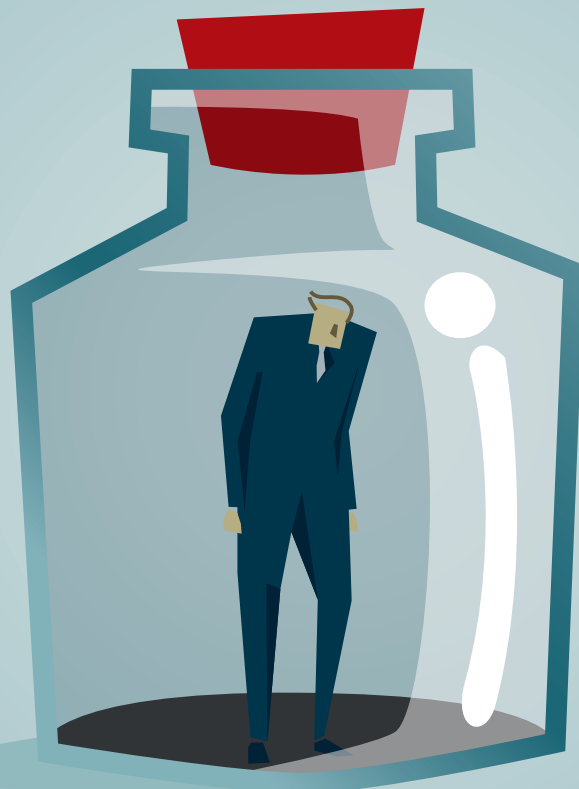


## Minimapa potrzeb zdrowotnych psychiatrycznego leczenia środowiskowego



# Oddział otwarty

W Polsce powoli zaczyna się szacować koszty poszczególnych chorób, a więc nie tylko samego leczenia, lecz także zasiłków chorobowych, rent i opieki społecznej. Nie jest to zadanie łatwe, a do tego ma daleko idące konsekwencje. Przykładowo, choroby psychiczne, jako choroby przewlekłe, kosztują ZUS zapewne więcej, niż wynoszą wydatki NFZ na leczenie chorych, chociażby z uwagi na renty czy zwolnienia lekarskie.

Choroby psychiczne ujawniają się najczęściej w młodym wieku i w wielu wypadkach praktycznie uniemożliwiają choremu podjęcie pracy. Jednak nie każdy chory musi być na rencie – z chorobą psychiczną można skończyć studia i pracować. Dopóki jednak opieka medyczna nad pacjentem psychiatrycznym będzie ograniczać się jedynie do cyklicznego zamykania w szpitalach w chwilach pogorszenia i nawrotu choroby, dopóty chory nie będzie mieć szans na pracę.

### Nie zamykać w szpitalach

Jeszcze kilkadziesiąt lat temu chorzy na depresję byli zamykani na oddziałach szpitalnych, a dzisiaj większość z nich może prowadzić normalne życie, jeśli są

odpowiednio leczeni. Podobny postępowanie mógłby dotyczyć innych przypadłości psychiatrycznych.

Zbadano to na przykładzie schizofrenii, jednego z najczęstszych w Polsce schorzeń psychiatrycznych. Dane z raportu „Schizofrenia. Perspektywa społeczna. Sytuacja w Polsce” przygotowanego wspólnie przez Fundację Ochrony Zdrowia Psychicznego oraz Polskie Towarzystwo Psychiatryczne wskazują, że największy wpływ na utratę pracy i przechodzenie na rentę miały hospitalizacje – pacjenci, którzy pracowali w chwili postawienia diagnozy, a byli hospitalizowani pięć i więcej razy, w 93 proc. przypadków tracili pracę, a w grupie, która w szpitalu była raz lub dwa razy, odsetki te wynosiły odpowiednio 53 i 59 proc.

Zdaniem ekspertów oznacza to, że unikanie pobytów w szpitalu może być jednym ze sposobów, by utrzymać chorych na schizofrenię w rolach społecznych. Dodatkowo raport dowodzi, że zapobieganie wykluczeniu chorych na schizofrenię z życia społecznego i zawodowego jest opłacalne. Wynika z niego bowiem, że koszty pośrednie schizofrenii (związane z niezdolnością do pracy) są dwukrotnie wyższe niż wydatki NFZ na świadczenia zdrowotne dla pacjentów z tym schorzeniem oraz na refundację leków dla nich – w 2009 r. wyniosły one odpowiednio 907 mln, niecałe 450 mln oraz 112 mln zł.

### Siły opieki środowiskowej

W przypadku opieki środowiskowej zespół profesjonalistów udaje się do pacjenta w miejsce jego zamieszkania i tam mu pomaga, bada go, podaje leki i radzi, co robić. Jest to najlepsza forma, by nie wrywać pacjenta z jego środowiska, by przebywał nadal w domu i pracy, ale jednocześnie by można mu było pomagać w sensie medycznym i społecznym. Jednak w Polsce, pomimo zauważalnych zmian w tym zakresie, nadal alternatywne wobec hospitalizacji formy leczenia pacjentów psychiatrycznych są mało dostępne. W 2016 r. jest zakontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia zaledwie 127 zespołów leczenia środowiskowego dla pacjentów psychiatrycznych, a powinno ich być ok. 400–500 w skali kraju.

### Wykaz zespołów leczenia środowiskowego

W 2016 r. na podstawie kontraktu z NFZ działa w Polsce 127 zespołów leczenia środowiskowego:

- Małopolski OW NFZ – 14 zawartych umów (Gorlice, Będzin, Kraków (4), Wadowice, Brzesko, Myślenice, Mszana Dolna, Olkusz, Oświęcim, Tuchów, Chrzanów),
- Dolnośląski OW NFZ (Wrocław) – 14 zawartych umów (Milicz, Ząbkowice Śląskie, Wrocław (5), Legnica, Wałbrzych, Lubin, Bolesławiec, Kłodzko, Głogów, Kamienna Góra),
- Kujawsko-Pomorski OW NFZ (Bydgoszcz) – 5 zawartych umów (Bydgoszcz (3), Włocławek, Toruń),
- Lubelski OW NFZ (Lublin) – 15 zawartych umów (Lublin (9), Radzyń Podlaski, Zamość, Kraśnik, Parczew, Chełm, Biała Podlaska),
- Lubuski OW NFZ (Zielona Góra) – 1 zawarta umowa (Gorzów Wielkopolski),
- Łódzki OW NFZ (Łódź) – 8 zawartych umów (Łódź (6), Konstancinów Łódzki, Sieradz),
- Mazowiecki OW NFZ (Warszawa) – 14 zawartych umów (Warszawa (8), Radom, Żąbki, Gostynin, Radzymin, Piaseczno, Pruszków),
- Opolski OW NFZ (Opole) – 2 zawarte umowy (Nysa, Opole),
- Podkarpacki OW NFZ (Rzeszów) – 7 zawartych umów (Rzeszów (4), Jarosław, Brzozów, Nowa Dęba),

„Dopóki opieka medyczna nad pacjentem psychiatrycznym będzie się ograniczać jedynie do cyklicznego zamykania w szpitalach w chwilach pogorszenia i nawrotu choroby, dopóty chory nie będzie mieć szans na pracę”

- Podlaski OW NFZ (Białystok) – 7 zawartych umów (Suwałki (2), Białystok (2), Choroszcz, Łomża, Hajnówka),
- Pomorski OW NFZ (Gdańsk) – 14 zawartych umów (Rumia, Gdańsk (3), Słupsk (2), Tczew, Gdynia, Sopot, Kolbudy, Chojnice, Kościerzyna, Lębork, Zblewo),
- Śląski OW NFZ (Katowice) – 4 zawarte umowy (Katowice (2), Zabrze, Bielsko-Biała),
- Świętokrzyski OW NFZ (Kielce) – 6 zawartych umów (Morawica, Kielce, Ostrowiec Świętokrzyski (2), Skarżysko-Kamienna, Starachowice),
- Warmińsko-Mazurski OW NFZ (Olsztyn) – 3 zawarte umowy (Elk, Olsztyn, Elbląg),
- Wielkopolski OW NFZ (Poznań) – 7 zawartych umów (Grodzisk Wielkopolski, Gniezno, Konin (2), Gostyń, Kościan, Turek),
- Zachodniopomorski OW NFZ (Szczecin) – 5 zawartych umów (Szczecin (3), Koszalin, Sławno).

Dla porównania spójrzmy, jak ta liczba kształtowała się w 2010 r., a więc w okresie trwania postępowania konkursowych na świadczenia medyczne (tzw. duże kontraktowanie):

Małopolski OW NFZ	– 3
Dolnośląski OW NFZ (Wrocław)	– 4
Kujawsko-Pomorski OW NFZ (Bydgoszcz)	– 5
Lubelski OW NFZ (Lublin)	– 5
Lubuski OW NFZ (Zielona Góra)	– 6
Łódzki OW NFZ (Łódź)	– 6
Mazowiecki OW NFZ (Warszawa)	– 15
Opolski OW NFZ (Opole)	– 2
Podkarpacki OW NFZ (Rzeszów)	– 2
Podlaski OW NFZ (Białystok)	– 8
Pomorski OW NFZ (Gdańsk)	– 3
Śląski OW NFZ (Katowice)	– 0
Świętokrzyski OW NFZ (Kielce)	– 0
Warmińsko-Mazurski OW NFZ (Olsztyn)	– 1
Wielkopolski OW NFZ (Poznań)	– 2
Zachodniopomorski OW NFZ (Szczecin)	– 0

### Potrzeby a perspektywy

Razem w 2010 r. kontrakty z NFZ podpisały 62 zespoły leczenia środowiskowego w Polsce. Łączna liczba kontraktów w ciągu 6 lat się podwoiła, co oznacza, że jeśli przyrost tych świadczeń na rynku usług publicznych będzie następował w takim tempie, to potrzeba jeszcze ok. 12 lat, aby liczba tych kontraktów wzrosła do wielkości optymalnej, czyli ok. 400–500. Jest to zbyt długi okres, zwłaszcza że niestety postęp cywilizacyjny idzie naprzód, epidemiologia chorób psychicznych będzie rosła, pacjent nie może dłużej czekać na dalszy rozwój psychiatrycznej opieki środowiskowej. Tracimy na tym wszyscy – nie tylko pacjenci, lecz cały system ochrony zdrowia i opieki społecznej.

Przykład nieudanego, jak dotąd, wdrożenia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016–2020 pokazuje to najlepiej. Program ten był adresowany do kilku resortów, samorządów poszczególnych szczebli i organizacji pozarządowych, które miały działać wspólnie, a nie każda oddzielnie, zgodnie ze swoimi interesami i dążeniami. Nie do końca to się udało. Za Programem nie poszły także pieniądze, a jak wiadomo, siła pieniądza jest większa niż intencji decydentów. To pokazuje, że w polskiej psychiatrii w ostatnich latach było więcej fikcji niż rzeczywistych zmian systemowych.

Odpowiedź na pytanie, dlaczego w Polsce nie powstają zespoły leczenia środowiskowego (domowego),

„ Koszty pośrednie schizofrenii, związane z niezdolnością do pracy, są dwukrotnie wyższe niż wydatki NFZ na świadczenia zdrowotne dla pacjentów z tym schorzeniem oraz na refundację leków dla nich ”

jest prosta: organizatorzy opieki zdrowotnej w Polsce nie zachęcają finansowo do ich tworzenia. Psychiatria na świecie wygląda zupełnie inaczej niż u nas – jest to psychiatria blisko domu, oparta na pomocy społeczności lokalnej, na pomocy w warunkach domowych, a nie na leczeniu szpitalnym. Taką psychiatrię środowiskową w Polsce należy jak najszybciej uaktywnić. Projekt Ministerstwa Zdrowia dotyczący psychiatrii środowiskowej został ukończony i będzie sukcesywnie wprowadzany w życie. Programy pilotażowe mają być uruchomione w ok. 25 miejscach w kraju. Czekamy zatem na efekty.

Greta Kanownik

*Autorka jest ekspertem Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie oraz kierownikiem Działu Administracji Medycznej w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Brzesku.*

## Zespoły leczenia środowiskowego

### Dla kogo

Pacjentom, którzy są w trudnej sytuacji zdrowotnej i ze względu na stan zdrowia nie mogą korzystać z usług poradni zdrowia psychicznego, oferowana jest pomoc w ramach zespołu leczenia środowiskowego.

Do zespołu leczenia środowiskowego przyjmowani są pacjenci z rozpoznaniem:

- organicznych zaburzeń psychicznych z zespołami objawowymi,
- schizofrenii,
- zaburzeń typu schizofrenii (schizotypowych i urojeniowych),
- zaburzeń nastroju (afektywnych),
- zaburzeń rozwojowych,
- innych zaburzeń psychicznych wymagających opieki środowiskowej z powodu znacznego stopnia zaburzenia funkcjonowania społecznego.

### W jakiej sytuacji

W ramach zespołu powinny być zapewnione świadczenia zdrowotne w środowisku społecznym pacjentom:

- którzy zakończyli leczenie na oddziale całodobowym lub dziennym i wymagają dalszych intensywnych oddziaływań socjoterapeutycznych, farmakologicznych oraz rehabilitacyjnych,

- z którymi nie udało się uzyskać trwałej efektywnej współpracy w leczeniu w warunkach oddziału szpitalnego lub poradni (chorzy wielokrotnie hospitalizowani),
- którzy nie utrzymują się w innych formach leczenia i placówkach rehabilitacyjnych,
- którzy przerywają leczenie w poradni zdrowia psychicznego lub go nie podejmują.

### Cele

Celami działania zespołu są:

- nawiązanie i utrzymanie współpracy z pacjentem i jego rodziną,
- zapewnienie kompleksowej, specjalistycznej opieki adekwatnej do stanu zdrowia i poziomu funkcjonowania społecznego,
- poprawa stanu psychicznego pacjenta i przeciwdziałanie nawrotom choroby oraz inwalidyzacji,
- zmiana postawy pacjenta wobec leczenia, zbudowanie motywacji do leczenia i zaangażowania w nie,
- poprawa funkcjonowania psychospołecznego lub jego utrzymanie na dobrym poziomie,
- uzyskanie satysfakcjonujących dla pacjenta relacji z bliskimi i otoczeniem społecznym,
- utrzymanie funkcjonowania pacjenta w jego naturalnym środowisku rodzinnym i społecznym.