



Mapy potrzeb zdrowotnych – schizofrenia



foto: PAP/Rafał Guz

Rozmowa z Markiem Balickim, pełnomocnikiem ministra zdrowia ds. reformy psychiatrii, głównym ekspertem zespołu Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia zajmującego się analizą problemu zdrowotnego – schizofrenii

Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia rozpoczął w ubiegłym roku prace nad analizą pięciu problemów zdrowotnych, które szczególnie obciążają system ochrony zdrowia, ale też znacząco wpływają na życie osób i rodzin nimi dotkniętych. Zaliczono do nich m.in. schizofrenię.

Zaburzenia psychiczne są grupą chorób, która generuje nie tylko koszty zdrowotne, ale również społeczne. Stanowią one ponad 15 proc. wszystkich wydatków ZUS związanych z niezdolnością do pracy i koniecznością wypłaty rent czy też krótkoterminowych świadczeń, takich jak zasiłki chorobowe. Jest to najwięcej spośród wszystkich grup chorób. Chociaż rozpowszechnienie schizofrenii jest relatywnie niskie, to jej skutki społeczne oraz wpływ na życie pacjentów stanowią jedno z największych wyzwań dla systemu opieki zdrowotnej. Na podstawie danych NFZ szacuje się, że ponad 160 tys. osób rocznie korzysta z pomocy psychiatrycznej. Jest to zaburzenie często prowadzące do dezadaptacji życiowej i wykluczające z życia społecznego, rodzinnego i zawodowego. Dotyka nie tylko samego pacjenta. Szacuje się, że nawet do 10 bliskich osób może być dotkniętych konsekwencjami choroby oraz zaangażowanych we wsparcie osoby ze schizofrenią. Obciążenia z tym związane wpływają na organizację ich życia, ograniczanie czasu pracy, a także występowanie zespołu wypalenia i tzw. prezenteizmu, czyli nieefektywnej obecności w pracy. Dlatego decyzja Ministerstwa Zdrowia, żeby w ramach map potrzeb zdrowotnych zająć się schizofrenią, jest jak najbardziej uzasadniona.

Został pan głównym ekspertem zespołu Ministerstwa Zdrowia ds. analizy problemu zdrowotnego – schizofrenii. Jaki był zakres pracy grupy roboczej?

W ostatnich latach zmieniło się podejście do map potrzeb zdrowotnych. Zastrzeżeniem zgłaszanym wobec ich poprzednich edycji było to, że w zbyt dużym stopniu odzwierciedlały istniejący stan rzeczy, jeśli chodzi o świadczeniodawców, a za mało uwagi poświęcały samym świadczeniom, ich strukturze, kompleksowości i koordynacji. Informacje o zasobach są konieczne, ale to za mało. Dzisiaj staramy się odpowiedzieć na pytanie, co z tego wynika. Interesuje nas, jakie leczenie otrzymuje pacjent, czy jest ono zgodne z wiedzą medyczną i standardami, jaka jest ścieżka pacjenta w systemie. Praca z tym narzędziem nie polega już tylko na analizie systemowej, lecz także na wyciąganiu wniosków oraz budowaniu rekomendacji na przyszłość. Na tej podstawie będzie można dokonywać zmian, które zwiększą efektywność systemu ochrony zdrowia.

Co wynika z analiz dotyczących schizofrenii?

System opieki psychiatrycznej jest dysfunkcyjny, co staramy się zmieniać. Wyniki analiz w odniesieniu do schizofrenii to potwierdziły, a w niektórych aspektach okazały się bardziej niepokojące, niż mogliśmy przypuszczać. Jedynie 8 proc. pacjentów otrzymuje opiekę kompleksową, w skład której wchodzi m.in. terapia psychologiczna czy pobyt na oddziale dziennym. To porażająca diagnoza. W analizowanym okresie, czyli w latach 2009–2018, sytuacja nieznacznie się poprawiła, ale nie zmienia to całościowego obrazu. Spodziewamy się teraz większych zmian, gdyż od 2019 r. (nieuwzględnionego w tej analizie) 10 proc. dorosłych Polaków zostało objętych pilotażem centrów zdrowia psychicznego. Problematyka schizofrenii jest też oknem, przez które możemy spojrzeć na cały system opieki psychiatrycznej, a ten, jak wiadać, wymaga gruntownych zmian.

Które obszary systemu ochrony zdrowia związane z leczeniem schizofrenii wymagają zmian?

Przede wszystkim mamy niewłaściwą strukturę zarówno świadczeń, jak i świadczeniodawców. Ponad 70 proc. świadczeniodawców oferuje tylko jedną formę pomocy. W większości powiatów brakuje placówek zapewniających jednocześnie opiekę ambulatoryjną, środowiskową i na oddziale dziennym. W opiece ambulatoryjnej dominującą formą są wizyty u psychiatry średnio raz na kwartał. W tej sytuacji nie dziwi fakt, że ponad 2/3 kosztów opieki psychiatrycznej pochłania leczenie szpitalne. Dla ponad 60 proc. pacjentów ze schizofrenią po wypisie ze szpitala następnym kontaktem z psychiatrą jest kolejny pobyt w szpitalu.

Jakie są tego powody?

Systemowe, ekonomiczne, a także te trudniej uchwytne, specyficzne dla psychiatrii. Mam tu na myśli obserwowaną od lat tzw. stygmatyzację strukturalną, która w ramach różnych praktyk, reguł i procedur, również instytucji publicznych, przyczyniała się do dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi i całego obszaru zdrowia psychicznego. Zdrowie psychiczne zostało zepchnięte na margines, co wiązało się m.in. z niskim poziomem finansowania psychiatrii. Przeznaczaliśmy na nią do 3,5 proc. budżetu NFZ, czyli połowę średniej europejskiej. Z tego 70 proc. pieniędzy idzie u nas na leczenie szpitalne, gdzie oferta psychologiczna i psychoterapeutyczna jest bardzo uboga. Szybka diagnoza oraz farmakoterapia są bardzo istotne, ale nie wystarczą do uzyskania możliwych efektów. Żeby proces zdrowienia był skuteczny, potrzebny jest wysiłek interdyscyplinarnego zespołu i ciągłość pomocy. Dziś po wypisaniu ze szpitala pacjent jest często pozostawiony sam sobie. Większość powiatów nie oferuje na swoim terenie, czyli blisko miejsca zamieszkania, czterech podstawowych form opieki: leczenia szpitalne-

go, oddziału dziennego, pomocy ambulatoryjnej oraz środowiskowej. Brakuje ciągłości, kompleksowości i koordynacji terapii.

Jaki wpływ na ten stan rzeczy ma brak lekarzy?

Mamy ponad 1500 świadczeniodawców na 380 powiatów, czyli dość sporo. Zaryzykuję stwierdzenie, że jest może więcej placówek, niż nam potrzeba, ale niewiele takich, w których struktura udzielanych świadczeń odpowiada potrzebom zdrowotnym. Na dodatek zaledwie połowa poradni zdrowia psychicznego czynna jest przez cały tydzień. Psychiatrów jest za mało, dlatego powinniśmy dobrze wykorzystać te zasoby kadrowe, którymi dysponujemy. Ale mamy przecież dużo psychologów i psychoterapeutów, tylko należy ich w większym stopniu włączyć do systemu. Nie wykorzystujemy też w pełni potencjału pielęgniarek psychiatrycznych.

Jakie rekomendacje zmian opracował zespół?

Usługi psychiatryczne powinny być kompleksowe i skoordynowane. Takie możliwości zapewnia prowadzenie w ramach jednej placówki wszystkich czterech podstawowych form pomocy oraz ich dostępność blisko miejsca zamieszkania pacjenta. Aby umożliwić pacjentowi powrót do funkcjonowania w rolach społecznych, potrzebne są różne formy psychoterapii, ale także bliska współpraca z placówkami pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej. W przypadku pierwszego epizodu ważna jest szybka diagnoza i rozpoczęcie leczenia. Od tego zależą w dużym stopniu późniejsze rezultaty, a dziś ten okres trwa zbyt długo. Konieczne jest zatem zniesienie barier w dostępie do pomocy lekarskiej. W tym zakresie dużą rolę do odegrania mogą mieć lekarze POZ współpracujący z lokalnym centrum psychiatrycznym. Podałem przykłady elementów składających się na system psychiatrii środowiskowej, który można wprowadzić na poziomie powiatu.

Czy w jakimś stopniu rozwiązaniem jest rozszerzenie pilotażu centrów zdrowia psychicznego, które zapewniają wszystkie te formy wsparcia?

Centra zdrowia psychicznego nie zapewnią realizacji wszystkich potrzeb osób ze schizofrenią, tj. form terapii w takich problemach, jak tzw. podwójna diagnoza, czyli schizofrenia i uzależnienia, czy też tzw. wczesna interwencja w pierwszym epizodzie psychotycznym, czego dzisiaj tak bardzo brakuje i co przekłada się na mało satysfakcjonujące efekty zdrowotne. To o czym mówię, znalazło odzwierciedlenie w opracowanych rekomendacjach.

W rekomendacjach zwrócono też uwagę, że zamiast odrębnych szpitali psychiatrycznych powinny powstawać oddziały w placówkach wieloprofilowych. Dlaczego to ma tak duże znaczenie dla leczenia schizofrenii?

Ze schizofrenią wiąże się częstsze występowanie chorób somatycznych: cukrzyca, nadciśnienia czy udarów. Zależy to nie tylko od czynników indywidualnych, takich jak ciężkość zaburzenia, dieta, brak aktywności fizycznej, ale także od systemu opieki zdrowotnej i czynników społecznych. Osoby ze schizofrenią według różnych badań żyją krócej nawet o kilkanaście lat, rzadziej korzystają z opieki niepsychiatrycznej, a współpraca między pacjentem a lekarzem jest w ich przypadku trudniejsza. Odseparowanie leczenia zaburzeń psychicznych od innych obszarów medycyny – co ma miejsce w szpitalach psychiatrycznych – powoduje, że pacjent ma bardzo ograniczone możliwości uzyskania szybkiej pomocy innych specjalistów: internisty, kardiologa czy chirurga. Dlatego opieka psychiatryczna powinna być realizowana na małym oddziale w szpitalu wieloprofilowym. Tylko wtedy pacjent może

otrzymać kompleksową pomoc. Dzisiaj mamy już 90 takich oddziałów w Polsce, a potrzeba 200–250. Część z nich ma jednak problemy z utrzymaniem się, część ogranicza swoją działalność, bo szpitalowi nie opłaca się prowadzić tego oddziału według dotychczasowych reguł finansowych. Dużo lepszą sytuację mają oddziały funkcjonujące w ramach pilotażu i finansowane na innych zasadach. Jest to kolejny argument na rzecz zmiany tych zasad w psychiatrii. Obecnie płaci się za poszczególne procedury, a nie cały proces terapii, co sprzyja fragmentaryzacji usług. Każda placówka wykonuje swój zakres świadczeń. Kompleksowe podejście do pacjenta nie leży w ich interesie finansowym, bo nikt im za to nie płaci. NFZ wydaje na leczenie schizofrenii ponad miliard złotych rocznie, czyli wcale nie tak mało, ale jest to nieefektywne. Konieczne są więc zmiany sposobu finansowania, czyli odejście od płacenia za punkty i osobodni na rzecz budżetu globalnego, czyli jednej kwoty za wszystkie procedury. Wielkość budżetu powinna zależeć od liczby mieszkańców obszaru działania centrum. Realizujemy obecnie pilotaż, w którym testujemy taki sposób finansowania. Trzeba też wspomnieć, że część środowisk, zwłaszcza w sektorze prywatnym, przyjęła zmianę sposobu finansowania z rezerwą. Po półtora roku pilotażu te bariery są już jednak mniejsze.

Skąd się biorą bariery?

Obecny system jest dysfunkcyjny, ale wszyscy się do niego przyzwyczaili i mimo codziennych narzekań nauczyli się w nim poruszać. Dlatego pojawiający się opór jest naturalny i w dużym stopniu zrozumiały. Jeśli jednak myślimy o pacjentach i ich prawach, a także efektach zdrowotnych naszych działań, to zmiany są konieczne. Franco Basaglia, reformator włoskiej psychiatrii, jakieś 50 lat temu powiedział o szpitalach psychiatrycznych, że istnieją dla systemu, ale nie dla pacjentów. We Włoszech postawienie takiej diagnozy doprowadziło do radykalnej reformy. Dziś jest tam kilkakrotnie mniej samobójstw i dziesięciokrotnie mniej przymusowych przyjęć na oddziały psychiatryczne niż w innych krajach europejskich.

Myślę, że takie analizy jak ta dotycząca schizofrenii i twarde dane mogą się przyczynić do korzystnych zmian. Dzisiaj do terapii schizofrenii i innych zaburzeń psychicznych mamy dużo szersze podejście. Odchodzimy od modelu medycznego, w którym widzimy tylko chorobę, na rzecz modelu skoncentrowanego na osobie i procesie zdrowienia. Nie chodzi więc już tylko o postawienie diagnozy i ograniczenie nasilenia objawów, lecz także o przywrócenie funkcjonowania w różnych rolach społecznych, w tym w szkole i w pracy, oraz o jakość życia. A obecny system tego nie zapewnia.

W ramach projektu *Mapy potrzeb zdrowotnych – baza analiz systemowych i wdrożeniowych* Ministerstwo Zdrowia zainicjowało w ubiegłym roku nowy kierunek prac, wykraczający poza prowadzone do tej pory analizy sprawozdanych świadczeń. Przystąpiono do analizy tzw. zobiektywizowanych problemów zdrowotnych, opartej na uznanej w świecie metodyce *Global Burden of Diseases*, czyli obciążenia chorobowością. Po zidentyfikowaniu największych problemów zdrowotnych rozpoczęto ich analizę w celu znalezienia najlepszych rozwiązań. W pracy nad schizofrenią uczestniczyli: pełnomocnik ministra zdrowia ds. reformy psychiatrii M. Balicki (ekspert główny), prof. dr hab. M. Anczewska (ekspert pomocniczy medyczny), prof. dr hab. P. Gorczyca (ekspert pomocniczy medyczny), prezes zarządu HTA R. Plisko (ekspert ds. ochrony zdrowia) oraz pracownicy Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia: mgr S. Paciorek, mgr inż. A. Drożdżkowska, mgr J. Janus, mgr M. Zięba.



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Mapy potrzeb zdrowotnych – baza analiz systemowych i wdrożeniowych to projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. Projekt realizuje Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia.
Materiał informacyjny opracowany we współpracy z Ministerstwem Zdrowia.