



Medexpress, 2019-11-22 09:14

Prof. Janusz Heitzman, dyrektor IPiN o dramatycznej sytuacji w psychiatrii dziecięcej na Pomorzu



Fot. MedExpress TV

- W szpitalu brakuje czasu na to, by psychiatry mogli poddać się własnej analizie i zainwestowali we własne wzmocnienie psychiczne. Zazwyczaj z jednego oddziału przepelnionego pacjentami biegą do innej poradni. To powoduje frustrację u lekarzy - powiedział Medexpressowi prof. Janusz Heitzman, dyrektor IPiN.

Martyna Chmielewska: W listopadzie psychiatry dziecięcy ze szpitala na gdańskim Srebrzysku złożyli wypowiedzenie z pracy. Jak Pan zareagował na tę informację?

Janusz Heitzman: Sytuacja dotyczy poszczególnych rejonów w Polsce. Tam, gdzie oddział nie jest w stanie zapewnić bezpieczeństwa pacjentom, nie ma racji bytu. Jedynym miejscem, gdzie możemy udzielić pomocy z zaburzeniami psychicznymi jest oddział psychiatryczny. Oddział psychiatryczny w Gdańsku ma nominalnie 35 łóżek, a w tej chwili ma obłożenie na 50 łóżek. To powoduje, że piętnastu pacjentów leży na

materacach na korytarzach. Są sytuacje kryzysowe wynikające z tego, że dzieci i młodzież trafia do szpitala w trybie ostrym, nagłym czyli nieplanowym, w sytuacji kryzysu, tam gdzie jest zagrożenie życia po próbach samobójczych, albo w sytuacjach ostrych konfliktów, które próbę samobójczą mogą wygenerować. Jeśli jest trzech, czterech psychiatrów dziecięcych, to nie są oni w stanie świadomie, skutecznie i bezpiecznie prowadzić terapii, bez narażania zdrowia i życia powierzonych im pieczy dzieci. Wypowiedzenie umów w trybie trzech miesięcy to nie jest odstąpienie od udzielania pomocy, ale krzyk rozpaczy w kierunku decydentów ,by coś z tym zrobili, bo lekarze nie dają rady tak dalej pracować.

M.Ch.: Co według Pana należałoby zrobić, aby rozwiązać dramatyczną sytuację w szpitalu w Gdańsku?

J.H.: Wymaga to decyzji na poziomie lokalnym, wojewódzkim, tam gdzie jest niedobór kadr medycznych, przede wszystkim lekarzy psychiatrów. My mamy około 400 czynnych zawodowo psychiatrów w całej Polsce. To niewystarczająca liczba, wielokrotnie mniejsza niż w innych krajach europejskich. Jesteśmy na przedostatnim miejscu w Europie pod względem liczby psychiatrów. W związku z tym szukanie rozwiązań nie może polegać na tym, że będziemy tworzyć na siłę specjalistów. To wymaga czasu itd. Natomiast wiele z tych osób, które trafiają na oddziały psychiatrii dziecięcej i młodzieżowej nie wymaga wysokospecjalistycznej, lekarskiej i fachowej pomocy, a przede wszystkim rozwiązywania sytuacji kryzysowych, konfliktowych, bezradności rodziny i dziecka, które nie może brać odpowiedzialności za swoje zdrowie. Pacjenta dziecięcego nie możemy obarczyć odpowiedzialnością za zdrowie. Musimy brać odpowiedzialność za ich stan psychiczny i poziom bezpieczeństwa. W związku z tym, jeżeli nie ma lekarzy, to bezpieczeństwo muszą zastąpić inni pracownicy dedykowani do tej opieki.

M.Ch.: Kogo Pan ma na myśli?

J.H.: Myślę przede wszystkim o psychologach. Należy na określonym terenie województwa uruchomić interwencyjne zespoły terapeutyczne ostrej interwencji psychologicznej. Wielu z tych przypadków wystarczy, by psycholog poświęcił im czas, by nie oczekiwali kilku miesięcy na planowe przyjęcie. To powinno być w gestii administracyjnej marszałka albo wojewody. Jeżeli mamy sytuację kryzysu należy uruchomić stosowne środki na jego rozwiązanie.

M.Ch.: Jak Pan ocenia szansę na realizację tego pomysłu?

J.H.: Nie oceniam, bo nie wiem jakie możliwości i koncepcje ma wojewoda. To on jest odpowiedzialny za tę sytuację.

M.Ch.: Jak zachęcić lekarzy do wybrania specjalizacji z psychiatrii dziecięcej?

J.H.: Zachęty w tej chwili są nieefektywne. Co z tego, że otwieramy rezydenturę z psychiatrii dzieci i młodzieży, jeśli ludzie nie chcą się na nią zdecydować. A wszystko dlatego, że warunki pracy, jakie im się oferuje, nawet po skończeniu tej specjalizacji, są fatalne. Specjalista ponosi odpowiedzialność za chorych. Jest dużo pacjentów, a możliwości są małe. Nie można leczyć pacjentów na oddziale, bo nie ma miejsc. Lekarz jest bezradny, bezsilny. Nie zachęcimy nikogo do wybrania tej specjalizacji.

M.Ch.: Może należy zwiększyć wynagrodzenie dla psychiatrów?

J.H.: Nawet jeżeli dodali kilkaset złotych więcej do wynagrodzenia, to nie będzie rozwiązaniem problemu. Ludzie, szukając pomocy dla swojego dziecka, nie posłają go do państwowej placówki, gdzie jest deficyt specjalistów, tylko do prywatnego gabinetu. Duża część specjalistów pracuje w prywatnej opiece zdrowotnej. Oczywiście jest to pewne rozwiązanie, ale nie dla wszystkich. Mamy nierówność w traktowaniu różnych osób potrzebujących pomocy, w zależności od tego, gdzie mieszkają.

M.Ch.: Czy psychiatrzy są poddawani cyklicznym badaniom w celu oceny ich stanu zdrowia, predyspozycji do wykonywania zawodu?

J.H.: Nie ma obligatoryjnych ocen przydatności do wykonywania tego typu zawodu. Zespół wypalenia zawodowego w tej grupie specjalistów jest na pewno większy niż w innych dyscyplinach medycznych. Teoretycznie w różnych ośrodkach są prowadzone grupy wsparcia wewnątrz zawodowego. Są one organizowane przez pracodawców np. niektórych klinik. W dużych szpitalach są tzw. grupy balinta, które mają prowadzić do tego, aby lekarz przeanalizował swoje emocje, problemy w kontakcie z pacjentem, sprawdził efektywność i rozwiązał okres napięć, stresu a czasami nawet niechęci do pacjenta. Nie każdy pacjent jest przyjemny dla lekarza. Nie każdy mu podziękuje. Czasami nawet trzaśnie psychiatrę symbolicznie w głowę. Oczywiście są to bardzo ważne kwestie. Przy marności dotychczasowej opieki, małej liczbie psychiatrów, w szpitalu brakuje czasu na to, by poddać się własnej analizie i inwestować we własne wzmocnienie. Zazwyczaj z jednego oddziału przepełnionego pacjentami biegną do innej poradni. To powoduje frustrację u lekarzy. Oczywiście jest to kwestia ogólnego zaniedbania psychiatrii. Nie jest to kwestia przeznaczania na nią małych środków, tylko niedostrzeżenie systemowo podstawowego problemu, który w cywilizacyjnej Europie został już dawno dostrzeżony.

M.Ch.: Zaburzenia psychiczne urastają do poważnego schorzenia współczesnego świata...

J.H.: Światowa Organizacja Zdrowia prognozuje, że w 2030 roku zaburzenia psychiczne staną się pierwszymi wśród chorób psychicznych, które będą skutkowały niepełnosprawnością. W tej chwili zbliżają się, czy już nawet są na drugim miejscu, zaraz po chorobach układu krążenia.

M.Ch.: Z czego to wynika?

J.H.: Rozwój cywilizacyjny, natłok informacji, tempo życia, z którym sobie nie radzimy, ma na to duży wpływ. Oni są tu najbardziej bezradni i nie można ich obciążyć braniem odpowiedzialności za swoje zdrowie psychiczne.

M.Ch.: Czy spotkał się Pan z sytuacją, kiedy psychiatra z powodu frustracji, wypalenia zawodowego zrezygnował z pracy?

J.H.: Są takie przypadki. Oczywiście one są jednostkowe. Gdybyśmy zbadali np. brak satysfakcji zawodowej wśród specjalności lekarskiej, to psychiatrzy zajmują jedno z pierwszych miejsc. Gdy bada się współczynnik samobójstw, to wśród psychiatrów jest on większy. I nie jest to tylko polska specyfika.

M.Ch.: Pacjent, który przeszedł kryzys psychiczny w rozmowie z Medexpressem powiedział, że politycy nie interesują się osobami chorymi psychicznie. Spychają je na margines społeczny...

J.H.: Tak się dzieje i będzie działo. 18 listopada np. odbył się kongres „Zdrowie Polaków 2019” gdzie słowo psychiatria i choroby mózgu z ust ministra Szumowskiego padało wielokrotnie, czyli to nastawienie zaczyna się zmieniać. Łatwiej jest mówić o chorobach nowotworowych czy układu krążenia, mam na myśli zawał serca, niż o dziecku, które patelnią bije matkę i mówi do niej, że jeżeli wyłączy mu komputer, to ją zabije, przestaje jeść i chodzić do szkoły. To jest niepopularne. Tylko dojrzałość cywilizacyjna, kulturowa i społeczna polega na tym, że zaczyna o tym się więcej mówić. Zdrowie psychiczne nie może być konkurencyjne w stosunku do kardiologii czy diabetologii, chirurgii, onkologii, tylko ono jest równoważne. Łatwiej jest mówić decydentom, politykom o eksponowaniu swojej troski o zdrowie, gdy mówi się o osobach leżących i cierpiących w łóżkach. Natomiast o wiele trudniej mówi się o sytuacjach, gdy osoba choruje psychicznie, jest inna, agresywna, gdy nie współpracuje, sprawia problemy, gdy generalnie źle pracuje czy ma depresję, czy nie pracuje w ogóle. Największa znana z ZUS absencyjność jest związana z orzekaniem czasowej niezdolności do pracy z powodu depresji. W tej chwili izolowanie tematu i mówienie, że choroby psychiczne są czymś innym niż jakakolwiek inna dyscyplina chorób somatycznych jest błędem.

Nie ma zdrowia somatycznego podzielonego na poszczególne dyscypliny. Jest zdrowie somatyczne i psychiczne, to jest całość. I choroby psychiczne nie mogą być konkurencyjnie ustawiane do innych chorób. To jest błąd.

M.Ch.: Jak należy zatem podzielić środki?

J.H.: W związku z tym podział środków nie może być na zasadzie proporcjonalności, że troszkę damy na psychiatrię i troszkę na kardiologię itd. Nie! Dajmy na zdrowie psychiczne i na zdrowie somatyczne. Wtedy będzie sprawiedliwie. Tam, gdzie nie mamy zdrowia fizycznego, nie mamy także psychicznego. I odwrotnie, tam gdzie mamy głęboki deficyt, jeżeli chodzi o zdrowie psychiczne, łatwiej będziemy zapadali na nowotwory, mieli udary, łatwiej będziemy predysponowani do zaburzeń poznawczych i otępiennych. Jesteśmy społeczeństwem starzejącym się, przyrasta nam cały czas liczba osób w wieku podeszłym, starszych, wymagających opieki. Problemy zdrowia psychicznego w tej grupie będą dominować. Będą narastały procesy zaburzeń poznawczych. Nasz system służby zdrowia nie jest przystosowany do tego, by stworzyć systemową opiekę nad osobą w wielu podeszłym, która nie wymaga cały czas podawania kroplówki, bo w kroplówce nie podamy leku na pamięć, na sprawność czy zmniejszy poziom osamotnienia.