

✖ Kalina Gierblińska, 2019-01-03 08:32

Reforma psychiatrii transformacją systemu?

✖

Fot. MedExpress TV

Zdaniem wiceministra zdrowia Zbigniewa Króla, zmiany które dokonują się w opiece psychiatrycznej w Polsce wskazują na rzeczywiste korzystanie z modelu patient centered. Dla systemu to dowód na to, że „nawyki” można zmieniać. Na zdrowsze.

Od pół roku wdrażany jest pilotaż dotyczący tak długo wyczekiwanej przez pacjentów i lekarzy reformy psychiatrii. Czy możemy mówić już o sukcesie?

Zbigniew Król: Sukcesem przede wszystkim jest to, że ruszyła machina prawdziwej transformacji. Jeszcze rok temu było niewiele szans powodzenia tego projektu. Wyselekcjonowanych miejsc w pierwszej wersji aplikacji było ok. 150. W końcu zdecydowaliśmy się na 25-28. I obserwujemy, że coraz więcej ośrodków chce dołączyć do pilotażu. To, z czego nie będziemy chcieli zrezygnować i co już przynosi bardzo dobre efekty to punkty zgłoszeniowo-koordynacyjne, które są początkiem profesjonalnego prowadzenia leczenia. Do 72 godzin jest już, dzięki tym punktom, planowana konkretna interwencja. Traktujemy to jako parametr jakościowy opieki nad pacjentem. I to, co mnie osobiście bardzo cieszy, to funkcja asystenta zdrowienia. Dla naszego systemu ochrony zdrowia to naprawdę rzecz wyjątkowa. To namacalny dowód na to, że korzystamy z podejścia patient centered.

Nie ma niczego, co na tym etapie już wymagałoby poprawy w tym projekcie?

Poprawić należałoby relację między NFZ a centrami zdrowia psychicznego. Fundusz musi zrozumieć nową formułę wydatkowania środków, tj. różnicę między płaceniem za opiekę a płaceniem za konkretne świadczenia. Musimy pamiętać, że pilotaż przynosi zmianę w myśleniu także w tych strukturach. W kolejnym etapie będziemy musieli zająć się udoskonaleniem elektronicznego systemu sprawozdawania i rozliczeń.

Wspominał Pan Minister, że najłabszym filarem reformy psychiatrii jest ten poświęcony najmłodszym pacjentom- dzieci i młodzieży. Dlaczego najłabszym?

Najłabszym w tym sensie, że najdłużej nam zabrało przygotowywanie tej części. Wystartowaliśmy z pomysłami zmian w tym samym czasie, w którym zajęliśmy się dorosłymi pacjentami, ale nie znaleźliśmy partnerów do dyskusji o nowym modelu psychiatrii dziecięcej. Słabość tego obszaru polega na takim samym słabym finansowaniu, jak psychiatria dorosłych, a dodatkowo prawie kompletnym braku uruchomienia w publicznym sektorze opieki pośredniej, środowiskowej i poradni psychologicznej. Na początku dyskutowaliśmy o bieżących problemach, ale one wszystkie ukierunkowały się na jedno hasło: „dołóżcie więcej pieniędzy”. Od razu podjęliśmy decyzję, że nie dokładamy pieniędzy na obecną strukturę, bo to zakonserwuje wadliwą formę opieki. I szpital będzie za każdym razem beneficjentem reformy, a chodzi o to, żeby beneficjentem był pacjent.

Jak skomentuje pan minister słowa konsultant krajowej w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, dr Barbary Remberk, która w „Rzeczpospolitej” powiedziała, że spodziewa się całkowitego załamania systemu szpitalnej opieki psychiatrycznej, m.in. ze względu na likwidację oddziałów?

Nie zgadzam się, że system się załamie. W kwestii psychiatrii dziecięcej jesteśmy na etapie rozmów z innymi resortami, ale te ustalenia zamkniemy w styczniu. Głównym przedmiotem dyskusji będzie to w jaki sposób skorzystać w systemie z poradni pedagogiczno-psychologicznej. Sądzymy, że działalność punktów zgłoszeniowych w przypadku dzieci będzie miała jeszcze większą korzyść. Szpital nie powinien być pierwszym miejscem, w którym dochodzą do zdrowia.

Jakich zmian w opiece psychiatrycznej doświadczą pacjenci z uzależnieniami?

W tej dziedzinie będziemy chcieli wprowadzić jednego psychoterapeutę uzależnień –postulatem środowiska psychiatrów było ujednoczenie tego stanowiska, nierozdzielanie na psychoterapeutę od osób uzależnionych od alkoholu i osób uzależnionych od narkotyków. Musimy wraz z ekspertami poddać ocenie to, jak funkcjonują inne już dostępne szczeble opieki nad osobami z uzależnieniami. Dziś one ze sobą nie współpracują, działają niezależnie. Mam na myśli m.in. gminne zespoły do rozwiązywania problemów alkoholowych, które decydują o tym czy dana osoba powinna się leczyć. W małych miejscowościach, w których wszyscy się znają, takie decyzje mogą nie być obiektywne. Drugim narzędziem są Wojewódzkie Ośrodki Terapii Uzależnień i Współuzależnienia, które zajmują się gromadzeniem różnych programów profilaktycznych i ich generowaniem i mamy Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, której wpływ na te pośrednie szczeble organizacyjne nie jest zadowalający. Uzależnionych od narkotyków w Polsce jest wielokrotnie mniej niż uzależnionych od alkoholu. Problem narkotykowy ponadto nie jest w Polsce tak duży, jak w innych krajach europejskich, choć ze względu na swój wymiar społeczny i radykalne konsekwencje dla osoby uzależnionej, wymaga specjalnego podejścia. I w tej dziedzinie pomaga nam bardzo ustawa „antydepresyjowa”. Musimy też zająć się problematyką uzależnienia od nikotyny. Liczba poradni antynikotynowych niestety spada. Ich udział w kontraktowaniu z NFZ również. Samorządy przestały się interesować tymi poradniami, nie ma tutaj woli tworzenia takich miejsc. Chciałbym, żebyśmy przez następny kwartał dokończyli opis tych zmian z koniecznością do modyfikacji legislacyjnych.