwał. Jesteśmy w połowie operacji, i to operacji zwiadowczej. jak ja pamiętam, do tej pory wszystkie zmiany najpierw powodowały dołek, a dopiero potem ewentualny wzrost, w tym programie takiej tendencji nie zauważono, nie było takiego dołka od strony pacjentów. Wszędzie od razu nastąpiła poprawa w różnych segmentach. Powstały punkty zgłoszeniowo-koordynacyjne. Spowodowały że pomoc stała się dostępna, nie wpłynęła do nas nigdy skarga, że ktoś nie został przyjęty. To przełom w porównaniu do SOR-ów. Na pytanie czy system się sprawdza? w naszych warunkach tak, ale wprowadzamy zmiany stopniowo, nie wszystkie na raz

System opieki psychiatrycznej jest zbyt opresyjny w stosunku do pacjentów, barier jest dużo, problemów też. Brak bariery dostępu powoduje zmniejszenie liczby przyjęć bez zgody.

PG: kilka danych na podstawie szpitala, w którym pracuję. Wizyt ambulatoryjnych w porównaniu z poprzednim okresem, wzrasta, wzrasta ilość wyłapywanych pacjentów z problemami psychicznymi, skraca się jednocześnie czas hospitalizacji. Pilotaż spowodował też większą motywację do zmian w szpitalach, centrach, ośrodkach i to też jest ważny aspekt.

MB: czy można powiedzieć że program pilotażowy działa. Chciałbym się skupić na czymś innym niż liczenie łóżek, wizytowaliśmy takie miejsca, rozmawialiśmy z osobami udzielającymi

pomocy. Widocznym skutkiem pilotażowego programu jest zakorzenienie idei, pojawiają się inicjatywy zmiany infrastruktury na przykład, nie potrafię powiedzieć ile z tego jest efektem wizytacji, ale poprzednio nie było aż tyle inicjatywy. Sytuacja w Koszalinie (spalenie się dziewczynek w escape roomie), pokazała że zespół działa, centrum pomagało i rodzinom i strażakom, i wszystkim zaangażowanym ze społeczności lokalnej i było to duże wsparcie i pomoc, i to jest optymistyczny akcent

M: mankamenty systemu.

PG: wzrasta liczba osób które trafiają na środek zabezpieczający do szpitali psychiatryczny, jest to dość łatwo orzekane przez sądy, była nowelizacja kodeksu karnego bez większego oporu społeczeństwa, która otwiera taką furtkę dla sądów. Wzrasta liczba tego, że sądy "nie wypuszczają" takich osób z ośrodków, mimo że opinie biegłych wskazują na brak potrzeby trzymania ich tam.

Dlaczego osoba, która popełniła przestępstwo z tego powodu że jest chora psychicznie, ma iść do szpitala psychiatrycznego na czas nieokreślony a na pewno na dłużej niż zdrowa osoba idzie do więzienia. Czy nie jesteśmy wobec takich ludzi zbyt opresyjni?

JW: niektóre rozwiązania musimy wprowadzić na poziomie ustawowym.

Jest kilka aspektów w systemie które potrzebują zmian, brakuje nam specjalizacji w psychiatrii, mamy problem z psychiatrią sądową, no i uzależnienia, tam też nie dzieje się najlepiej.

MB: to nie jest rewolucja. zmieniamy model który istnieje tak żeby nie zaburzyć funkcjonowania. mimo to jest opór na zmiany. to naturalne. w polsce jest rozproszona odpowiedzialność w opiece zdrowotnej, to powoduje dezorganizację też. Mamy asystentów zdrowienia (z sali: i są bardzo efektywni).

W naszym systemie opieki zdrowotnej stygmatyzacja problemów psychicznych jest dramatyczna. Będziemy się musieli z tym wszystkim zmierzyć. Ten program to proces, model musi się rozwijać, ale on nie może się rozwijać szybciej niż to co się dzieje w naszych głowach. traktujmy to jako drogę. cel już mamy.

Pytania z sali

1. Pani: długoterminowe internacje sądowe. Czy nie należałoby uświadomić dyrektorom szpitali, że mogą wnioskować o przeniesienie osób do innych ośrodków? z mojego doświadczenia sędziowskiego, takie wnioski po prostu nie są kierowane?

Bezwzględnie jest problem ze współpracą z sądami w komunikacji, ale to lekarze są bardziej skłonni do zwalniania pacjentów ze szpitali psychiatrycznych niż sędziowie.

2. pani z mazowieckiego urzędu wojewódzkiego: domy pomocy społecznej mają ogromny problem z osobami po internacji, to są z reguły placówki otwarte, a te osoby często stanowią zagrożenie.

3. pan (ten co podziękował za nieużywanie słowa izolacja): powinna być zmiana, proces w społeczeństwie, mamy ogromny problem ze stygmatyzacją na wszystkich możliwych poziomach, potrzebujemy profilaktyki, mamy też problem na rynku pracy.

4. kolejna pani z publiczności: czy powstaną nowe centra w ramach programu? uczelnie się zmagają z ogromnym wysypem studentów z problemami. Jak im pomóc?

Jest plan rozszerzenia, dojdzie 7 nowych centrów, 10 już działających będzie miało poszerzone działania. W efekcie nowelizacji, około 4,5 miliona osób będzie objętych tym programem pilotażowym.

Mamy świadomość, że podstawowa opieka psychiatryczna powinna być w różnych aspektach. Pojawiły się pomysły, żeby dla grupy studentów, którzy nie są z Mokotowa, planują gdzieś wrócić, nie są mieszkańcami żeby otworzyć centrum dla nich.

5. co z osobami 15-18 lat?

Jest mnóstwo obszarów gdzie zmiany są potrzebne. Psychiatria dzieci i młodzieży ma swojego pełnomocnika. Potrzebne są inne instrumenty, inne środki.

6. czy państwo myślą nad połączeniem w jakikolwiek sposób systemów pomocy dzieciom i dorosłym? co z rodzinami które całościowo potrzebują pomocy? skupienie się na problemie społeczności rodziny?

Jest czasami nieostra różnica między psychiatrią dzieci i młodzieży. Program jest finansowany z funduszy, nie wiadomo jak dokładnie się rozwinie jak będzie prowadzony potem w skali kraju.