KATARZYNA URBAŃSKA
FORUM PRZECIW DEPRESJI – KAMPANIA WAŻNA I POTRZEBNA str. 38

DYSKUSJA W SEJMIE
O ZDROWIU PSYCHICZNYM DZIECI I MŁODZIEŻY str. 12

WYBORY 2019 str. 6

ŚWIAT LEKARZA

MEDYCYNA ▪ FARMACJA ▪ NAUKA ▪ KULTURA ▪ PRAWO ▪ POLITYKA ISSN 1899-9069 cena 23,00 zł (w tym 8% VAT) NR 6/2019 (74)

Egzemplarz bezpłatny

PSYCHIATRIA 2019

POSŁANKA JÓZEFINA HRYNKIEWICZ, WICEMINISTER ZDROWIA ZBIGNIEW J. KRÓL
PROF. JACEK WCIÓRKA, PROF. JANUSZ HEITZMAN
PROF. PIOTR GAŁECKI, PROF. ANDRZEJ CECHNICKI
POSEŁ KRZYSZTOF OSTROWSKI

PROF. TOMASZ WOLAŃCZYK KRYZYS W PSYCHIATRII DZIECI I MŁODZIEŻY STR. 27
PROF. ANDRZEJ CECHNICKI PSYCHIATRIA JEST BARDZO CZUŁA NA KONTEKST SPOŁECZNY STR. 33
PROF. JACEK WCIÓRKA DO PSYCHIATRY JAK DO LEKARZA PIERWSZEGO KONTAKTU STR. 36
DR MAREK BALICKI REFORMA POLSKIEJ PSYCHIATRII – PILOTAŻ STR. 40

FORUM PRZECIW DEPRESJI

www.forumprzeciwdepresji.pl

Kampania społeczna

Jak chory woła o pomoc w depresji?

Czy to zawsze jest depresja?

Jak mądrze wspierać w chorobie?

Czujesz, że problem depresji może dotyczyć Ciebie lub kogoś Ci bliskiego?

Wejdź na stronę **www.forumprzeciwdepresji.pl**

Znajdziesz tam wiele praktycznych informacji o depresji, dowiesz się jakie objawy powinny wzbudzić czujność i jak wspierać osobę w chorobie.

Poradniki dla nastolatków, rodziców, nauczycieli	Filmy edukacyjne	Mapa Punktów Pomocy	Ważne telefony wsparcia

Antydepresyjny Telefon Forum Przeciw Depresji

22 594 91 00

czynny w **środy i czwartki** w godzinach **17:00–19:00**

Przy telefonie dyżuruje lekarz psychiatra.

SERVIER

Rośliny mają się coraz lepiej

FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

PAWEŁ KRUŚ | REDAKTOR PROWADZĄCY/ WYDAWCA

– Współczesność zużywa energię mózgu. Osoby starsze będą zdrowe fizycznie, lecz niestety bez kontaktu umysłowego. Biegamy, ćwiczymy, zdrowo się odżywiamy, tylko nie inwestujemy w zdrowy mózg, w zapobieganie i leczenie chorób myślenia – mówi profesor Janusz Heitzman.

Spotykamy się, by ułożyć tematy do „Świata Lekarza" „Psychiatria 2019". Upał, dyrektorski gabinet szpitala na Sobieskiego, ranek, cisza. Chciałem rozmawiać o filozofii psychiatrii w XXI wieku – ten temat pojawił się na II Kongresie Zdrowia Psychicznego – i o roli rodziny w leczeniu. Wyszło inaczej. Tak bywa, kiedy cywilizacja wyprzedza refleksję filozoficzną.

– A dzieci i młodzież? – pytam. Znam coraz więcej dzieci niechętnie wychodzących z domu, rzadko jedzących, niedomytych, zrośniętych z urządzeniami elektronicznymi, które rysują w ich mózgach elektroniczne granice życia i śmierci.

To sprawa zaburzonych relacji: z rodzicami, szkołą, otoczeniem. Młodzi ludzie skazani są na samotność, cierpią. Nikt nie reaguje na stres ich życia, nikt nie potrafi zareagować. Rodzice zwierzają się, że nie wiedzą, jak rozmawiać z nastolatkami, które traktują ich z agresją, rezerwą, albo korzystają z języka niezrozumiałego dla dorosłych – czytam w jakimś raporcie. – Do kogo rodzice mogą iść, by nauczyć się z nimi rozmawiać? Gdzie mamy się – my, rodzice i dzieci – uczyć dialogu? W Polsce jest tylko 350 specjalistów psychiatrii dzieci i młodzieży; to oznacza w praktyce brak dostępu do lekarza.

Liczę w pamięci: raporty podają, że ponad 600 000 dzieci potrzebuje opieki psychologicznej lub wsparcia, do tego dochodzi kontakt z ich rodzicami, to ponad trzy tysiące czterystu pacjentów na jednego lekarza. W psychiatrii wizyta nie kończy się na wypisaniu recepty, potrzeba kilku, czasem kilkudziesięciu spotkań.

– Wyprzedziła nas cywilizacja – mówi profesor. – Teraz staramy się ją gonić i z pewnością znajdziemy na nią lekarstwo. Kiedyś. Dziś stoimy w miejscu. Na psychiatrię przeznaczamy 3,4 proc. budżetu ochrony zdrowia, podczas gdy średnia UE to 7-8 proc., a Niemcy inwestują w zdrowie psychiczne 14 proc. Wiedzą, że zdrowie somatyczne i psychiczne to wartości nierozdzielne. W Polsce jest nadal inaczej.

Ciąg dalszy na str. 2 ➤

PODZIĘKOWANIE

SERVIER

Zwróciliśmy się do większości producentów leków psychiatrycznych o pomoc w sfinansowaniu „Świata Lekarza – Psychiatria 2019". Pozytywnie odpowiedziała tylko jedna –Servier Polska.

Bardzo dziękujemy Pani Prezes Joannie Drewli, Pani Dyrektor Katarzynie Urbańskiej i Zespołowi Firmy. Od lat podziwiamy prowadzoną przez Państwa akcję społeczną „Forum Przeciw Depresji". Prowadzicie ją dla pożytku publicznego, bo przecież leki psychiatryczne to bardzo niewielka część Waszej działalności. Dzięki Waszemu wsparciu, stałem się optymistą i wierzę, że polska psychiatria pokona kryzys.

Wierzę, bo przypomina mi się sytuacja sprzed kilkunastu lat, kiedy rozpoczynaliśmy budowę Centrum Amazonek przy Instytucie Onkologii w Warszawie – pierwsze poważne donacje przekazali Ludzie i Firmy, które z rakiem piersi nie miały nic wspólnego: Roche Diagnostic i US Pharmacia.

I powstał gmach.

Profesor Piotr Gałecki podał na II Kongresie ostatnie dane o samobójstwach ludzi młodych. Wygląda na to, że nadal zajmujemy drugie miejsce w Europie, przed Francją, Wielką Brytanią, Włochami i Hiszpanią. Według prowadzonych przez Komendę Główną Policji statystyk w 2018 roku samobójstwo próbowało popełnić 746 nastolatków w wieku 13-18 lat (w 2017 roku 702 przypadki) i 1143 osoby w wieku 19-24 (tyle samo w 2017 roku). Duża liczba jak na taki mały kraj.

FB I GOOGLE DO TABLICY

Pierwsi, już w 10 dni po II Kongresie, na sytuację w polskiej psychiatrii reagują Posłowie. Powołują Zespół Parlamentarny. Przewodnicząca, posłanka Józefa Hrynkiewicz, nie pozostawia na zadowolonych z siebie państwowych urzędnikach suchej nitki. – Za mało robicie! – mówi.

Takim językiem nie posługiwano się dotąd w Sejmie, i czas najwyższy było zacząć. Bo trzeba pochylić się nad znalezieniem miliarda złotych rocznie na psychiatrię dorosłych i dwóch miliardów na wsparcie i opiekę dla dzieci i młodzieży. Gładkie słówka urzędników oświaty, kuratorów, rzeczników praw dzieci i pacjentów: już nie w tym miejscu. Tylko policja i samorządowcy mają konkretne programy – mówią z niepokojem i troską, nie lekceważą chorób psychicznych i ich nie stygmatyzują. Dla nich temat nie jest biurokratyczną abstrakcją, lecz codziennością, wobec której nie da się przejść obojętnie. Przewodniczącą silnym głosem wspierają posłanki Krystyna Wróblewska, Anna Czech, Alicja Kaczorowska, poseł Krzysztof Ostrowski. Tak licznej i zdeterminowanej grupy parlamentarzystów nie spotyka się często w komisjach.

Poza naszą Redakcją, z mediów nie ma nikogo. Czy dlatego, że słowa „przemoc", „gwałt", „samobójstwo", „depresja" nie są mile widziane przez algorytmy FB i Google? Czy poprawność polityczna nowych mediów, wbrew szlachetnym intencjom, nie powoduje wykluczenia – całych grup bolesnych dla współczesności tematów? Powszechnych spraw? Cenzura internetu nie sprawi, że przemoc, samobójstwa czy depresje znikną z codzienności.

Codziennie mijam dziesiątki wysportowanych ludzi, widzę coraz więcej sklepów zdrową żywnością i milionami gadżetów wspierających formę fizyczną. A przypomina mi się kurier, który rozwoził pielęgniarkom do szpitali naszą książkę o symptomach przemocy wobec dzieci. Zadzwonił, czy może dostać egzemplarz, bo wydaje mu się, że powinien przeczytać. Potem chciało czytać kilku jego kolegów. Wtedy w naszej Redakcji coś pękło. Prosiliśmy gigantów internetu o pomoc w upowszechnieniu tekstu. Powiedzieli, że boją się bana. Sło-

FOT. MAŁGORZATA MIKOŁAJCZYK

„PAW" akwarela uczestnika terapii środowiskowej „Galerii Miodowa" z Krakowa. Obraz sprzedaliśmy na aukcji Nagrody Zaufania „Złoty OTIS" za ponad 40.000 złotych. Rekord. Przeznaczyliśmy te pieniądze na wyposażenie Centrum Amazonek przy Instytucie Onkologii na Ursynowie. Oryginał obrazu mają Amazonki, jedna kopia jest w Redakcji, druga wisiała z gabinecie dyrektora Rafała Walasa w Roche Diagnostics. Gdzie jest teraz?

wo-klucz do skarbca klikbajtow. Słowo-klucz do zaburzeń i chorób mózgu. Współczesne kanony wykluczają ich istnienie. – Jeśli o czymś się nie mówi, to tego nie ma – noszę w sercu gorycz słów Pani Profesor Anny Kostery-Pruszczyk, neurolog, przez lata walczącej o swoich małych pacjentów dotkniętych rzadkimi chorobami neurologicznymi.

WIDZIAŁEM INNY ŚWIAT

Spotkania z filozofią psychiatrii zaczęliśmy na łamach naszych wydawnictw dzięki prof. Andrzejowi Cechnickiemu w 2007 roku. To wtedy poznaliśmy Pensjonat „U Pana Cogito", Galerię Miodowa. Podarowali nam w niej akwarelę „Paw". Bałem się tego malarstwa, ale Profesor przekonał mnie, że jest w nim pozytywna energia. Była. Podczas licytacji obrazu pękł mit samotności: Amazonek i psychicznie chorych twórców. Obydwie grupy docenili i nobilitowali ludzie dobrej woli. Nie mieli innej intencji – po prostu chcieli pomóc.

Chcieliśmy potem budować i wspierać budowę Centrum Terapii Środowiskowej przy krakowskich Plantach. Redakcja planowała rekonstrukcję pokoju prof. Antoniego Kępińskiego, bo wiele rzeczy osobistych Profesora i legendarną maszynę do pisania przechowują jego uczniowie. Było nas jednak wówczas za mało, by przekonać władze Krakowa.

Wtedy nie potrafiliśmy zrozumieć, że miasto, gdzie tworzył wizjoner humanistycznego leczenia chorób mózgu, prof. Antoni Kępiński, wstydzi się być stolicą europejskiej psychiatrii. Wówczas profesor Andrzej Cechnicki prowadził wymianę pacjentów, badań i doświadczeń między Niemcami, Polską, Izraelem, Ukrainą. Pensjonat „U Pana Cogito" tętnił życiem, budowano niewyobrażalne mosty ponad uprzedzeniami, również historycznymi.

Jeszcze wierzyliśmy w inny świat – bez brutalnego wykluczenia, gdzie jest miejsce dla chorych, wyleczonych i dla zdrowych psychicznie. I w potęgę polskiej psychiatrii, bo byliśmy pierwsi. A teraz?

– Spóźniliśmy się – mówi prof. Janusz Heitzman. – Jak cały świat, chcemy teraz zamieniać wielkie szpitale na mniejsze ośrodki terapii środowiskowej, jak choćby Pensjonat „U Pana Cogito". Ale mentalnie dalej nie jesteśmy do tego przygotowani jako społeczność. Na dodatek nie ma funduszy.

Za oknem zieleń, wyjątkowo bujna po deszczach. Wolę ją podziwiać niż do niej należeć.

Paweł Kruś
pawel.krus@mediatv.com.pl

FOT. TOMASZ ADAMASZEK

(od lewej) Poseł Krzysztof Ostrowski i Paweł Kruś podczas podkomisji stałej do spraw zdrowia psychicznego (czerwiec 2019 r.)

P.S. DLA CIERPLIWYCH

Próbowałem wytłumaczyć sobie mechanizm negujący możliwość harmonii zdrowia i choroby we współczesnej Polsce. I bezbronność wobec oczywistej plagi cywilizacyjnej, jaką są żywiołowo rozwijające się komunikatory, które dziś stawiają pod ścianą śmierci, tylko w samej Polsce, kilka tysięcy młodych rocznie. – Dlaczego tak się dzieje? – pytam prof. Antoniego Kępińskiego.

– „...Pewne normy społeczne mogą być zupełnie niedopasowane do zmienionych warunków życia, odczuwa się powszechnie ich nieaktualność, ale zmienić ich nie można" – wyjaśnia w „Psychopatiach" (I wydanie 1977) prof. Antoni Kępiński. „Dopiero gwałtowny przewrót niszczy starą strukturę, a w miejsce jej tworzy nową, na ogół lepiej dostosowaną do zmienionych warunków życia. Cechą życia jest dialektyka zmienności i niezmienności. Życie polega na ustawicznej zmianie; wynika to choćby z jego charakteru metabolicznego – istoty żywe są układami otwartymi istniejącymi dzięki ciągłej wymianie energetyczno-informacyjnej ze środowiskiem, bez swego środowiska nie mogą istnieć". (Antoni Kępiński „Psychopatie", Wyd. Literackie, 2017, str.6.)

Osoby, które wierzą w niezmienność życia i wykluczają zmiany, Profesor nazywa psychopatami.

FOT. TOMASZ ADAMASZEK

PROF. PIOTR GAŁECKI
Pojawienie się depresji, zaburzeń lękowych zależy od trzech czynników: od naszej osobowości, od naszych genów i od tego, w jakim środowisku żyjemy.

FOT. TOMASZ ADAMASZEK

PROF. JANUSZ HEITZMAN
Efektywność nauki, efektywność pracy i zadowolenie z życia są wprost proporcjonalne do wysiłku i czasu poświęconego na wypoczynek. Nie da się człowieka „zajeździć". A wszyscy tego chcą.

FOT. TOMASZ ADAMASZEK

KATARZYNA URBAŃSKA
Do zajęcia się depresją przede wszystkim skłoniły nas bardzo alarmujące dane dotyczące dramatycznej sytuacji cierpiących na depresję, zwłaszcza dzieci i młodzieży.

Głosuj na zdrowie!

WYBORY 2019

6 Płacenie, współpłacenie i absurdy jak z filmów Barei

AKTUALNOŚCI

12 Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży jest ważne

20 II Kongres Zdrowia Psychicznego

22 Co w systemie, co w terapiach

ROZMOWA NUMERU

16 Więcej depresji, zaburzeń lękowych: to wyzwania dla polskiej psychiatrii
Rozmowa z prof. Piotrem Gałeckim

PSYCHIATRIA

24 Hodowanie udręczonego mózgu, czyli co może psychiatra
Rozmowa z prof. Januszem Heitzmanem

27 O źródłach zapaści opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży
Rozmowa z prof. Tomaszem Wolańczykiem

30 Nie ma jednej recepty na pomoc
Rozmowa z posłanką Józefiną Hrynkiewicz

33 Psychiatria jest bardzo czuła na kontekst społeczny
Rozmowa z prof. Andrzejem Cechnickim

36 Do psychiatry jak do lekarza pierwszego kontaktu
Rozmowa z prof. Jackiem Wciórką

38 Forum Przeciw Depresji – kampania ważna i potrzebna
Rozmowa z Katarzyną Urbańską

40 Pilotaż się sprawdza
Rozmowa z dr. Markiem Balickim

PROF. JANUSZ HEITZMAN

PROF. PIOTR GAŁECKI

PSYCHIATRIA 2019

PROF. ANDRZEJ CECHNICKI

POSŁANKA JÓZEFINA HRYNKIEWICZ

PROF. JACEK WCIÓRKA

DR MAREK BALICKI

PROF. TOMASZ WOLAŃCZYK

KATARZYNA PINKOSZ I PAWEŁ KRUŚ

Głosuj na zdrowie!

Płacenie, współpłacenie i absurdy jak z filmów Barei

W cyklu „Głosuj na zdrowie”, w którym poruszamy najważniejsze problemy polskiej ochrony zdrowia, zapytaliśmy ekspertów o płacenie, dopłaty do ponadstandardowych usług i wyrobów medycznych oraz o absurdy, z jakimi stykają się na co dzień. A także o to, jak je wyeliminować.

Polski system ochrony zdrowia jest stale niedoinwestowany, a z drugiej strony pacjenci często niepotrzebnie chodzą na wizyty do specjalistów, chociaż mogliby uzyskać pomoc u lekarza rodzinnego.

Są dostępne nowoczesne soczewki w leczeniu zaćmy, dzięki którym po operacji można widzieć bez okularów, ale jeśli chce się mieć taką soczewkę, trzeba się zoperować w prywatnej placówce, bo w publicznej nie ma możliwości dopłacenia do usług czy materiałów wyższej jakości, ponadstandardowych. To jeden z milionów absurdów w polskim systemie ochrony zdrowia. – Absurd jest jak dwutlenek węgla, zawsze jest w powietrzu. Można jednak zmniejszyć jego stężenie – mówi dr Małgorzata Gałązka-Sobotka.

Na nasze pytania odpowiedzieli:

DR MAŁGORZATA GAŁĄZKA-SOBOTKA, DYREKTOR CENTRUM KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO I INSTYTUTU ZARZĄDZANIA W OCHRONIE ZDROWIA UCZELNI ŁAZARSKIEGO
SENATOR TOMASZ GRODZKI, TORAKOCHIRURG, TRANSPLANTOLOG, PROFESOR POMORSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO
PROF. PIOTR HOFFMAN, KARDIOLOG, KIEROWNIK KLINIKI WAD WRODZONYCH SERCA INSTYTUTU KARDIOLOGII
PROF. KRZYSZTOF J. FILIPIAK, KARDIOLOG, HIPERTENSJOLOG, PROREKTOR DS. UMIĘDZYNARODOWIENIA I PROMOCJI WUM
DR MICHAŁ SUTKOWSKI, SPECJALISTA MEDYCYNY RODZINNEJ, RZECZNIK KOLEGIUM LEKARZY RODZINNYCH
SZYMON CHROSTOWSKI, FUNDACJA WYGRAJMY ZDROWIE

☐ TAK ☐ NIE

PYTANIE 1

Czy powinny zostać wprowadzone niewielkie dopłaty pacjentów (np. 10 zł) do wizyt u lekarzy POZ i specjalistów?

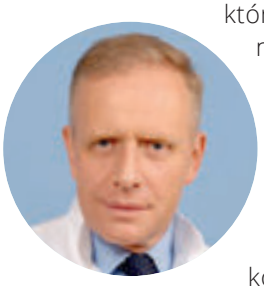
DR MAŁGORZATA GAŁĄZKA-SOBOTKA: NIE. To jedna z form współfinansowania ochrony zdrowia, która może racjonalizować korzystanie ze świadczeń, jednak skuteczność tego instrumentu jest ograniczona w czasie, co pokazują doświadczenia czeskie. **Poza tym może to potęgować wykluczenie z systemu opieki zdrowotnej z powodu dochodu, a z tym chcemy walczyć.**

SENATOR TOMASZ GRODZKI: NIE. Z wielu względów jestem przeciwny nawet niewielkim dopłatom: od pryncypialnej idei konstytucyjnej dostępności do ochrony zdrowia, poprzez niezbyt wielkie korzyści ekonomiczne przy jednoczesnym dużym oporze społecznym i politycznym, po zbędne problemy logistyczne przy pobieraniu takich opłat.

PROF. PIOTR HOFFMAN: NIE. Konstytucja RP gwarantuje równy dostęp do opieki zdrowotnej. Można by rozważyć dopłaty NFZ do wizyty w prywatnym gabinecie specjalistycznym różnicy między wyceną NFZ a ceną wizyty, o ile zlecona konsultacja nie mogłaby się odbyć w zdefiniowanym przedziale czasu. Jestem za wprowadzeniem kompleksowych, stabilnych rozwiązań, a nie półśrodków generujących zwykle nowe problemy. **Zamiast częściowych dopłat, może warto podjąć dyskusję na temat sposobu wprowadzenia i zakresu działania prywatnej ochrony zdrowia, konkurencyjnej do sektora państwowego.**

FOT. TOMASZ ADAMASZEK, ARCHIWUM PRYWATNE

PROF. KRZYSZTOF J. FILIPIAK: TAK. O potrzebie wprowadzenia niewielkich opłat za wizyty u lekarzy rodzinnych czy w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej wielu ekspertów mówi od lat. Wskazują oni nie tylko na sam aspekt dodatkowego finansowania, ale przede wszystkim na mechanizm racjonalizacji systemu, z którego znikną w ten sposób dodatkowe, niepotrzebne wizyty i konsultacje, zjawisko „konsultacji sprawdzających", wypisywanie tych samych leków przez różnych specjalistów „na zapas" itd. Racjonalność takich opłat nie budzi w mojej ocenie żadnych wątpliwości. Wątpliwości mają tylko politycy, którzy wmawiają wyborcom, że ochrona zdrowia jest za darmo i boją się konsekwencji ogłoszenia takiej racjonalizacji.



DR MICHAŁ SUTKOWSKI: NIE. Politycy powinni mieć odwagę i determinację określić precyzyjne koszyki dla świadczeń, usług, wyrobów medycznych, leków itd. Wszystko, co poza koszykiem, podlegałoby opłatom komercyjnym, których cennik byłby określony i ogólnie dostępny.

SZYMON CHROSTOWSKI: NIE. Takie pomysły już kiedyś były: taką postawę prezentowało kiedyś jedno z porozumień związkowych podczas negocjacji stawki kapitacyjnej. Po to ją mamy, żeby nie płacić dodatkowo. **Ideą wprowadzenia opłaty w POZ było pozbycie się starszych osób z przychodni. Uważam, że to nieetyczne i nie w myśl etosu lekarza.**

PYTANIE 2

Czy dobrym pomysłem na likwidację absurdów w medycynie byłoby np. stworzenie przy Prezydencie RP Zespołu ds. likwidacji absurdów w medycynie?

DR MAŁGORZATA GAŁĄZKA-SOBOTKA: NIE. Lista absurdów jest znana od lat. Część z nich może być zlikwidowana tylko przez ministra zdrowia lub prezesa NFZ. Jak eliminować absurdy? **Absurd jest jak dwutlenek węgla, zawsze jest w powietrzu. Można jednak zmniejszyć jego stężenie.** Rozliczajmy efekty pracy poszczególnych organów władzy publicznej i menedżerów placówek w kontekście ich zdolności i skuteczności w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych. Apetyt na likwidowanie absurdów i skuteczność w tym procesie natychmiast wzrosną.

SENATOR TOMASZ GRODZKI: NIE. To zadanie Ministerstwa Zdrowia i NFZ. Zadaniem środowiska i mediów jest wskazywanie takich absurdów i to powinno skłaniać decydentów do działania.

PROF. PIOTR HOFFMAN: NIE. Powołanie kolejnych ciał doradczych nie doprowadziło jeszcze do rozwiązania jakiegokolwiek problemu. **Jestem pesymistą, jeśli chodzi o wprowadzenie zmian w ochronie zdrowia, o ile nie przestanie być ona areną walki politycznej i realizacji partykularnych interesów.** Stworzenie nowego systemu, przyjaznego pacjentom i lekarzom (i innym zawodom medycznym) oraz jego wdrożenie jest znacznie dłuższe niż okres miedzy wyborami. Dlatego jakikolwiek patronat polityczny, nawet Prezydenta RP, nie będzie sprzyjał pracom.

PROF. KRZYSZTOF J. FILIPIAK: NIE. Urząd Prezydenta RP niech zajmie się przestrzeganiem konstytucji. **Powołanie takiego zespołu przy Prezydencie RP to trochę jak inicjatywa stworzenia komitetu walki z parówkowymi skrytożercami z filmu Barei...** Reformę ochrony zdrowia można przeprowadzić normalnym trybem ustawodawczym, kiedy ma się wizję i plan funkcjonowania systemu. I trzeba to zrobić w normalny sposób, po społecznych konsultacjach, angażując ekspertów i wsłuchując się w ich głosy.

DR MICHAŁ SUTKOWSKI: NIE. Powaga urzędu Prezydenta RP nie może być ośmieszana zagadnieniami deregulacji systemu i jego szczegółowej naprawy. Winni to wykonać po konsultacjach wzajemnych urzędnicy MZ, pracownicy NFZ, świadczeniodawcy i świadczeniobiorcy, pracownicy ZUS, opieki społecznej itd. **Urząd Prezydenta RP mógłby objąć honorowym patronatem zmiany systemu opieki zdrowotnej w ogólnym zakresie.**

SZYMON CHROSTOWSKI: NIE. Mamy Sekcję ochrony zdrowia w Narodowej Radzie Rozwoju przy prezydencie. Te osoby naprawdę wiele robią. Dzięki nim mamy ustawę o zakazie solariów, o Narodowej Strategii Walki z Rakiem, pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej. To są inicjatywy ustawodawcze. Brakuje jednak jednego człowieka, który zebrałby to wszystko razem i zaczął naprawiać legislację. Za czasów ministra Konstantego Radziwiłła powstawały takie zespoły do naprawy systemu. I co? I nic... Nikt nie wziął pod uwagę wypracowanych rekomendacji. Dlatego nie wierzę w zespoły. Obecnie sam postulowałem wiele prostych rozwiązań, które ułatwią życie lekarzom, pielęgniarkom, dyrektorom szpitali. I co? I nic. Pełna inercja i imposybilizm wewnętrzny. **Recepta jest taka: musiałby się znaleźć jeden odważny...**

Głosuj na zdrowie!

☐ TAK ☐ NIE

PYTANIE 3

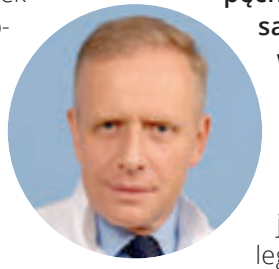
Czy pacjenci powinni mieć możliwość dopłacania do zabiegów i usług ponadstandardowych, np. w sytuacji zastosowania nierefundowanych soczewek podczas operacji zaćmy albo wyższej jakości implantów w przypadku endoprotezowania biodra?

DR MAŁGORZATA GAŁĄZKA-SOBOTKA: TAK. Żadnego kraju nie stać, aby wszystkim zagwarantować dostęp do najnowszych technologii. To nam, obywatelom, powinno się pozostawić wybór, czy nasze oszczędności chcemy zainwestować w wakacje, nowy samochód, czy lepszą technologię wykorzystaną przy zabiegu. Takie rozwiązanie nikomu niczego nie odbiera, daje jedynie możliwość rozszerzenia opcji terapeutycznych dla tych, którzy są gotowi w to zainwestować.

SENATOR TOMASZ GRODZKI: TAK. Jednak aby wprowadzić jakiekolwiek dopłaty, należy precyzyjnie zdefiniować, co się należy bezpłatnie, a do czego można dopłacić. Używam słowa „można", a nie „trzeba". **Uwaga: dopłata nie może powodować przeskoczenia kolejek: należy je likwidować, a nie tworzyć mechanizm ich omijania.**

PROF. PIOTR HOFFMAN: TAK. Pacjenci powinni mieć możliwość dopłaty do zabiegów i usług, także tych standardowych, ale z wykorzystaniem nowszego sprzętu diagnostycznego czy terapeutycznego zawsze, gdy to tylko możliwe.

PROF. KRZYSZTOF J. FILIPIAK: TAK. Na tym właśnie powinna polegać idea koszyka gwarantowanego. W koszyku powinna się znaleźć możliwość wykonania określonego zabiegu w określonym czasie (np. do 6 miesięcy) z użyciem najtańszej technologii (np. najtańszej soczewki) w podstawowym miejscu świadczenia takiej usługi. **Pacjent, który chce mieć przeprowadzony ten zabieg za miesiąc (a nie za 6 miesięcy), musiałby dopłacić** (sic). Jeśli chce mieć lepszą soczewkę, dopłacałby różnicę do tej najtańszej gwarantowanej z ubezpieczenia. **Jeśli chce mieć przeprowadzony zabieg w ośrodku wyższej referencyjności (np. w klinice uniwersyteckiej, a nie w szpitalu powiatowym czy ośrodku prywatnym), również dopłacałby różnicę. Fikcją jest myślenie, że usunięcie pęcherzyka żółciowego kosztuje tyle samo w szpitalu powiatowym co w klinice uniwersyteckiej.**



DR MICHAŁ SUTKOWSKI: TAK. Świadczenia ponadstandardowe na każdym poziomie opieki nieznajdujące się w koszyku świadczeń podlegałyby komercyjnym dopłatom lub opłatom pacjenta.

SZYMON CHROSTOWSKI: TAK. Ale w taki sposób, by nie dyskryminować tych, których na to nie stać. Niezbędne jest wcześniejsze określenie koszyka świadczeń – co jest gwarantowane, a co ponad standard. Do tej pory żadnemu ministerstwu się to nie udało. Można zadać tylko pytanie: dlaczego to się nie udało?

Głosuj na zdrowie!

PYTANIE 4

Z jakimi absurdami systemu ochrony zdrowia styka się Pan/Pani w swojej pracy?

☐ TAK ☐ NIE

DR MAŁGORZATA GAŁĄZKA-SOBOTKA: Momentami ma się wrażenie, że jesteśmy zanurzeni w oparach absurdów. To np. **sztuczne utrzymywanie łóżek szpitalnych**, pod pozorem presji społecznej i ryzyka politycznego, gdy tymczasem nowoczesny szpital to swoista fabryka świadczeń ambulatoryjnych, gwarantujących szybką diagnozę i skuteczne leczenie. **Polaków frustrują trzydniowe pobyty w szpitalu tylko po to, aby zrobić kilka badań, które pochłaniają w sumie nie więcej niż 6-8 godzin.** Z kolei **mechanizm płacenia za każdą wizytę zachęca do mnożenia konsultacji**, a tym samym przedłużania procesu ustalenia planu leczenia, co ma negatywne skutki dla zdrowia pacjenta. **Moja córka doświadczyła ostatnio trzech wizyt u okulisty tylko po to, aby ustalić, czy przy wymianie okularów należy zmienić moc szkieł**.

Inne absurdy to **tysiące danych sprawozdawanych do NFZ, nigdy niewykorzystanych, absurdalne wymogi sprzętowe i kadrowe**, które nijak się mają do jakości opieki i satysfakcji pacjenta. Nie mniej absurdalny jest **tryb rozstrzygania wniosków w RDTL** (Ratunkowy Dostęp do Technologii Lekowych). Zamiast tradycyjnego składania wniosku wystarczyłaby prosta aplikacja, która sprawia, że informacje przekazane przez lekarza trafią do MZ, a potem do AOTMiT, a narzędzie pozwoli przeprowadzić szybkie konsultacje z ekspertami klinicznymi, archiwizujące ich przebieg. **Absurdem jest też to, że w sektorze publicznym nie udaje się zaplanować wizyt pacjentów i uchronić ich od wielogodzinnego oczekiwania w tłumie na zaplanowaną konsultację.**

SENATOR TOMASZ GRODZKI: Jeden z największych absurdów, w odniesieniu do wielu jednostek chorobowych, polega na tym, że **aby szpital otrzymał wyższe środki za leczenie chorego, musi go hospitalizować przez minimum 72 godziny**. Wielu chorych, którzy mogliby opuścić szpital tego samego dnia (np. po drobnym zabiegu chirurgicznym wymagającym znieczulenia ogólnego), jest sztucznie trzymanych przez 3 dni, gdyż zapłata za procedurę ambulatoryjną lub jednodniową jest dużo niższa niż za tzw. pełną hospitalizację. **Inny absurd: przekazanie chorego z interny w jednym szpitalu na chirurgię w drugim może się odbyć natychmiast, ale gdy oba oddziały są w tym samym szpitalu, to aby otrzymały pieniądze z NFZ za swoje procedury, między wypisem z jednego oddziału na drugi musi być co najmniej 14 dni odstępu.**

Kolejny absurd: **NFZ świetnie liczy liczbę wykonanych procedur medycznych, ale prawie nie ma instrumentów do kontroli jakościowej**. Przykład: przy złamaniu podudzia chory może otrzymać płytkę metalową za ok. 30 zł, która zardzewieje po tygodniu, a pacjent usłyszy oszukańczą informację, że „organizm odrzucił materiał". Może otrzymać przyzwoity implant za ok. 400 zł, jeśli jest starszy i niezbyt aktywny, ale jeśli jest młodym, aktywnym sportowo człowiekiem, to powinien otrzymać optymalną płytkę za ok. 900 zł. **80-90 proc. szpitali funduje chorym płytki za 30 zł, kierując się rachunkiem ekonomicznym, a nie dobrem chorego. Wywołuje to oczywiście powikłania i finalnie leczenie de facto kosztuje dużo więcej.**

Absurd RODO: pod płaszczykiem ochrony danych osobowych co gorliwsze dyrekcje szpitali narażają na szwank bezpieczeństwo chorych, zabraniając trzymania przy łóżkach kart gorączkowych (nawet jeśli są w zamkniętych kasetkach) lub każe je zlikwidować, mimo że instrukcja co do interpretacji RODO wydana przez Ministerstwo Cyfryzacji dopuszcza karty gorączkowe przy łóżku (naturalnie pod wzmiankowanymi rygorami). Mamy unikać używania nazwisk pacjentów, raczej stosować imiona, i to dyskretnie. Człowiek ma wiele organów parzystych, dlatego mam poważne obawy, że prędzej czy później

ABSURDY SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA WG. NASZYCH ROZMÓWCÓW

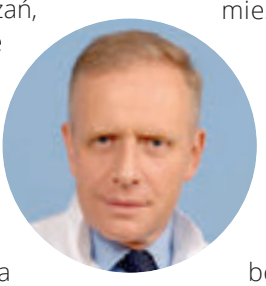
- sztuczne utrzymywanie łóżek szpitalnych
- trzydniowe pobyty w szpitalu
- tryb rozstrzygania wniosków w RDTL
- wielogodzinne oczekiwanie w tłumie na zaplanowaną konsultację
- absurdy RODO
- zmiana co 2 miesiące listy refundacyjnej leków
- liczenie przez NFZ wykonanych procedur medycznych, przy niemal całkowitym braku instrumentów do kontroli jakościowej

z powodu RODO ktoś straci nie tę nerkę, nogę czy płuco, albo np. zamiast żołądka wytną mu kawałek jelita. Za absurd uważam także **dramatyczny wzrost ceny leku przeciwwirusowego w syropie dla dzieci po transplantacjach (niemającego tańszego zamiennika) z 3,20 zł do ponad 1000 zł za butelkę**.

PROF. PIOTR HOFFMAN: Absurdy w medycynie są wynikiem nadmiaru regulacji. Od pewnego czasu stara się medycynę ubrać w algorytmy postępowania, wdrożyć zarządzanie procesem diagnostycznym i terapeutycznym na wzór korporacyjny. Doceniając korzyści, a czasem konieczność takich rozwiązań, trzeba dostrzec ich szkodliwe następstwa. Ruguje się pacjenta i jego problem z centrum uwagi lekarza. System staje się nieprzyjazny dla pacjentów, szczególnie w przypadku schorzeń skomplikowanych, nietypowych, kosztochłonnych, trudnych w rozliczeniu z płatnikiem, wymagających długiej hospitalizacji. W relację pacjent-lekarz wkradają się nieufność, napięcie, nerwowość. Nie ma czasu na empatię, ciepłe relacje, zdobycie wzajemnego zaufania, pojawia się technokratyczna rutyna.

W moim przekonaniu absurdy wynikają głównie z małej ilości medycyny w medycynie rozumianej jako służba choremu wiedzą i sercem.

PROF. KRZYSZTOF J. FILIPIAK: Cały obecny system zbudowany jest z absurdów powstałych z braku całościowej wizji funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce. **Absurdem w szpitalach jest to, że lekarze na kontraktach zarabiają kilkakrotnie więcej niż ordynator na etacie.** To samo dotyczy rezydentów, którzy na niektórych oddziałach zarabiają więcej niż specjaliści zatrudnieni od lat na szpitalnym etacie. Absurdem jest kładzenie chorych do szpitala w celu wykonania wielu badań, które można by wykonać ambulatoryjnie lub w trakcie jednodniowej hospitalizacji. Absurdem jest przerzucenie na szpitale opieki nocnej nad chorymi podstawowej opieki zdrowotnej, co uczyniła reforma ministra Radziwiłła. Absurdem jest wycena wielu procedur, powodująca zadłużanie się niektórych, wybranych oddziałów. Absurdem jest zmiana co 2 miesiące listy refundacyjnej leków, która budzi wiele emocji, powoduje czasami ogromne podwyżki za lek, będący dotąd bardzo tani, a która nie wprowadza od lat istotnych nowych leków na te listy. Absurdem jest przerzucenie wielu obowiązków administracyjnych na lekarzy, których mamy najmniej w Europie na 10 000 mieszkańców.



DR MICHAŁ SUTKOWSKI: W pracy lekarza rodzinnego stykam się codziennie z dziesiątkami absurdów. Mają one charakter systemowy, prawny, biurokratyczny i to za nie trzeba się tłumaczyć przed pacjentem i ponosić próbę ich ograniczenia. Czynimy to z coraz większą niechęcią i niecierpliwością. **Irytuje brak reakcji decydentów. Część absurdów w chaotycznym, niedofinansowanym systemie tworzą pracownicy ochrony zdrowia, dużą część poprzez roszczeniowość i brak edukacji sami chorzy.**

SZYMON CHROSTOWSKI: Jest ich miliony. **Wiele takich absurdów, gdyby nie interwencje organizacji pacjenckich, zakończyłoby się śmiercią człowieka. Przykładowa sytuacja: stwierdzony nowotwór, wydana dokumentacja – a pacjent sobie sam poszuka leczenia.** Albo najczęstsza: lekarz nie wydaje karty DILO (Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego), bo nie. Nie ma czasu, komputera, chęci...

Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży jest ważne

W połowie czerwca w Sejmie odbyła się podkomisja stała do spraw zdrowia psychicznego. Spotkanie było poświęcone profilaktyce i opiece w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Głos w dyskusji zabrali m.in. wiceminister zdrowia Zbigniew Król, posłanka Józefa Hrynkiewicz, posłanka Krystyna Wróblewska, prof. Janusz Heitzman, prof. Jacek Wciórka.

FOT. TOMASZ ADAMASZEK

POLICJA

FOT. TOMASZ ADAMASZEK

PROF. DR HAB. N. MED. PIOTR GAŁECKI, *specjalista psychiatra, specjalista seksuolog, kierownik Kliniki Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, dyrektor ds. lecznictwa w szpitalu im. J. Babińskiego w Łodzi, konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii, wykładowca Krajowej Szkoły Sądownictwa i Prokuratury w Krakowie, pomysłodawca i współorganizator Międzynarodowego Kongresu Psychiatrii Sądowej. Jego szczególne zainteresowania to problematyka przestrzegania praw pacjentów leczonych z powodu zaburzeń psychicznych. Jest również twórcą nowatorskiej, neurorozwojowej teorii depresji.*

Więcej depresji, zaburzeń lękowych: to wyzwania dla polskiej psychiatrii

Z **PROF. PIOTREM GAŁECKIM**, KIEROWNIKIEM KLINIKI PSYCHIATRII DOROSŁYCH UM W ŁODZI, KONSULTANTEM KRAJOWYM DS. PSYCHIATRII, ROZMAWIA KATARZYNA PINKOSZ.

Dlaczego coraz więcej osób w Polsce potrzebuje wsparcia ze strony psychologa i psychiatry?

W Polsce, podobnie jak w innych krajach UE, następuje szybki wzrost rozpowszechniania zaburzeń psychicznych. Coraz częściej psycholodzy i psychiatrzy spotykają się z zaburzeniami depresyjnymi, lękowymi lub z zaburzeniami snu. Zaburzenia snu mogą być wtórne do depresji, zaburzeń lękowych lub uzależnienia, bywają jednak też objawami izolowanymi lub powiązanymi z dużym obciążeniem, np. pracą, migracją, stresem.

Dlaczego coraz częściej wpadamy w depresję, coraz częściej mamy lęki, mimo że obiektywnie żyje nam się coraz lepiej?

FOT. TOMASZ ADAMASZEK

Żyjemy w innych warunkach niż kiedyś: zdecydowanie szybciej, bardziej samotnie, a jednocześnie w bardzo dynamicznym świecie, szybko się zmieniającym. Tym, co odróżnia teraźniejszość od przeszłości, jest brak stabilności w każdej sferze życia: społecznej, zawodowej i rodzinnej. Dodatkowo ciągle jesteśmy informowani o różnych negatywnych i zagrażających sytuacjach, co sprawia, że żyjemy w stałej sytuacji zagrożenia i lęku.

Ma to istotny wpływ na nasz organizm, ponieważ nie odróżnia on w sensie biologicznym realnej sytuacji zagrożenia od zagrożenia przewidywanego lub oczekiwanego (lęku). Zarówno realne zagrożenie, jak i lęk powodują mobilizację w kierunku prozapalnym układu immunologicznego (wzrasta stężenie interleukiny I, interleukiny VI i innych cytokin prozapalnych) oraz powoduje nadmierną aktywację osi przysadka-podwzgórze-nadnercza (wzrasta poziom kortyzolu). Takie zmiany w organizmie związane są z mobilizacją części współczulnej układu immunologicznego i licznymi objawami somatycznymi.

Pojawienie się depresji, zaburzeń lękowych zależy od trzech czynników: naszej osobowości, naszych genów i od tego, w jakim środowisku żyjemy. Nasze geny nie zmieniają się od pokoleń. Osobowość jest dość stałym konstruktem kształtowanym przez naszych rodziców w trakcie wychowania. To, jak się odżywiamy i w jakim środowisku żyjemy, poprzez mechanizmy epigenetyczne, wpływa na zwiększoną podatność na depresję, zaburzenia lękowe czy uzależnienia.

Czyli można się spodziewać dalszego wzrostu osób z depresją?

W Polsce rozpowszechnienie depresji jest jednym z niższych w Unii Europejskiej. Nie oznacza to, że jesteśmy populacją bardziej odporną na te zaburzenia lub że stosujemy lepsze schematy leczenia. Moim zdaniem szczyt zachorowalności na zaburzenia depresyjne w Polsce jest dopiero przed nami. Od 2008 do 2018 roku o 30 proc. wzrosła w naszym kraju sprzedawanych opakowań leków przeciwdepresyjnych. W 2017 roku codziennie lek przeciwdepresyjny przyjmowało 1 milion 700 tysięcy dorosłych Polaków. Jest to około 8-10 proc. dorosłej populacji.

Gdyby te liczby zsumować, to oznacza, że już dziś co dziesiąty Polak ma depresję, a mówi Pan, że zapadalność na depresję będzie jeszcze większa. To co zrobić, by się przed nią chronić?

To, co jest dobre dla serca, jest też dobre dla mózgu. Tak więc warto zadbać o odpoczynek po pracy, uprawianie sportu, właściwe odżywianie czy prowadzić zdrowy styl życia. Nie da się jednak wszystkiego wyeliminować, ponieważ nie zmienimy współczesnego stylu życia. Dlatego jeśli pojawią się jakiekolwiek objawy, takie jak: przygnębienie, uczucie zmęczenia, anhedonia, zaburzenia snu, kłopoty z koncentracją, obniżone libido, trzeba skonsultować się z psychologiem, lekarzem psychiatrą lub lekarzem rodzinnym.

Korzystanie z portali społecznościowych jest powszechne. Ciągłe przebywanie na Facebooku i innych forach jest dobre dla psychiki?

Nie, ponieważ stwarza to złudne przekonanie, że ma się dużą liczbę znajomych, co daje pozorne poczucie bezpieczeństwa i wsparcia. Gdy dochodzi do kryzysu choroby, sytuacji przewlekłego stresu, lajki i liczba znajomych na Facebooku lub Instagramie nie przyniosą nam odpowiedniej pomocy, takiej jak bliskie relacje z rodziną, znajomymi czy przyjaciółmi. Prawdziwą grupą wsparcia w sytuacji stresu są realni znajomi, a nie dynamiczne, ciągle zmieniające się fora internetowe.

Skoro liczba osób mających problemy z psychiką rośnie, to jak z tymi rosnącymi problemami psychicznymi Polaków radzi sobie polska psychiatria?

W lipcu mija rok od wdrażania pilotażu 27 centrów zdrowia psychicznego, które obejmują zasięgiem 10 proc. populacji dorosłych. Wstępne dane są pozytywne: w tych ośrodkach spadła liczba hospitalizacji o około 20-30 proc. Nie mamy na razie danych dotyczących liczby zwolnień lekarskich, prób samobójczych czy dokonanych samobójstw, ponieważ na taką analizę jest jeszcze za wcześnie. Wszystkie ośrodki, które utworzyły Centra Zdrowia Psychicznego, mimo pewnych trudności wynikających z kontraktów z NFZ, są pozytywnie nastawione do pilotażu. Nie ma ośrodka, który chciałby się wycofać z tej formy opieki. Sprawdza się model opieki centrum zdrowia psychicznego, która gwarantuje leczenie ambulatoryjne, a także na oddziale dziennym, całodobowym, w zespole leczenia środowiskowego. Kolejne ośrodki chcą przystąpić do pilotażu. Wydaje się, że opieka środowiskowa jest dobrym rozwiązaniem. W przypadku nagłego zachorowania centrum zdrowia psychicznego ma obowiązek udzielić pomocy pacjentowi w ciągu 72 godzin. Nie spotkałem się z jakąkolwiek skargą lub sytuacją, że pacjentowi nie była udzielona pomoc. Nie oznacza to, że jest to pomoc specjalisty psychiatry, gdyż często wystarcza pomoc wykwalifikowanej pielęgniarki lub ratownika medycznego.

Psychiatria dziecięca jest w tragicznym stanie. W przypadku osób dorosłych można powiedzieć, że opieka psychiatryczna jest krok do przodu?

Tak. Dzięki pilotażowi idziemy naprzód, wprowadzanie zmian to zawsze możliwość znalezienia lepszych rozwiązań. Oczywiście, są wątpliwości związane ze współpracą z NFZ i finansowaniem. Uważam jednak, że pilotaż to był krok w bardzo dobrym kierunku. Przed nami także reforma psychiatrii dziecięco-młodzieżowej, nowy model opieki 3-stopniowej. Ministerstwo Zdrowia przedstawi te zmiany wczesną jesienią.

PROF. PIOTR GAŁECKI

Moim zdaniem szczyt zachorowalności na zaburzenia depresyjne w Polsce jest dopiero przed nami. Od 2008 do 2018 roku o 30 proc. wzrosła w naszym kraju sprzedawanych opakowań leków przeciwdepresyjnych.

FOT. TOMASZ ADAMASZEK

Przez wiele lat nakłady na psychiatrię były dramatycznie niskie. Ostatnio coś drgnęło?

Nakłady na psychiatrię są relatywnie niższe niż na inne dziedziny medycyny. Polska psychiatria jest wyceniana od wielu dekad zbyt nisko. W Europie średnie nakłady na psychiatrię to około 6 proc. globalnych nakładów na zdrowie, natomiast w Polsce: 3,4 proc. Dopóki tego nie zmienimy, to możemy mieć bardzo dobrych psychiatrów, możliwość stosowania nowoczesnych leków, ale będzie nam brakować optymalnej opieki, gdyż infrastruktura w większości szpitali psychiatrycznych nie spełnia oczekiwań, szczególnie jeśli chodzi o dostępność. Współcześnie w każdej dziedzinie medycyny: kardiologii, onkologii, ortopedii, a także psychiatrii ma to kolosalne znaczenie. Jeśli chodzi o zmianę modeli opieki ze szpitalnej na środowiskową, to również nie uda się tego zrobić z dnia na dzień. Gdy przeprowadzono reformę we Włoszech, to od pewnej daty zaprzestano przyjmowania pacjentów do szpitali psychiatrycznych. Jednak sam przebieg zmian trwał około 20 lat. W mojej opinii czeka nas długi proces.

Liczba psychiatrów dla dorosłych w Polsce jest wystarczająca?

W Polsce pracuje obecnie 4165 psychiatrów ze specjalizacją, a ich liczba systematycznie wzrasta. Gdy 5 lat temu powołano mnie na stanowisko konsultanta krajowego, było 3500-3600 psychiatrów. Zawsze otrzymujemy od Ministerstwa Zdrowia taką liczbę miejsc rezydenckich, o jaką wnioskujemy. Nie zauważam utrudnień w robieniu specjalizacji. Specjalizacja z psychiatrii cieszy się dużą popularnością wśród absolwentów uczelni medycznych. Średnio co roku do egzaminu specjalizacyjnego przystępuje około 200 osób. Część osób nie zdaje egzaminu, inna część przechodzi na emeryturę, dlatego liczba psychiatrów zwiększa się o około 80 w ciągu roku. A jeśli chodzi o wiedzę i umiejętności polskich psychiatrów, to w mojej opinii jest ona na poziomie światowym, czego dowodem był zjazd Europejskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, który odbył się w tym roku w Warszawie.

A jak Pan ocenia dostęp do nowoczesnych leków w psychiatrii?

Mamy dostęp do wszystkich nowoczesnych leków przeciwdepresyjnych, które są w Europie i na świecie. Nie wszystkie są refundowane: 2-3 nowe preparaty są w trakcie procesu refundacyjnego. W grupie leków przeciwpsychotycznych wszystkie leki są refundowane w formie ryczałtu lub bezpłatne. Firmy farmaceutyczne ubiegają się o refundację dwóch nowych substancji zarówno w Polsce, jak i w innych krajach europejskich. Istotną rolę w leczeniu schizofrenii ogrywają długodziałające leki przeciwpsychotyczne. W Polsce refundowane są preparaty podawane w iniekcjach co 2 tygodnie oraz co miesiąc, a w procesie refundacyjnym jest substancja czynna, którą można podawać raz na 3 miesiące. Mam nadzieję, że w tym roku uda się ten lek wprowadzić do refundacji z korzyścią dla naszych pacjentów.

Co Pana zdaniem należałoby jak najszybciej poprawić w psychiatrii dorosłych?

Na pewno wycenę leczenia, która nie pokrywa obecnie kosztów funkcjonowania szpitali psychiatrycznych. Dodatkowo wycena proponowana przez NFZ nie bierze pod uwagę kosztów leczenia chorób współistniejących. Jest to szczególnie istotny problem u pacjentów przebywających na detencji, ponieważ zwykle ich pobyty trwają kilka lat. W opinii środowiska możemy także zrezygnować z limitów czasowych porad ambulatoryjnych. Bardzo istotne znaczenie w mojej opinii w finansowaniu psychiatrycznej ochrony zdrowia powinny mieć urzędy marszałkowskie, gdyż w zależności od regionu Polski są różne zagrożenia mieszkańców w sferze zdrowia psychicznego. ▮

II Kongres Zdrowia Psychicznego

fot. Jacek Kruś

Co w systemie, co w terapiach

REDAGUJE KATARZYNA PINKOSZ

Dramat psychiatrii dziecięco-młodzieżowej

Od lat psychiatrzy alarmują o dramatycznym braku miejsc na oddziałach dziecięco-młodzieżowych. Dopiero, kiedy w szpitalu w Gdańsku doszło do gwałtu na 15-letniej dziewczynie przebywającej na oddziale dla dorosłych, prokuratura wszczęła śledztwo. Jak to się stało, że 15-latka znalazła się na oddziale dla dorosłych?

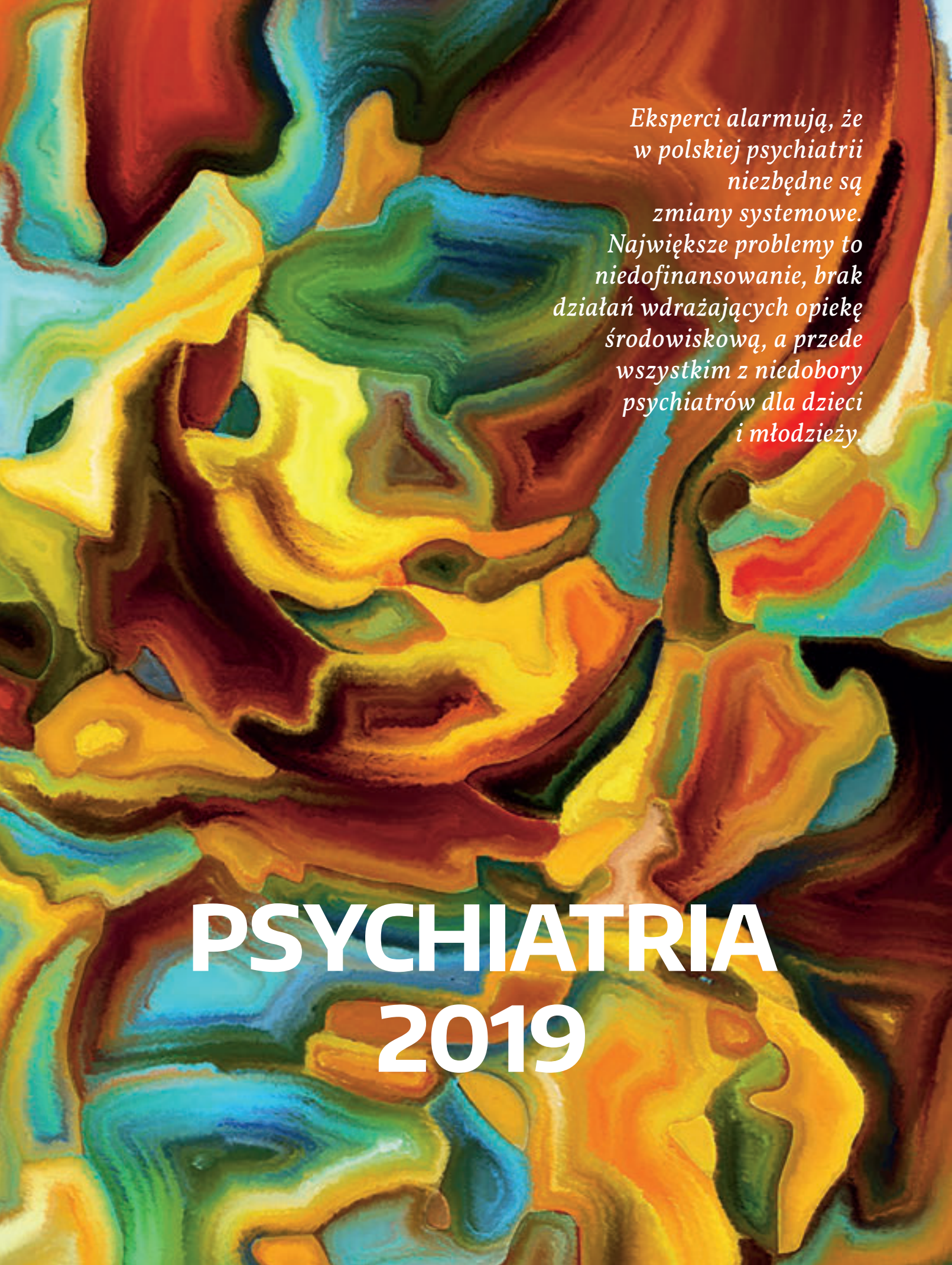
– Stanowisko Zarządu Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, a także moje, było takie, że aby pomóc w kryzysie, ustaliliśmy, że w sytuacji, jeśli jest problem detoksykacyjny związany z dopalaczami, narkotykami i innymi substancjami psychoaktywnymi, możemy przyjąć na oddział dla dorosłych pacjenta powyżej 16. roku życia – mówi prof. Piotr Gałecki, konsultant krajowy ds. psychiatrii dorosłych.

FOT. TOMASZ ADAMASZEK

Zastrzega jednak, że chodziło wyłącznie o procedury detoksykacyjne i związany z nimi stan zagrożenia życia, w sytuacji, gdy u osoby powyżej 16. roku życia będą wykonywane te same procedury detoksykacyjne jak u osoby dorosłej.
– To zupełnie inna sytuacja niż leczenie depresji lub zaburzeń lękowych u 15- czy 16-latka – dodaje prof. Piotr Gałecki.
Brak miejsc na oddziałach dziecięco-młodzieżowych spowodował jednak, że w tym roku pojawiło się również pismo NFZ zapewniające, że fundusz zapłaci za przyjęcie pacjentów młodzieżowych na oddziały dla dorosłych, jeśli dyrektor szpitala wyrazi na to zgodę. – W takim przypadku dyrektor szpitala musi jednak zapewnić możliwość odizolowania dziecka od sytuacji demoralizacji czy przemocy. Musi również dysponować odpowiednim personelem, ponieważ koszyk świadczeń gwarantowanych jest inny dla pacjenta poniżej i powyżej 18. roku życia. Ja nie zdecydowałbym się na przyjęcie 15-latki na oddział dla dorosłych. W koszyku świadczeń gwarantowanych wymagana jest inna liczba psychologów, psychiatrów, z zupełnie innym wykształceniem, gdyż psychiatria dzieci i młodzieży jest zupełnie inną specjalizacją. Nie rekomendowałbym takiego rozwiązania – dodaje prof. Gałecki. ▮

Zbudujmy nowe ministerstwo zdrowia

Podczas ostatniej debaty z cyklu „Wspólnie dla Zdrowia", która odbywała się pod koniec czerwca, przedstawiono zarys rekomendacji, w jaką stronę powinien iść system ochrony zdrowia w Polsce. Znalazły się wśród nich: zmiana myślenia o własnym zdrowiu (Polacy powinni przestać uważać, że za stan ich zdrowia odpowiada „państwo", „ochrona zdrowia", a nie oni sami); profilaktyka (m.in. lekcje w szkole na temat zdrowia), zmniejszenie liczby hospitalizacji (dzięki lepszej opiece ambulatoryjnej w przychodniach), współpraca w zakresie polityki społecznej i zdrowotnej.
– Stworzyliśmy system leczenia chorób, a musimy iść w kierunku jak najdłuższego utrzymywania obywateli w zdrowiu, czyli zbudować rzeczywiście prawdziwe ministerstwo zdrowia, które będzie dbało o to, by obywatele żyli dłużej w zdrowiu. Wymaga to zmiany priorytetów, położenia większego nacisku na profilaktykę, badania przesiewowe, wczesne wykrywanie chorób, czyli działania bardzo skuteczne, na które wydajemy stosunkowo niewiele pieniędzy. Ważne jest też dobre wykorzystanie środków unijnych, by dzięki nim nie tylko budować nowe szpitale, nowe bloki operacyjne i kupować nowoczesny sprzęt. Teraz trzeba przekształcić nasz system ochrony zdrowia w system nowoczesny, jak w innych krajach europejskich – mówi prof. Piotr Czauderna, koordynator Sekcji Opieki Zdrowotnej w Narodowej Radzie Rozwoju przy Prezydencie RP i członek Rady Społecznej debat „Wspólnie dla Zdrowia". ▮



Eksperci alarmują, że w polskiej psychiatrii niezbędne są zmiany systemowe. Największe problemy to niedofinansowanie, brak działań wdrażających opiekę środowiskową, a przede wszystkim z niedobory psychiatrów dla dzieci i młodzieży.

PSYCHIATRIA 2019

Hodowanie udręczonego mózgu, **czyli co może psychiatra**

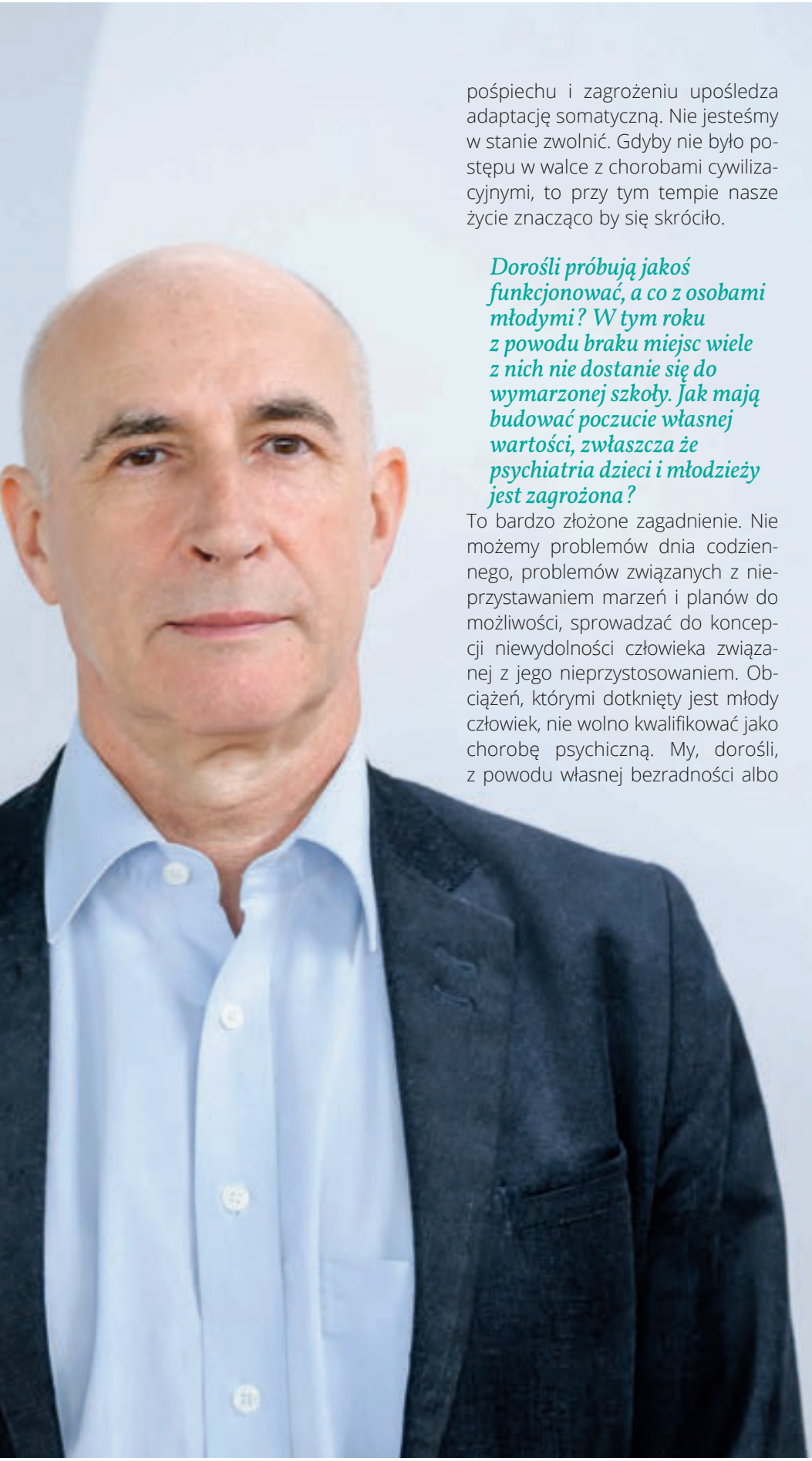
ROZMOWA Z **PROF. JANUSZEM HEITZMANEM**, DYREKTOREM INSTYTUTU PSYCHIATRII I NEUROLOGII, KIEROWNIKIEM KLINIKI PSYCHIATRII SĄDOWEJ IPIN.

Na ogół żyje nam się dobrze, mamy komórki, laptopy, nie brakuje jedzenia, przynajmniej w naszej części Europy. W zasadzie nie ma się czym martwić. A jednak są nieszczęśliwcy, którzy nie wytrzymują tego świata. Jakie widzi Pan największe zagrożenia dla człowieka?

Przede wszystkim lęk i poczucie niepokoju, że przy tak interesującym i coraz szerzej otwierającym się świecie nie zdążą przeżyć wszystkiego, na co mieliby ochotę. Że nie wykorzystają możliwości, które daje im współczesny świat w zakresie dostępu do wiedzy, do poznawania nowych obszarów, innych ludzi, również siebie. To poczucie, że nie zdążymy, wpływa na psychikę. Kiedyś świat był ograniczony do naszej miejscowości, do naszego miasta, kraju, a dzisiaj się otworzył. Zaczynamy gonić w pracy, brać dodatkowe obowiązki, przy czym nakładamy na siebie ograniczenia, dotyczące np. wypoczynku. Staramy się przyspieszyć coś, czego się nie da, bo nie jesteśmy w stanie zwiększyć prędkości ogarniania mózgiem wielu rzeczy naraz. Nasza uwaga staje się coraz bardziej podzielna, w czym można się łatwo zagubić. W pewnym momencie możemy stracić kontakt z rzeczywistością. Ktoś powie, że „odlecieliśmy", a dla psychiatry ten „odlot" może być diagnozą, rozpoznaniem zaburzeń lękowych związanych ze stresem, zaburzeń emocjonalnych i zachowania lub zaburzeń kontroli impulsów. Nasze relacje z innymi stają się coraz trudniejsze, w prostych, codziennych sprawach nie możemy się porozumieć.

Trudno rozpoznać takie osoby. Na co dzień mijamy ich tysiące – wydają się całkiem normalne.

Wszyscy wydają się normalni tylko na pozór. Pozorna normalność wynika z tego, że zmienia się wizerunek człowieka z zaburzeniami. I nie mówię o zaburzeniach psychicznych czy psychosomatycznych. Są zaburzenia niewidoczne dla innych. Przecież nie widzimy po kimś, że ma biegunki z lęku i niepokoju. Ma napięciowe bóle głowy, dławi się i zatyka gdy ma coś powiedzieć. Mówię także o zaburzeniach związanych z układem krążenia, o wzroście liczby chorób o charakterze cywilizacyjnym. Nadciśnienie i zaburzenia krążenia pozostają w bezpośrednim związku ze stanem psychicznym. Życie w permanentnym lęku,



pośpiechu i zagrożeniu upośledza adaptację somatyczną. Nie jesteśmy w stanie zwolnić. Gdyby nie było postępu w walce z chorobami cywilizacyjnymi, to przy tym tempie nasze życie znacząco by się skróciło.

Dorośli próbują jakoś funkcjonować, a co z osobami młodymi? W tym roku z powodu braku miejsc wiele z nich nie dostanie się do wymarzonej szkoły. Jak mają budować poczucie własnej wartości, zwłaszcza że psychiatria dzieci i młodzieży jest zagrożona?

To bardzo złożone zagadnienie. Nie możemy problemów dnia codziennego, problemów związanych z nieprzystawaniem marzeń i planów do możliwości, sprowadzać do koncepcji niewydolności człowieka związanej z jego nieprzystosowaniem. Obciążeń, którymi dotknięty jest młody człowiek, nie wolno kwalifikować jako chorobę psychiczną. My, dorośli, z powodu własnej bezradności albo braku umiejętności, szukamy rozwiązania codziennych problemów, wpychając dzieci w objęcia psychiatrów. Trudności młodego człowieka związane z wyborem przyszłości staramy się często medykalizować. Jeżeli ktoś nie umie znaleźć swego miejsca, nie umie wybrać szkoły, nie jest w stanie określić, kim chce być, to znaczy, że jest nienormalny i trzeba go wysłać do lekarza. To ślepa uliczka!

Trudno lekarza obarczać misją naprawiania świata czy wychowywania społeczeństwa. Lekarz ma diagnozować chorobę, leczyć jej objawy, zaproponować skuteczne sposoby postępowania. Tam, gdzie choroby nie ma, a są zaburzenia w komunikacji na linii dziecko-dorośli, lekarz może jedynie podjąć misję zwrócenia uwagi, gdzie leży problem.

Kiedy lekarz rozpoznaje chorobę bądź objawy, które mogą być wyrazem zaburzeń emocjonalnych?

To jest związane z eskalacją pewnych stanów, które rozpoczynają się od zamykania w sobie, buntu, zaburzeń zachowania. Możliwość nawiązania relacji jest coraz trudniejsza albo ostatecznie zanika. Pojawiają się coraz większe zaburzenia zachowania, narastają zachowania o charakterze opozycyjno-buntowniczym, ale tak naprawdę jest to wyraz zagrożenia, poczucia bezradności i bezsilności. Dziecko przestaje reagować i nie realizuje sugerowanych mu rozwiązań, jednocześnie przestaje się uczyć, chodzić do szkoły, zamyka się w domu i szuka pomocy w komunikatorach elektronicznych. Szuka podobnych sobie i znajduje setki młodych ludzi, którzy przeżywają podobne stany bezradności i osamotnienia. I wtedy przestaje czuć się samotne. Tylko że łączenie się z podobnymi sobie wcale nie spowoduje, że trudności ulegną rozwiązaniu. Daje za to złudne poczucie bezpieczeństwa, bo w sytuacji eskalowania się stanu dyskomfortu

FOT. TOMASZ URBANEK/DDTVN/EAST NEWS

- nie można liczyć na skuteczne wsparcie ze strony znajomych w sieci. Pojawiają się coraz większe zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym. Młody człowiek albo zupełnie odcina się od rzeczywistości, albo szuka poprawy nastroju w środkach psychoaktywnych i wpada w pułapkę. Innym sposobem jest ucieczka w gry, w świat cyberprzestrzeni, gdzie mózg funkcjonuje na zasadzie automatyzmu, wyłącza się z konieczności odpowiadania i rozwiązywania dylematów, które stawia rzeczywistość. W końcu pojawiają się rozładowujące napięcie i lęk zachowania autoagresywne.

Z tego wynika jedno: że ani rodzice, ani lekarze nie mają na to wpływu i powstaje pętla.

Ta pętla musi być umiejętnie rozplątywana. Nasz system oświaty w ogóle nie jest przystosowany do tego, żeby rozwiązywać problemy zdrowia psychicznego, edukacji czy w ogóle cywilizacyjnego myślenia o higienie psychicznej.

Zapominamy, że mamy dwa obszary zdrowotne: zdrowie somatyczne i zdrowie psychiczne – równie ważne i równoważne. A w Polsce w zdrowie psychiczne się nie inwestuje (3,5 proc. z ogólnej sumy przeznaczonej na zdrowie, średnia europejska 6 proc.). Największą wartością jest dla nas inwestowanie w zdrowie somatyczne, które też nie doprowadza do stuprocentowego poczucia bezpieczeństwa. Psychiatrzy sami nie ratują systemu. Nie ma możliwości zachowania zdrowia somatycznego bez zdrowia psychicznego, bo mózg jest naczelnym organem, który całkowicie steruje naszym systemem egzystencjalnym. Tam, gdzie większą wagę przykłada się do sprawczej roli mózgu, tam więcej inwestuje się w profilaktykę zaburzeń psychicznych, przeznacza się większe środki na to, by stworzyć możliwości uzyskiwania adekwatnej pomocy psychologicznej w sytuacjach kryzysowych. Więcej się inwestuje w kształcenie pedagogów choćby w taki sposób, żeby nie obciążali uczniów nadmiernym materiałem do opanowania. Zwłaszcza taką wiedzą, do której poza szkołą już nigdy w ciągu swego życia nie sięgną.

Jeszcze kilka lat temu nie do pomyślenia było samobójstwo siedmiolatka.

Dawniej samobójstwa osób młodych częściej związane były z chorobą psychiczną. Dzisiaj są efektem kryzysu, bezradności. Zarówno w domu, jak i w szkole pojawiła się absurdalna konieczność dokręcania śruby. A dokręcanie śruby to dodatkowe eksploatowanie mózgu, nie poprzez nabranie dystansu, żeby mózg mógł wypocząć, tylko hodowanie mózgu, który jest wymęczony, udręczony, w którym już nic więcej się nie zmieści. Ci małoletni samobójcy to nie są dzieci ze schizofrenią czy depresją psychotyczną. Oni nie dają rady żyć w permanentnym zmęczeniu i udręczeniu.

Czy lekarze psychiatrzy prawidłowo diagnozują dzieci?

Psychiatrzy nie mają problemu ze zdiagnozowaniem urojeń, omamów, lęków, depresji itd. Natomiast często mamy kłopot z nazywaniem tzw. patologii społecznej, której skutkiem są zaburzenia komunikacji, funkcjonowania w odmiennym systemie wartości. Nie jest rolą psychiatry mówić, jak żyć. To zadanie pedagogiki, socjologii, religii, ale dzisiaj przeżywamy kryzys świata wartości. A w tym kryzysie człowiek zostaje sam, bez wsparcia. Co robić, żeby tworzyć satysfakcjonujące relacje z innymi ludźmi i żeby je utrzymać, jak definiować siebie w określonych rolach społecznych, co to znaczy być ojcem, co to znaczy być dobrym dzieckiem? Kolejna rzecz to nauka tolerancji, umiejętność rozpoznawania, akceptowania i przekazywania innym pozytywnych doznań. Dzisiaj trzeba się tego na nowo nauczyć. Młody człowiek nie wie, co to znaczy okazywać szacunek, pozytywne uczucia, jak przekazywać opinie w akceptowalny sposób.

Jaka w takim razie jest filozofia współczesnej psychiatrii wobec wyzwań XXI wieku?

Musimy zmieniać warunki życia, nauki, pracy. Efektywność nauki, efektywność pracy i zadowolenie z życia są wprost proporcjonalne do wysiłku i czasu poświęconego na wypoczynek. Nie da się człowieka „zajeździć". A wszyscy tego chcą. I ekonomiści, i politycy, i pracodawcy... Musimy obok obowiązkowych zadań stworzyć równoległy obszar czasowy i emocjonalny, poświęcony na wypoczynek, relaks i refleksję egzystencjalną. A ta refleksja to nic innego jak pozwolenie na udzielenie sobie odpowiedzi na pytania: jak żyć, żeby być szczęśliwym, żeby nie przeżywać lęku, by zachowywać prawidłowe relacje z otoczeniem.

Dlatego uważamy, że należy zmienić cel i rolę szkoły. Czasami naiwnie myślimy, że trudności i problemy młodych ludzi powstają w ich głowach z niczego, a one przecież rodzą się z tego co w szkole i w domu, tam też powinny być rozwiązywane. Nie w psychiatrycznym szpitalu! W programach nauczania powinny być bardziej zaznaczone psychologia i myślenie proegzystencjalne. Szkoła musi być bardziej nastawiona na kształcenie umiejętności komunikacji, przekazywanie wartości i opinii, rozwiązywanie problemów niż na realizację podstaw programowych. Jeśli nauczyciel tylko stawia zadania i sprawdza wiadomości, wprowadza młodego człowieka w stan niepokoju i stresu. Tymczasem temu powinno towarzyszyć uczenie radzenia sobie ze stresem. Bez tej umiejętności stres może zabić możliwości odtwórcze i zablokuje zasoby intelektualne z powodu lęku przed oceną. A my nie powinniśmy się bać oceny, powinniśmy myśleć o tym, czy to, czego nauczyliśmy się dzisiaj, przyda nam się w życiu jutro.

Rozmawiał Waldemar Nowak

O źródłach zapaści opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży

ROZMOWA Z **PROF. DR. N. MED. TOMASZEM WOLAŃCZYKIEM**, KIEROWNIKIEM KLINIKI PSYCHIATRII WIEKU ROZWOJOWEGO II WYDZIAŁU LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO.

FOT. TOMASZ ADAMASZEK

W polskiej opiece psychiatrycznej zaczynają się pozytywne zmiany, np. pilotaż opieki środowiskowej. Tymczasem psychiatria dzieci i młodzieży przechodzi głęboki kryzys. Brakuje miejsc na oddziałach, lekarze się zwalniają, bywa, że placówki są zamykane. Co jest specyficznego w opiece psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą, że dochodzi do takich sytuacji?

Kryzys w opiece psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą ma podobne przyczyny jak kryzys w całej ochronie zdrowia i całej psychiatrii. Uruchomienie pilotażu nie poprawiło znacząco całej opieki psychiatrycznej. W psychiatrii dziecięcej problemy narastały od lat. W 2014 roku powstał list otwarty środowiska psychiatrów dziecięcych informujący, że ta dziedzina jest na progu załamania. Przyczyn jest bardzo dużo. Przez pewien czas psychiatria dzieci i młodzieży była specjalizacją, którą można było robić po psychiatrii dorosłych, co spowodowało, że właściwie nie było dopływu specjalistów. Nigdy też nie była to specjalizacja popularna. Jest bowiem dramatycznie czasochłonna. Konsultacja psychiatryczna dziecka zajmuje osobie bardzo sprawnej 90 minut. Z opisaniem – 2 godziny. Osoba dorosła, która udaje się do psychiatry, zwykle sama opowiada o swoich problemach. Gdy na izbę przyjęć przychodzą rodzice np. z szalejącym, agresywnym, upośledzonym w stopniu umiarkowanym albo autystycznym 14-latkiem, samo badanie dziecka może trwać godzinę, a przecież trzeba jeszcze przeprowadzić pełny wywiad rodzinny, rozwojowy. Niekiedy wersje podawane przez rodziców mogą się dramatycznie różnić i potrzebny jest dodatkowy wywiad od asystenta rodziny lub kuratora.

Leczenie też nie jest łatwe...

U dzieci odsetek zaburzeń, w których leki są bezwzględnie wskazane, jest niewielki, a ilość leków zarejestrowanych dla tej populacji jest prawie żadna. W związku z tym często leczenie prowadzi się w warunkach eksperymentu leczniczego ze wszystkimi jego konsekwencjami prawnymi. Najpierw więc trzeba uzyskać świadomą zgodę opiekunów, a pamiętajmy, że większość ubezpieczeń odpowiedzialności zawodowej nie pokrywa warunków eksperymentu leczniczego.

Inne oddziaływania zapewne są równie czasochłonne.

Załóżmy, że jest to psychoedukacja z rodzicami. To zajmuje co najmniej godzinę. Czasem muszą przyjść ponownie, żeby omówić nowe problemy, odpowiedzieć na pytania, które zrodziły się w międzyczasie. Następnie psychoedukacja z dzieckiem. Potem przygotowanie dokładnej opinii do szkoły, ponieważ gdy napiszemy jednozdaniową prośbę o zindywidualizowanie wymagań, to szkoła odpowie, że zindywidualizowała i będzie jak było. W związku z tym opinia do szkoły to nawet 5 stron maszynopisu z wyszczególnieniem w punktach, co trzeba z dzieckiem konkretnie robić. Następnie opinia do MOPS, często do sądu rodzinnego.

Lekarze skarżą się na wypalenie.

Trudno się temu dziwić. Jest jakaś ograniczona liczba godzin, które można spędzić na rozmowach z nastolatkami, które mówią, że chcą się zabić. Potem jest konsultacja dziewczynki wykorzystywanej seksualnie i z przemocą fizyczną, potem agresywny autysta, który nic nie mówi, samookalecza się i bije głową o ścianę, a którego rodzice oczekują doraźnie pomocy. Atrakcyjność finansowa tej specjalizacji także była przez lata umiarkowana. Gdy jeszcze wiele lat temu przyjmowałem prywatnie, za wizytę otrzymywałem tyle samo co przyjmująca w gabinecie obok koleżanka innej specjalności. Kolejna wizyta u mnie trwała 45 minut, u niej 10. Kryzys jest także pochodną tego, że psychiatria dziecięca funkcjonuje niejako na styku trzech zaniedbanych, niedofinansowanych obszarów: systemu opieki zdrowotnej, oświaty i pomocy społecznej. Psychiatria dziecięca zbiera efekty zaniedbań w tych obszarach. Przez lata był taki nawyk, że dziecko problemowe, agresywne, wieziono do szpitala psychiatrycznego na zasadzie: zróbcie coś z nim.

PROF. TOMASZ WOLAŃCZYK

Zawsze powtarzam: dziecko nie trafia do psychiatry, dlatego że ma problem. Trafia, jeśli dorośli mają z nim problem.

To już widzę, dlaczego lekarze nie wybierają tej specjalizacji...

Także dlatego, że do niedawna tylko w sześciu z dziesięciu uniwersytetów medycznych były zajęcia z psychiatrii dziecięcej wedle mojej wiedzy w wymiarze kilkunastu godzin z ćwiczeniami, a w pozostałych pojedyncze wykłady w ramach psychiatrii.

A czy widzi Pan zmiany u młodych pacjentów wynikające ze zmieniających się realiów współczesnego świata?

Zapaść wynika też z tego, że bardzo wzrosła zgłaszalność do systemu opieki psychiatrycznej, ona narasta wykładniczo. Jeśli dziecko ma epizod depresyjny, to znacznie wcześniej niż kiedyś podejmuje próbę samobójczą. To jest prawdopodobnie związane z dostępnością wiedzy, wzorców. Bo myśl o samobójstwie jako sposobie rozwiązania problemów nie pojawia się naturalnie, a teraz takie wzorce funkcjonują powszechnie, zwłaszcza w Internecie, w obszarach dostępnych dla młodych ludzi. Podobnie jest z samookaleczeniami. Dzieci w ten sposób próbują sobie radzić, czasami jest to jedyna forma wołania o pomoc, na którą reagują dorośli. Zawsze powtarzam: dziecko nie trafia do psychiatry, dlatego że ma problem. Trafia, jeśli dorośli mają z nim problem.

Wiceminister zdrowia Zbigniew Król zapowiedział na wrzesień tego roku start nowego modelu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. Pan pracował w zespole, który opracowywał założenia tego programu. Proszę powiedzieć, na czym on polega.

Chcieliśmy odejść od takiego mitycznego założenia, że skoro nie ma psychiatrów dziecięcych, to nie będzie opieki. Nie ma ich i nie będzie w najbliższym czasie. Musimy uznać, że polski system, w którym na pierwszej linii pracy z dziećmi z zaburzeniami, z różnego rodzaju dysfunkcjami, jest psychiatra, to najdroższy model opieki, w który właściwie nie funkcjonuje nigdzie w Europie. Np. w Skandynawii dziecko musi trafić w ciągu tygodnia do poradni, ale to nie jest wizyta u psychiatry. Przyjmuje je psycholog lub pielęgniarka ze specjalizacją psychiatryczną. Na wizytę u psychiatry może czekać pół roku, ale jest już pod opieką. Nasza reforma polega na tym, żeby powstały poradnie psychologiczne, takie, w których nie ma psychiatry. Elementem tego jest zniesienie skierowań do psychologów. Teraz jest tak, że aby dostać się w poradni zdrowia psychicznego do psychologa, trzeba mieć skierowanie od psychiatry. Te poradnie psychologiczno-psychoterapeutyczne będą pierwszą linią selekcji. Naprawdę ogromny odsetek dzieci trafiających po konsultację do szpitali psychiatrycznych nie musi być pod opieką psychiatry. Albo dopiero w pewnym momencie, po diagnozie psychologicznej, po wdrożeniu interwencji wychowawczych, edukacyjnych, jeśli okażą się nieskuteczne. W takiej poradni powinien być psycholog, psychoterapeuta i psychoterapeuta środowiskowy. Drugi poziom to są obecne poradnie zdrowia psychicznego i oddziały dzienne. I to jest dopiero poziom, w którym młody człowiek spotyka się z psychiatrą. Powinno tu trafić dziecko, które już było w poradni psychologiczno-psychoterapeutycznej. A trzeci poziom to oddziały stacjonarne, całodobowe. Chodzi o odwrócenie tej piramidy, bo dziś 60 proc. dzieci zgłaszających się na psychiatryczne izby przyjęć nigdy nie otrzymało żadnej pomocy. Izba przyjęć jest pierwszym miejscem szukania pomocy, co również powoduje niewydolność oddziałów szpitalnych.

Gdy na izbę przyjęć przychodzą rodzice np. z szalejącym, agresywnym, upośledzonym w stopniu umiarkowanym albo autystycznym 14-latkiem, samo badanie dziecka może trwać godzinę, a przecież trzeba jeszcze przeprowadzić pełny wywiad rodzinny, rozwojowy.

Czy to się powiedzie?

Wiele zależy od tego, na ile uda się wykształcić kadry. Zasobem są psycholodzy, jest ich w Polsce wielu, nie zawsze przygotowanych do pracy z pacjentami, ale jeśli przejmą zadania pierwszej linii, jeśli ich usługi będą racjonalne wycenione, to jest to szansa na odciążenie systemu. Oczywiście konieczna jest także racjonalna wycena świadczeń usług na innych poziomach, jeśli to się stanie, odpływ wykwalifikowanych specjalistów do sektora niepublicznego będzie postępował.

Rozmawiał Andrzej Dziurdzikowski

PROF. JÓZEFINA HRYNKIEWICZ, *posłanka na Sejm RP, przewodnicząca podkomisji stałej ds. zdrowia psychicznego, przewodnicząca Rządowej Rady Ludnościowej, socjolog, profesor nauk humanistycznych. Specjalizuje się w uwarunkowaniach i strategii rozwoju polityki społecznej, uwarunkowaniach społecznych rozwoju demograficznego, rozwoju samorządów społecznych, ruchów i inicjatyw obywatelskich.*

Z danych Ministerstwa Sprawiedliwości wynika, że osoby wchodzące w konflikt z prawem są obejmowane opieką dopiero po ukończeniu 13 lat. A przecież ich życie nie mogło być beztroskie, skoro w wieku 13 lat weszły w kolizję z prawem.

FOT. MICHAŁ WOŹNIAK/EAST NEWS

Nie ma jednej **recepty na pomoc**

ROZMOWA Z **PROF. JÓZEFINĄ HRYNKIEWICZ**, POSŁANKĄ.

Co Panią skłoniło do stworzenia podkomisji do spraw zdrowia psychicznego i zajęcia się problematyką zdrowia psychicznego dzieci oraz kryzysu psychiatrii dziecięco-młodzieżowej?

Problemy zaniedbań w zakresie psychiatrii zgłaszałam wielokrotnie podczas poprzedniej kadencji Sejmu. Bezskutecznie. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego nie był realizowany. Kontrole NIK były dramatyczne. Inicjatorem powołania podkomisji stałej ds. zdrowia psychicznego był marszałek Sejmu Marek Kuchciński, który bardzo interesował się sytuacją w psychiatrii. Sprawa ta była wielokrotnie z nim omawiana. Dzięki jego życzliwej postawie podkomisja mogła powstać i uzyskała dobre warunki działania, co pozwoliło przedstawić problemy psychiatrii ogółowi społeczeństwa.

Coraz więcej dzieci i młodzieży doświadcza kryzysów psychicznych. Obniża się wiek dzieci mających depresję, podejmujących próby samobójcze. Jaka jest tego przyczyna: kryzys rodziny, szkoły, brak autorytetów, niewydolność organów państwa?

Przyczyn powodujących kryzysy psychiczne wśród młodego pokolenia jest wiele. Odsetek młodych osób doświadczających kryzysów jest coraz większy. To problem wymagający współdziałania wielu instytucji życia społecznego: rodziny, szkoły, instytucji ochrony zdrowia, mediów, instytucji i organizacji współdziałających w tworzeniu warunków życia, opieki, edukacji oraz wychowania młodego pokolenia. Uzyskanie spójnego i trwałego współdziałania wielu podmiotów jest dziś najtrudniejszym zagadnieniem. Każdy twierdzi, że stara się robić swoje, ale nawet gdy to robi, nie jest to wystarczające, aby uzyskać pozytywny efekt.

Dlaczego kryzysów psychicznych u dzieci nie zauważa szkoła?

Tak istotnie było przez wiele lat. Ostatnie sygnały dochodzące z Ministerstwa Edukacji Narodowej wskazują, że opracowano bardzo dobry program, który przedstawiono na posiedzeniu podkomisji w czerwcu. Ma być wdrażany od 1 września 2019 roku. MEN jest do tego przygotowany programowo i finansowo, podejmuje przygotowanie kadr do realizacji programu. To już wiele, jeśli chodzi o ten resort. Będziemy monitorować realizację programu i upowszechniać dobre praktyki.

Pamiętajmy jednak, że zaniedbania w szkołach dotyczące funkcji opieki i wychowania mają dość długą „tradycję" i zmiana postawy personelu pedagogicznego szkoły wobec problemów uczniów i wychowanków wymaga bardzo, ale to bardzo dużej i konsekwentnej pracy. Szkoła musi zrezygnować z postawy obojętnej wobec problemów, które dotyczą jej ucznia i wychowanka. Musi stać się inicjatorem działań w ochronie zdrowia psychicznego innych podmiotów: rodziny, ochrony zdrowia, pomocy społecznej. Zaburzenia zachowania, zaburzenia psychiczne dziecka są nierzadko skutkiem wielu napięć psychicznych, stresów, ciężkich doświadczeń, jakie samotnie przeżywa dziecko. Wrażliwy i wnikliwy nauczyciel i wychowawca widzi to i powinien wdrożyć dostępne instrumenty pomocy dziecku.

Często skupiamy się na zdrowiu fizycznym dzieci, zapominając o ich psychice. Dzisiejsi rodzice nie są w stanie zrozumieć świata dorastających dzieci, dzieci dorastają w zupełnie innym świecie niż dorastali ich rodzice (powszechny dostęp do komunikatorów, łatwy dostęp do alkoholu, środków odurzających). Jak pomóc rodzicom, wychowawcom, szkole zrozumieć i wejść w świat dorastającego dziecka?

Nie ma jednej recepty na pomoc. Dziecko musi pozostawać w stałym kręgu zainteresowania rodziny, szkoły i systemu ochrony zdrowia. Dziecko ma swoje poważne problemy i nie może pozostawać z nimi samotne. Musi otrzymać w odpowiednim czasie pomoc tych, którzy istotnie mogą jej udzielić. Trzeba o tym stale i systematycznie przypominać. Pomoc musi przyjść w odpowiednim czasie, gdy nie wystąpiły jeszcze skutki samodzielnego poszukiwania rozwiązania problemów w narkotykach, alkoholu, nieodpowiednim towarzystwie.

Świat dorastającego dziecka jest światem trudnym dla niego tym bardziej, im bardziej dziecko jest osamotnione w tym świecie. Niestety ciągle mało o tym rozmawiamy, mało miejsca poświęcamy temu zagadnieniu np. w mediach. Temat staje się atrakcyjny dla mediów wówczas, gdy ma miejsce tragiczne wydarzenie. Wcześniej media nie potrafią nic wartościowego przedstawić. To zresztą dotyczy wszystkich zagadnień zdrowia psychicznego. Media podążają za sensacją, która jest wyjątkowo szkodliwa dla zrozumienia i uświadomienia społeczeństwu trudnych problemów zdrowia psychicznego. Zrozumienie uwarunkowań i problemów zdrowia psychicznego jest zasadniczym warunkiem skutecznej edukacji społecznej chroniącej zdrowie psychiczne obywateli, w rodzinach, w miejscu pracy, w środowiskach lokalnych. Tym bardziej chroniące zdrowie psychiczne najmłodszych, dorastających i wchodzących w dorosłe życie.

PROF. JÓZEFINA HRYNKIEWICZ

Świat dorastającego dziecka jest światem dla niego trudnym tym bardziej, im bardziej jest ono w nim osamotnione.

FOT. MICHAŁ WOŹNIAK/EAST NEWS

W Polsce jest zaledwie 350 psychiatrów dzieci i młodzieży. Jak w takiej sytuacji pomóc coraz większej grupie młodych osób potrzebujących pomocy, także ze strony psychiatry?

Gdy mówimy o zaburzeniach zachowania i zaburzeniach psychicznych, to zaraz wymieniamy przyczynę, jaką jest mała liczba lekarzy specjalistów. Tymczasem poza lekarzem potrzebny jest cały zespół wspomagający pracę i starania lekarzy. Potrzebni są świadomi zaburzeń zachowania i zaburzeń psychicznych lekarze pierwszego kontaktu, pielęgniarki szkolne, wychowawcy, psychologowie, terapeuci, pedagodzy, pracownicy socjalni. To oni, działając wspólnie i w porozumieniu, powinni wcześniej diagnozować sytuację ucznia-wychowanka, usuwać przyczyny zaburzeń i właściwie kierować procesem terapii, a w końcu leczenia. Samo leczenie jest tylko jednym z wielu czynników ochrony zdrowia psychicznego dziecka. Gdy zakończony jest proces leczenia np. na oddziale szpitalnym, to musi być zapewniona opieka w środowiskowym centrum, w zespole terapeutycznym, w terapii rodzinnej i grupowej, gdy jest potrzebna.

Nad systemem właściwej opieki nad zdrowiem psychicznym dzieci musimy bardzo ciężko, wytrwale i systematycznie pracować. Zaniedbanie zdrowia psychicznego dzieci prowadzi do pogłębienia problemu i w końcu wykluczenia osoby z życia społecznego.

W jaką stronę powinna pójść opieka nad zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży?

Główny kierunek to działania w środowisku; np. tworzenie w każdym powiecie zespołów wczesnej interwencji zaburzeń zachowania i zaburzeń psychicznych. Taki zespół powinien zatrudniać osoby przygotowane do tej pracy: psychologa, pielęgniarkę, terapeutę pedagoga, pracownika socjalnego. Zespół powinien ściśle współpracować ze szkołami, placówkami wychowania i opieki. Z danych Ministerstwa Sprawiedliwości wynika, że osoby wchodzące w konflikt z prawem obejmowane są opieką dopiero po ukończeniu 13 lat. Wcześniej nikt nie poświęcał im uwagi, a przecież ich 13-letnie życie nie mogło być beztroskie, skoro w wieku 13 lat weszły w kolizję z prawem...

Najwięcej uwagi musimy poświęcić opiece środowiskowej obejmującej diagnozę i pomoc, gdy wystąpią zaburzenia zachowania lub zdrowia psychicznego.

Jak ocenia Pani zaangażowanie organów państwa w poprawę sytuacji psychiatrii dziecięcej w Polsce?

Działania państwa w zakresie psychiatrii są w ostatnich trzech latach bardzo aktywne. W 2017 roku przyjęto Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, który ma obowiązywać do 2022 roku. Podniesiono wycenę świadczeń, zwiększono wydatki z NFZ, opracowano i wdrożono pilotaż psychiatrii środowiskowej, opracowano program kształcenia kadr, podniesiono poziom wynagrodzeń. Jednak wieloletnich zaniedbań polegających na dominującej roli leczenia w szpitalach nie da się zmienić w krótkim czasie. Zrobiono wiele, ale do zrobienia jest też dużo. A to wymaga konsekwentnej pracy i współpracy wielu podmiotów przez wiele lat. Szczególna rola w dalszej pracy należy do samorządów. Wiele z nich trzeba przekonać do podejmowania zadań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego.

Konieczna jest też zmiana stosunku do osób z zaburzeniami psychicznymi. Zmiana podejścia społeczeństwa i pracodawców do problemu zatrudnienia osób, które miały w życiu epizod związany z kryzysem czy zaburzeniem psychicznym. Najlepszą terapią dla tych osób jest praca zawodowa i ułatwienie powrotu do zwykłego, codziennego życia. W tej sprawie jest bardzo dużo do zrobienia, jednak przyjęty przez rząd kierunek daje nadzieję na poprawę sytuacji osób z zaburzeniami psychicznymi oraz ich rodzin.

Rozmawiała Katarzyna Pinkosz

FOT. JACEK KRUŚ

Psychiatria jest bardzo czuła na kontekst społeczny

ROZMOWA Z **PROF. DR. HAB. ANDRZEJEM CECHNICKIM**, KIEROWNIKIEM ZAKŁADU PSYCHIATRII ŚRODOWISKOWEJ KATEDRY PSYCHIATRII COLLEGIUM MEDICUM UJ, PRZEWODNICZĄCYM STOWARZYSZENIA „POROZUMIENIE NA RZECZ REALIZACJI NPOZP".

➤ *Jest Pan członkiem zarządu Polsko-Niemieckiego i Polsko-Izraelskiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego, a także ogólnoeuropejskiej sieci badającej usługi społeczne i psychiatryczne – Enmesh. O czym dziś mówią psychiatrzy na międzynarodowych spotkaniach?*

Niedawno w Hamburgu rozmawialiśmy o sprawach fundamentalnych dla psychiatrii europejskiej, ale też i każdego z naszych krajów. W Europie od około 40 lat rozwija się największa reforma opieki psychiatrycznej i społecznej po wojnie. Ona oczywiście ma różne tempo w różnych krajach. Możemy się więc inspirować rozwiązaniami, które są już sprawdzone. Gdybyśmy np. chcieli zobaczyć, jak może być zorganizowana opieka w dużym mieście, to musielibyśmy pojechać do Werony. Możemy tam zobaczyć, jak te rozwiązania są bliskie naszemu pilotażowi i środowiskowemu modelowi opieki psychiatrycznej, który oparty jest na odpowiedzialności za określony powiat/dzielnicę w tzw. Centrach Zdrowia Psychicznego. Okazuje się, że równolegle rozwija się myśl reformatorska psychiatrii w Europie i doświadczenia reformy psychiatrii w Polsce.

Psychiatria zmienia się, żeby odpowiedzieć na wyzwania współczesnego świata?

Psychiatria jest bardzo czuła na kontekst społeczny, ponieważ to on ma swój olbrzymi udział w wybuchu kryzysu psychicznego, zaburzeń czy choroby psychicznej. Ten kontekst współkształtuje zaburzenie, decyduje o jego kierunku, o przebiegu, o szansach na zdrowienie. A dziś to otoczenie bardzo się skomplikowało. Optymalną sytuacją dla zdrowia psychicznego i dla procesu zdrowienia jest stabilność. Stabilne więzi, stabilne relacje, orientacja na troskę o drugiego człowieka. Bardzo istotna jest więź wielopokoleniowa, orientacja na solidarność, na wspólnotę, na współpracę. A we współczesnym świecie o to jest teraz najtrudniej. To, co dobre dla gospodarki, nie jest dobre dla ludzkich więzi. Następuje więc ich rozluźnienie. Wielkim problemem psychiatrii jest narastająca samotność ludzi. Np. w Hamburgu ok. 50 proc. młodych ludzi żyje samotnie. Na kim więc można się oprzeć, jaką terapię rodziny i sieci zaproponować? Indywidualizm, orientacja na konsumpcję, na własny rozwój stwarzają wielkie problemy. Młodzi ludzie unikają zobowiązań, odczuwają lęk przed odpowiedzialnością, często nie robią dalekosiężnych planów, nie podejmują obowiązków, które jednoznacznie kojarzą się z dorosłością. Obok rodzinnych i pozarodzinnych relacji stabilność daje ludziom praca. Zakorzenia człowieka w jakimś miejscu, buduje poczucie własnej wartości, odpowiedzialności, daje poczucie siły, godności, wzmacnia samoocenę. Jest bardzo ważna w procesie zdrowienia. A w zmieniającym się świecie praca przestaje już być stabilna, stała, dająca poczucie bezpieczeństwa i zakorzenienia.

Kryzysy zaczynają się dziś już bardzo wcześnie, u dzieci, u młodzieży...

Związane jest to choćby z zalewem zbędnych, śmieciowych informacji dostępnych od najmłodszych lat, kiedy jeszcze nie wykształciły się umiejętności selekcji tego, co wartościowe. Kruszą się i gubią autorytety, wzorce do pozytywnej identyfikacji. Te zjawiska wymagają coraz większej troski o dzieci i młodzież, uwagi, obecności, rozmowy, a rodzice mają coraz mniej czasu, ponieważ angażują się w rozwój kariery albo poszukiwanie pracy np. za granicą, jak to jest w wielu polskich rodzinach.

Psychiatria odchodzi od leczenia szpitalnego na rzecz opieki w środowisku życiowym pacjenta?

Tak, to oczywiste. Psychiatria przestaje być skupiona na opiece szpitalnej, na łóżku, chociaż łóżka ciągle pochłaniają u nas większość środków przeznaczonych na leczenie. Program pilotażowy, który jest realizowany w tej chwili w 27 regionach kraju i obejmuje niestety tylko 3 miliony osób, wymaga przewartościowania naszego myślenia o potrzebach osób leczonych i ich rodzin. Wymaga też nowej organizacji opieki psychiatrycznej. Ta nowa organizacja powiązana jest z odpowiedzialnością za lokalną wspólnotę. Pomoc musi być dostarczona szybko. Musi dotyczyć zarówno pacjenta, jak i jego rodziny. Musi być zorientowana na leczenie, na psychoterapię, rehabilitację społeczną i zawodową, musi być zintegrowana, kompleksowa. Pacjent sam może wybrać miejsce leczenia, ale my nie możemy mu odmówić pomocy blisko jego miejsca życia. Tak więc poradnia, zespół leczenia domowego, oddziały dzienne, a dopiero kiedy to konieczne – oddział psychiatryczny i leczenie całodobowe. Radykalnie zrywamy z dotychczasowym wymaganiem, aby łóżka w szpitalu były zapełnione, gdyż inaczej szpital straci swój budżet. Ta nowa organizacja w Centrach Zdrowia Psychicznego wymaga sprawnej koordynacji i współpracy, a nie jak dotychczas rywalizacji między instytucjami. To zresztą jest ogólne dążenie w Europie od drugiej połowy lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku.

Nowoczesne leki też w tym pomagają?

Farmakoterapia zrobiła olbrzymi postęp. Jednak nawet coraz lepsze leki nie rozwiążą braku relacji, więzi, problemu samotności, nie dadzą kompetencji, umiejętności, także umiejętności radzenia sobie z chorobą i zapobiegania nawrotom, nie przysporzą wiary w siebie, poczucia sensu życia i nie zorganizują pracy. Dlatego tak ważny jest model opieki środowiskowej.

Ten model stawia również w nowej roli pacjentów.

Chodzi o to, by byli wyedukowani, kompetentni, by nabyli umiejętności rozumienia siebie, rozumienia swojej choroby. Żeby nabyli wiedzę na temat procesu leczenia, tego, co im pomaga. Żeby przybliżyli sobie i rozwiązali w znacznym stopniu swoje rozdarcia, konflikty, zranienia, ale też zdobyli wiedzę o lekach, o tym, jak rozmawiać ze swoim lekarzem prowadzącym, jakie cele sobie stawiać w życiu, czyli żeby odzyskali poczucie sensu swojego życia. Doświadczeni przez fakt kryzysu psychicznego, tak nazywają siebie w całej Europie, ale zarazem eksperci od tego doświadczenia. Pacjenci stanowią dużą siłę, która pomaga w zmianie systemu opieki. Centralna rola lekarza staje się powoli przeszłością, pacjentem zajmuje się duży zespół – psycholodzy, pedagodzy, terapeuci zajęciowi, środowiskowi, terapeuci sztuką, pracownicy socjalni, pielęgniarki. To całe środowisko pomaga człowiekowi w podjęciu różnych ról życiowych, w orientowaniu się na zdrowienie, a nie na chorowanie. Chodzi o to, żeby pacjent w tym procesie zaczął nabywać coraz większych kompetencji, aż do samopomocy włącznie. To jest podobnie jak np. w leczeniu cukrzycy – pacjent musi prowadzić zdrowy tryb życia, wysypiać się, stosować odpowiednią dietę, aktywność fizyczną, musi wiedzieć, jak działają jego leki, musi sam sobie zrobić zastrzyk z insuliny itp. Powinniśmy nauczyć pacjentów radzenia sobie ze stresem i unikania stresu.

PROF. ANDRZEJ CECHNICKI

Wielkim problemem psychiatrii jest narastająca samotność ludzi. Np. w Hamburgu ok. 50 proc. młodych ludzi żyje samotnie.

Jeśli chodzi o rozumienie modelu nowoczesnej opieki, jesteśmy więc blisko osiągnięć europejskich. Czego brakuje w naszym kraju?

Potrzeba, żeby Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Biurem ds. Pilotażu, kierowanym przez pana doktora Marka Balickiego, wzmacniało i rozszerzało pilotaż. Potrzebna jest jedna osoba jako pełnomocnik ministra zdrowia ds. Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na wzór ustanowionego niedawno pełnomocnika ds. kadr medycznych. NPOZP powinien być programem priorytetowym dla rządu. Doraźnie ministerstwo powinno uzgodnić z NFZ finansowe wzmocnienie poprzez ciągłe rozszerzanie pilotażu i rewaloryzacje jego finansowania. Dzisiaj sprawą kluczową jest sprawiedliwy, niestygmatyzujący naszych pacjentów i całej psychiatrii podział środków w budżecie na zdrowie. Wszystko zaczyna się z niesprawiedliwego od wielu lat dzielenia środków w ochronie zdrowia. W krajach europejskich na psychiatrię przypada średnio ok. 8-10 proc. budżetu ochrony zdrowia, w Niemczech ostatnio 14 proc., a u nas ciągle 3,4 proc. Ogólny budżet na zdrowie w Niemczech jest tak duży, że te 14 proc. to jest 45 mld euro, suma dla nas niewyobrażalna, gdyż my dysponujemy 3 mld złotych. Różnica w finansowaniu opieki psychiatrycznej między Polską a Niemcami jest 30-krotna. To znaczy, że psychiatria w Polsce musi być zaniedbana. Trzeba więc wołać na alarm.

To skutkuje m.in. brakiem kadr.

Uważam, że sytuacja jest dramatyczna. Ratują nas jeszcze stare kadry, często już koledzy renciści. W ostatnich latach wyjechało z Polski ok. 1000 psychiatrów, znakomicie wykształconych specjalistów, wyjeżdżają również pielęgniarki. Nikt ich nie zastąpi. W Europie patrzą na nas i nie rozumieją, jak to jest możliwe, ponieważ wszędzie psychiatria jest priorytetem. W Polsce też to wiemy, że obok onkologii i kardiologii psychiatria jest niezwykle ważna, ponieważ problemy, którymi się zajmuje, dotykają 25 proc. naszego społeczeństwa – osób z chorobami psychicznymi i ich rodzin, osób z depresją, młodzieży, dzieci, osób uzależnionych, seniorów, osób wymagających wieloletniej opieki.

Na początku czerwca odbył się II Kongres Zdrowia Psychicznego. Wzięło w nim udział 1300 osób. Wszystkie zaangażowane środowiska z całego kraju. Efektem pierwszego kongresu był program pilotażowy. A teraz?

Psychiatria w Polsce wymaga sojuszu ponad wszystkimi podziałami. Teraz, w drugiej deklaracji warszawskiej na zakończenie kongresu wręczonej przedstawicielom rządu, parlamentu i NFZ, powiedzieliśmy już wyraźnie, że chodzi o środki finansowe i rozszerzanie modelu opieki środowiskowej, rozszerzanie pilotażu. Liczymy ciągle na współpracę z NFZ. Bo tylko to pozwoli zmierzyć się z wykluczeniem strukturalnym dotyczącym i pacjentów, i opieki psychiatrycznej.

Rozmawiał Andrzej Dziurdzikowski

ROZMOWA Z **PROF. DR. HAB. N. MED. JACKIEM WCIÓRKĄ**, KIEROWNIKIEM I KLINIKI PSYCHIATRYCZNEJ INSTYTUTU PSYCHIATRII I NEUROLOGII W WARSZAWIE.

Do psychiatry jak do lekarza pierwszego kontaktu

Bliższa jest mi ochrona zdrowia psychicznego niż badania naukowe, mimo że działam w tych dwóch dziedzinach psychiatrii.

Porozmawiajmy więc o tym, co dla Pana Profesora jest ważniejsze.

Psychiatria ma służyć pacjentom. Badania, eksperymenty są tylko podglebiem dla racjonalnych decyzji klinicznych, politycznych, organizacyjnych, pomocowych, a nie tylko do rozstrzygnięcia tego, jakie jest molekularne, genetyczne podłoże ludzkich problemów. W ostatnich dwóch, trzech dekadach mieliśmy falę zainteresowania psychiatrią biologiczną. Mówienie o neuropsychiatrii, neuropsychologii, neurometodach, neuropoznaniu było trendy. Tak jakby zaglądanie do najgłębszych zakamarków mózgu miało nam wszystko wyjaśnić. Oczywiście neurobiologia się rozwinęła, ale dla działalności klinicznej i dla akcji pomocowej na rzecz osób w kryzysach zdrowia psychicznego nie przyniosła decydujących rezultatów.

Ale to dzięki niej mamy nowoczesne leki.

Tak. Ale dziś widać już, że możliwości oddziaływania za pomocą leków, czasem istotne, czasem ratujące życie, są ograniczone. Poza tą fazą, kiedy leczenie farmakologiczne jest niezbędne, trzeba człowieka wyposażyć w minimum wiedzy, dać mu wsparcie, dodać otuchy, nadziei, przywrócić wiarę w możliwość kontynuowania planów życiowych. A to wymaga dialogu, rozmowy, współbycia, organizowania czegoś wspólnego, czyli wielu metod dialogu terapeutycznego. Toczy się więc spór między podejściem, które wchodzi w głąb mózgu, i podejściem, które wchodzi głęboko w życie. Powoli wraca nurt kliniczny, czyli pytania, jak postępować, żeby człowiekowi przywracać nadzieję i wszystko to, co jest niezbędne do życia. Korzystając z metod biologicznych, ale nie ograniczając się w działaniu tylko do nich. Chodzi zwłaszcza o to, w jakim kontekście organizacyjnym i życiowym udziela się tej pomocy.

Jaka jest więc dzisiejsza psychiatria?

Z mojej perspektywy widoczne jest zderzenie trzech trendów. Pierwszy z nich to zła tradycja lokowania chorych w azylu, poza obrębem zwykłego życia. Azyl psy-

chiatryczny chroni człowieka i zapewnia mu minimum niezbędne do życia, ale jednocześnie wiąże go i poddaje wpływowi dość opresyjnej instytucji. Powrót stamtąd do realnego życia jest trudny. Drugi trend, który nabiera mocy już od lat 50. XX w., wiąże się z podejściem środowiskowym. Chodzi o to, żeby dostarczyć pacjentowi pomocy tu, gdzie on żyje, w realnym środowisku społecznym. Szpital oczywiście nie znika jako narzędzie ograniczania ryzyka i niekontrolowanych zachowań, ale traci pozycję monopolisty i staje się fragmentem szerszego tła społecznego. Jest jeszcze trzeci, najmłodszy trend, który zakłada, że nie samą chorobą człowiek żyje, nawet jeśli spełnia kryteria jakichś zaburzeń, że w każdym jest potencjał zdrowia i warto uruchomić w nim proces odzyskiwania zdrowia. Mówimy o perspektywie zdrowienia, tj. o odzyskiwaniu pozycji życiowej, tożsamości, poczucia sensu, sprawczości. I nadziei na to, że plan życiowy, który człowiek realizował, zanim nastąpił kryzys, da się kontynuować. Te trzy trendy można określić najkrócej słowami: człowieczeństwo, wspólnota i podmiotowość.

Trend środowiskowy przejawia się w instytucjach takich jak centra zdrowia psychicznego, a podmiotowość w rosnącej roli stowarzyszeń samopomocowych pacjentów, który zaczynają już mówić własnym głosem. To się już w Polsce dzieje, wszystkie te nurty są u nas obecne.

Mamy nowoczesne metody obrazowania pracy mózgu, możemy wręcz zobaczyć aktywność konkretnych obszarów, coraz bardziej rozumiemy, jak on działa. Pan jednak mówi o tym z pewnym dystansem.

Doceniam te osiągnięcia. Wciąż jednak nie wiemy, dlaczego u konkretnego człowieka, u którego często nie widzimy oczywistych przesłanek, dochodzi do kryzysu. Co u niego szwankuje? Czy głowa, czy cała oś stresu, czy jeszcze coś innego? Czy np. w jego życiu coś takiego narosło, że organizm reaguje poczuciem przeładowania i szuka nadzwyczajnych sposobów rozwiązania trudnej do zniesienia, kryzysowej sytuacji?

Każdego pacjenta trzeba więc potraktować indywidualnie?

To jest oczywiste. Naszą intencją jest pomoc i wtedy szukamy narzędzi, czasem bardzo wyrafinowanych, a czasem prostych. Bo człowiek nie przychodzi do nas, żeby mu leczyć synapsy, tylko dlatego, że jest mu źle, smutno, że świat stał się wrogi. A w takiej sytuacji wartością jest rozmowa, dialog, żeby wyprowadzić z niego te treści, obudzić w nim wątpliwości co do złudzeń, które mu się narzucają z poczuciem niepodważalnej oczywistości. Czasem trzeba go zmotywować do tego, żeby skorzystał z arsenału naszych metod biologicznych. One nieraz dają spektakularne efekty. Sam doświadczałem sytuacji, gdy pacjent w głębokiej depresji, któremu nie udawało się pomóc w inny sposób, przychodzi zdrowy po pierwszym elektrowstrząsie. Ciało nie jest tylko dodatkiem do naszej psychiki, do naszej relacji z otoczeniem.

Wróćmy jeszcze do leków. Czy pojawiły się jakieś nowe?

Od kilkunastu lat właściwie zamarło zainteresowanie szukaniem nowych cząsteczek. Przemysł farmaceutyczny proponuje raczej nowe sposoby stosowania leków, np. preparaty o przedłużonym działaniu. Nie trzeba pamiętać o codziennym czy kilkukrotnym w ciągu dnia zażywaniu leku. Pacjent dostaje lek, najczęściej domięśniowo, który uwalnia się w ciągu kilku tygodni, a nawet do trzech miesięcy. Ale, wracając do znaczenia podmiotowości pacjenta, trzeba go jednak przekonać do zastosowania tego leku. Wzbudzić poczucie, że to jest wybrany przez niego sposób leczenia. Są również próby takiego skonfigurowania znanych cząsteczek, żeby działały w sposób bardziej wybiórczy. Dotyczy to m.in. leków przeciwdepresyjnych, które mają różny profil działania. W różnych fazach zaburzenia można próbować więc dobierać najwłaściwsze rozwiązania. Jestem jednak głęboko przekonany, że możliwości, które stwarza nowoczesna farmakologia, nie są wystarczające do rozwiązania problemów osób chorujących psychicznie.

Wspomniał Pan o elektrowstrząsach, metodzie, która wydawała się już archaiczna.

Mamy renesans terapii elektrowstrząsowej, która współcześnie jest oszczędzająca i bezpieczna. Są też inne metody biologiczne, np. stymulacja nerwu błędnego czy niektórych rejonów mózgu, co powoduje oczekiwane zmiany w zachowaniu. Mamy fototerapię, czyli naświetlanie odpowiednim światłem, co pozwala czasem pobudzić w człowieku oczekiwane zmiany nastroju. Staramy się w różny sposób mobilizować organizm do zmiany. Chyba ciągle jednak za mało doceniane są inne metody mobilizowania człowieka. Stały się domeną psychoterapii, a psychiatria trzyma się od nich trochę dalej, bo uznała kiedyś metody biologiczne za źródło swojego profesjonalnego i naukowego statusu.

Czyli należy rozwijać właśnie takie ośrodki jak ten, w którym rozmawiamy (Mokotowskie Centrum Zdrowia Psychicznego w Warszawie).

Bez tego pomoc osobom w kryzysach psychicznych będzie mało skuteczna. Często istotny jest moment, w którym człowiek szuka pomocy, dopóki kryzys w nim się nie rozwinął. Chodzi o to, żeby ten moment przybliżyć. Żeby nie był związany z koniecznością pokonywania bariery niepotrzebnego zawstydzenia, krzywdzących uprzedzeń i niezawinionego piętna. Żeby po pomoc można było przyjść jak do lekarza pierwszego kontaktu po pomoc w infekcji.

Rozmawiał Andrzej Dziurdzikowski

ROZMOWA Z **KATARZYNĄ URBAŃSKĄ**, DYREKTOR DS. KOMUNIKACJI I SPRAW ZEWNĘTRZNYCH FIRMY SERVIER, INICJATORKĄ I ORGANIZATORKĄ TEJ KAMPANII.

FOT. KRYSTIAN DOBUSZYŃSKI/REPORTER

Forum Przeciw Depresji – kampania ważna i potrzebna

Pani Dyrektor, co skłoniło firmę do zajęcia się depresją? I, jak się okazuje, to istotny społecznie temat, o czym świadczą liczne dowody uznania i nagrody. Wspomnę tu o Nagrodzie Zaufania „Złoty Otis" w 2016 roku czy nagrodzie „Lider Roku 2017 w kategorii działalność edukacyjno-szkoleniowa". Jeśli do tego dodać, że nie jest to jedyna kampania społeczna prowadzona przez firmę, nie ulega wątpliwości, że jesteście wrażliwi na problemy naszego społeczeństwa.

Do zajęcia się depresją przede wszystkim skłoniły nas bardzo alarmujące dane dotyczące dramatycznej sytuacji cierpiących na depresję, zwłaszcza dzieci i młodzieży. Tylko w 2017 roku w Polsce 730 młodych osób podjęło próbę samobójczą, a aż 116 z nich zakończyło się śmiercią. To statystyki, które najdotkliwiej obrazują skalę problemu, jakim jest depresja wśród osób młodych – nastolatków. W tym wieku depresja jest tym bardziej niebezpieczna, bo często niewidoczna dla najbliższego otoczenia, mylona jest z buntem czy złym zachowaniem. Wiąże się z tym wiele niebezpieczeństw, wśród których ryzyko podjęcia próby samobójczej jest najgroźniejsze.

W Polsce z depresją zmaga się ok. 3 mln osób. Biorąc pod uwagę, że choroba ta nadal stanowi pewnego rodzaju tabu, wasza kampania jest bardzo potrzebna. Jakie postawiliście sobie cele, jak działa Forum?

Kampania Forum Przeciw Depresji organizowana jest przez firmę Servier od 2007 roku. Jej celem jest szerzenie wiedzy w zakresie depresji oraz uświadamianie społeczeństwu, że nie jest to stan, który mija, ale choroba, którą trzeba leczyć. Udzielamy pomocy i wsparcia nie tylko osobom zmagającym się z tą chorobą, ale również ich rodzinom i bliskim. Widzimy, jak trudny jest to problem, jak coraz powszechniejsza staje się depresja i jak wiele zależy właśnie od świadomości społecznej i wiedzy.

Istotnie jest ona wciąż tematem tabu, ludzie wstydzą się o niej mówić, a co dopiero przyznawać, że się choruje. Nie wiedzą, że należy zgłosić się do lekarza i często mijają lata, zanim chory poprosi o profesjonalną pomoc.

Przez ostatnie dwa lata kampania koncentrowała się na depresji wśród nastolatków. Jakie działania w związku z tym były podejmowane?

Zrealizowaliśmy szereg aktywności, które mają na celu nie tylko uwrażliwienie dorosłych na problem depresji wśród nastolatków, ale także przekazanie im praktycznych wskazówek, jak rozpoznać chorobę u dziecka, jak z nim rozmawiać i wspierać w chorobie oraz gdzie szukać pomocy. Uruchomiliśmy także bezpłatne konsultacje ze specjalistami – psychiatrą i psychologiem dziecięcym, a także możliwość anonimowej rozmowy ze specjalistą za pośrednictwem Antydepresyjnego Telefonu Forum Przeciw Depresji, który czynny jest przez cały rok, w środy i czwartki, w godz. 17-19. Stworzyliśmy ponadto możliwość czatu na stronie internetowej. Kampania skierowana jest również do nauczycieli i pracowników placówek oświatowych.

Kampania Forum Przeciw Depresji, ukierunkowana na depresje wśród nastolatków, wobec sytuacji, jaką dziś mamy w psychiatrii dziecięcej, jest tym bardziej ważna i potrzebna. Powiedziałabym, że w pewnym sensie wyręczacie naszą ochronę zdrowia.

W Polsce mamy dość specyficzną sytuację z ochroną zdrowia. Na wizytę u specjalisty można czekać nawet i pół roku, co w przypadku zaburzeń psychiatrycznych jest dramatyczne, chory potrzebuje tej konsultacji natychmiast, bo tu i teraz źle się czuje i ma objawy choroby. Co będzie za pół roku – nie wiadomo. Trzeba pamiętać, że chora osoba może sobie zrobić krzywdę i że depresja jest chorobą w pewnym sensie śmiertelną. A liczba samobójstw dynamicznie wzrasta. Mamy poważny problem z depresją u dzieci i młodzieży. Dlatego podjęliśmy temat nastoletniej depresji w kampanii.

Tylko dotychczas działaniami edukacyjnymi kampania objęła blisko 10 tys. osób – to liczba osób, które skorzystały z organizowanych przez nas Dni Otwartych dla mieszkańców Warszawy i okolic, z bezpłatnych konsultacji skorzystało blisko tysiąc osób, a w rozmowach z lekarzem na czacie już 3 tys. osób.

Zasięg ogólnopolski kampanii jest dużo większy. Podczas tegorocznej kampanii podjęliśmy współpracę z Danielem Rusinem – Reżyserem Życia. W ramach tej współpracy powstał film „(Nie)widzialna nastoletnia depresja". Nasz film w dniu premiery stał się pierwszym filmem na polskim YouTubie, a obecnie osiągnął 3 mln odsłon.

Z kampanią weszliście też do szkół.

W tym roku uruchomiliśmy pilotażowy program lekcji o depresji w szkołach. Do końca czerwca przeprowadziliśmy dziesięć spotkań z młodzieżą w szkołach ponadpodstawowych, w sześciu miastach w Polsce. Dodatkowo jeszcze w tym roku zorganizujemy pierwsze szkolenie dla nauczycieli, przygotowujące ich do rozmów z dziećmi o depresji. Celem szkolenia jest wsparcie metodyczne kadry pedagogicznej – nauczycieli, dyrektorów szkół, pedagogów, psychologów szkolnych – w realizacji zajęć profilaktycznych poświęconych depresji wśród osób młodych. Zarówno lekcje, jak i szkolenia przeprowadzane są przez doświadczonych edukatorów z Fundacji Edukacji Społecznej.

Docieracie do zmagających się z depresją i zainteresowanych tematyką depresji różnymi sposobami.

Na potrzeby kampanii powstała strona internetowa www.forumprzeciwdepresji.pl z myślą o osobach chorych i tych, których bliscy lub znajomi zmagają się z tą chorobą. Kolejnym miejscem interakcji jest nasz fanpage na Facebooku – www.facebook.com/forumprzeciwdepresji, na którym na bieżąco umieszczane są szczegółowe informacje dotyczące kampanii, a także doniesienia naukowe, ciekawe i wspierające artykuły. Chorzy piszą do nas bezpośrednio, często w trudnych sytuacjach prosząc o wsparcie i my go udzielamy.

Czy podczas prowadzonych kampanii zetknęła się Pani bezpośrednio z dramatem nastolatka z depresją?

Kampania Forum Przeciw Depresji to 13 lat doświadczeń i bycia blisko osób, które z chorobą zmagają się na co dzień – lub ich bliskich. Mam bardzo osobiste doświadczenie sprzed dwóch lat, kiedy to na profilu facebookowym napisała do nas młoda dziewczyna, że chce popełnić samobójstwo. Bardzo długo z nią rozmawiałam i wspierałam ją w tym ciężkim momencie życia. Udało mi się odwieść ją od tej dramatycznej decyzji. Dziewczynka trafiła do lekarza, a następnie na oddział szpitalny. Po kilku tygodniach napisała do mnie wiadomość, że bardzo mi dziękuje za pomoc i uratowanie życia. To był ogromnie wzruszający dla mnie moment, ale także dowód na to, że działania, które prowadzimy w ramach kampanii, mają sens i niosą realną pomoc.

Rozmawiała Bożena Stasiak

Pilotaż się sprawdza

ROZMOWA Z **DR. MARKIEM BALICKIM**, PSYCHIATRĄ, BYŁYM MINISTREM ZDROWIA, KIEROWNIKIEM BIURA PILOTAŻU NARODOWEGO PROGRAMU OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO.

Panie Ministrze, jak ocenia Pan pilotaż programu psychiatrycznego? W założeniu miał to być model opieki terytorialnej.

Pilotaż rozpoczął się 1 lipca ubiegłego roku. W pierwszym terminie rozpoczęło działalność 5 centrów – cztery na Podlasiu i jedno w województwie warmińsko-mazurskim. Później ruszyły centra w kolejnych miejscach. Obecnie ok. 10 proc. ludności dorosłej Polski jest objęte pilotażem; to dość dużo, a kolejne 20 ośrodków dopomina się o włączenie. Minister Łukasz Szumowski i wiceminister Zbigniew Król zapowiedzieli rozszerzenie programu, gdyż chętnych jest dużo. Wszystko wskazuje na to, że we wszystkich miejscach, gdzie rozpoczął się pilotaż, dokonują się pozytywne zmiany. Nie wszędzie centra od razu tak się rozwinęły, jak to było zakładane w modelowym rozwiązaniu opisanym w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego, jednak są na to 3 lata.

W każdym centrum działa punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny od poniedziałku do piątku, 10 godzin dziennie. To rewolucyjna zmiana, gdyż bez wcześniejszego zapisania się każdy mieszkaniec obszaru objętego pilotażem może przyjść do swojego centrum i uzyskać informacje albo zostać objęty opieką. Poszerzyła się paleta proponowanych usług: każde centrum zapewnia dziś opiekę ambulatoryjną, dzienną, środowiskową, stacjonarną i doraźną.

Jak wygląda kwestia finansowania? Jest wystarczające?

W jednym przypadku wystąpił problem z powodu liczby hospitalizacji, która jest tam nadal dwukrotnie większa niż w kraju, do czego przyczynia się sąsiedni szpital psychiatryczny w ramach nie najlepiej pojętej „konkurencji". Trzeba będzie ten problem rozwiązać. Jednak generalnie centra mają znacznie lepsze wyniki finansowe niż przed pilotażem. I to mimo że stawka na mieszkańca nie została jeszcze zwaloryzowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Wiele ośrodków dopiero dzięki pilotażowi zaczęło się bilansować.

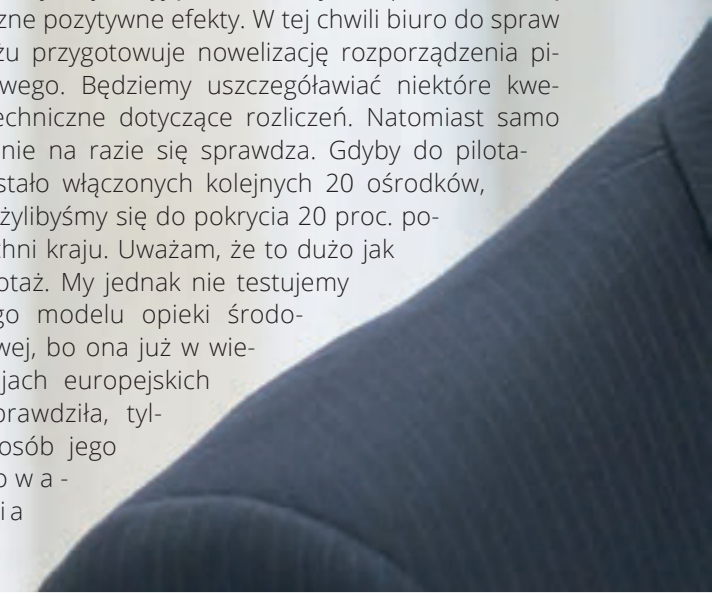
Rzeczywiście każda osoba, która potrzebuje pomocy, może ją uzyskać?

Dotychczas nie wpłynęła żadna skarga ani do nas, do biura pilotażu, ani do Ministerstwa Zdrowia, że ktoś nie uzyskał pomocy. Informacja, jak działa centrum, była przekazywana szeroko w mediach i Internecie, została uruchomiona także specjalna strona: czp.org.pl.

W niektórych centrach na początku było tsunami, zgłaszało się bardzo dużo osób, np. w Warszawie na Mokotowie, czyli w centrum prowadzonym przez Instytut Psychiatrii i Neurologii. W Szpitalu Wolskim z kolei liczba zgłaszających się osób przyrastała stopniowo. Z informacji dopływających z poszczególnych centrów wynika, że świadczeń ambulatoryjnych udziela się więcej.

Jednym z celów pilotażu było zmniejszenie liczby hospitalizacji, na rzecz opieki dziennej, ambulatoryjnej, środowiskowej. Czy to się udało?

Napływające do tej pory informacje potwierdzają to założenie, z jednym wyjątkiem o którym wspomniałem. Są widoczne pozytywne efekty. W tej chwili biuro do spraw pilotażu przygotowuje nowelizację rozporządzenia pilotażowego. Będziemy uszczegóławiać niektóre kwestie techniczne dotyczące rozliczeń. Natomiast samo założenie na razie się sprawdza. Gdyby do pilotażu zostało włączonych kolejnych 20 ośrodków, to zbliżylibyśmy się do pokrycia 20 proc. powierzchni kraju. Uważam, że to dużo jak na pilotaż. My jednak nie testujemy samego modelu opieki środowiskowej, bo ona już w wielu krajach europejskich się sprawdziła, tylko sposób jego wprowadzania



w warunkach polskich. Pilotaż ma pokazać, co trzeba zmienić, udoskonalić.

W Polsce mamy zbyt mało psychiatrów. Czy w takim razie reforma opieki psychiatrycznej ma szansę na powodzenie?

Wiele zadań nie musi być wykonywane przez psychiatrów. W punktach zgłoszeniowo-koordynacyjnych psychiatrzy nie pracują, bo nie ma takiej potrzeby. Natomiast trzeba zacząć szkolić w systemie licencjackim terapeutów środowiskowych. To nowy zawód, który w centrach będzie potrzebny. To osoby, które zajmą się pacjentami w ich miejscu zamieszkania, w ich środowisku.

Czy Pana zdaniem jest szansa, że jeśli pilotaż się powiedzie i ten model zostanie wprowadzony w całej Polsce, to zmieni obraz opieki psychiatrycznej?

Psychiatria w Polsce jest dziś oparta na dużych szpitalach, dostęp do psychiatry bądź psychologa jest utrudniony, do psychologa konieczne jest ciągle skierowanie. Mamy za dużo opieki szpitalnej, a do opieki ambulatoryjnej dostęp jest utrudniony. Natomiast są w Polsce świetni psychiatrzy i psychoterapeuci. Uważam, że w naszych warunkach model centrów zdrowia psychicznego jest dziś jedyną szansą na znaczną poprawę opieki psychiatrycznej. Centrum zdrowia psychicznego to możliwość dostępu do podstawowej opieki psychiatrycznej dla osób, które mają problem zdrowia psychicznego. Cała Polska docelowo powinna być objęta siecią 250-300 centrów zdrowia psychicznego.

Rozmawiała
Katarzyna Pinkosz

FOT. KRYSTIAN DOBUSZYŃSKI/REPORTER