

Puste konto zdrowia psychicznego

O urzędniczej fikcji, jaką jest Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, rozmawiamy z dr. hab. med. Andrzejem Cechnickim z Zakładu Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii UJ CM w Krakowie

PspD: Dlaczego program został napisany przez urzędników do szuflady?

DR HAB. ANDRZEJ CECHNICKI: Urzędnicy włożyli go do szuflady. Sam program napisany jest przez psychiatrów i choć powstawał jak na warunki europejskie z 40-letnim opóźnieniem, jego merytoryczna treść jest bardzo nowoczesna. Istotą jest przywrócenie miejsca w życiu społecznym osobom chorującym psychicznie poprzez terapię i rehabilitację w różnorodnych instytucjach środowiskowych zorientowanych na szeroko rozumiany proces zdrowienia, na włączanie ich w życie społeczne aż do pełnego w nim udziału. Dlatego trzeba myśleć o przebudowaniu dotychczasowego systemu opieki, który oparty jest na dużym szpitalu – w otwarty i wzmacniający potrzebę autonomii system środowiskowy. Wielkie szpitale muszą stać się bardziej ludzkie, rodzinne, o ile to możliwe stać się częścią szpitala ogólnego. Podobna „terapia instytucji” czeka duże domy pomocy społecznej, które powinny się przekształcić w kilkuosobowe mieszkania chronione. Rośnie pokolenie psychiatrów i nowe pokolenie pacjentów, którzy rozumieją, że leczenie to nie tylko tabletki, że to nie jest tylko walka z objawami, ale przywracanie człowieka wspólnocie, która chce go przyjąć i w której odzyska poczucie własnej wartości. W związku z tym wizja środowiskowa zapisana w narodowym programie jest znakomita i chwalona przez naszych sąsiadów. Program zakłada przesunięcie odpowiedzialności za pacjentów powracających po krótkim pobycie w szpitalu do miejsca zamieszkania, na niewielkie instytucje psychiatryczne i społeczne działające lokalnie, pod opiekę samorządu i w bliskiej współpracy z organizacjami pozarządowymi. To jest bardzo dobry plan. Przecież instytucje państwowe nie są w stanie poradzić sobie z tak wielkim problemem, jakim jest powiększająca się szybko grupa osób chorujących psychicznie. Problem w tym, że aby wdrożyć program, musi dokonać się nie tylko zmiana w świadomości, ale też muszą pójść za tym pieniądze. W ustawie nie zapisano żadnych środków dla samorządów na jej realizację. Więc to jest pomysł jak z Trzeciego Świata – genialna ustawa, dobre rozporządzenia i zadania rozpisane precyzyjnie na wykonawców, ale nie ma na ich realizację pieniędzy.

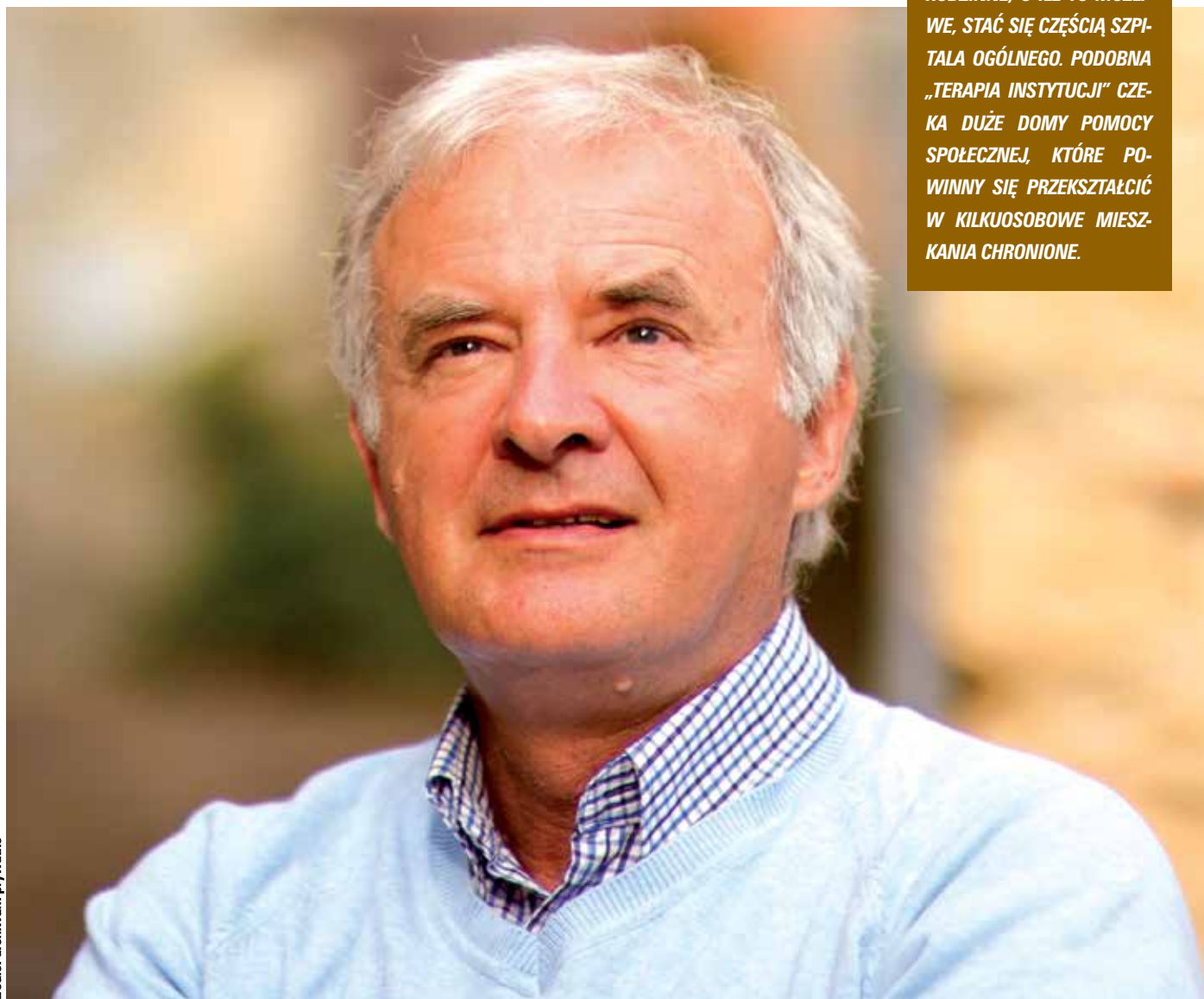
PspD: Ile tych pieniędzy potrzeba?

A.C.: Pięć procent z budżetu na zdrowie to absolutne minimum. Cała Europa ma więcej. Szwajcaria na przykład przeznaczą na ten cel 12 proc. Są przeinwestowane obszary medycyny somatycznej, a psychiatria była niedoinwestowana przez ostatnie 60 lat. Z badań wynika, że oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych w chwili podpisywania kontraktu wpadają w 37-proc. deficyt.

PspD: Żeby uprawiać nowoczesną psychiatrię, musimy odejść od dużych szpitali – ale to one są źródłem siły, prestiżu, pieniędzy. Mogą nie chcieć zrzec się swojej roli.

WIELKIE SZPITALY MUSZĄ STAĆ SIĘ BARDZIEJ LUDZKIE, RODZINNE, O ILE TO MOŻLIWE, STAĆ SIĘ CZĘŚCIĄ SZPITALA OGÓLNEGO. PODOBNA „TERAPIA INSTYTUCJI” CZEKA DUŻE DOMY POMOCY SPOŁECZNEJ, KTÓRE POWINNY SIĘ PRZEKSZTAŁCIĆ W KILKUOSOBOWE MIESZKANIA CHRONIONE.

źródło: archiwum prywatne



A.C.: Jako młody lekarz odszedłem najpierw od łóżka w klinice do oddziału dziennego, potem do warsztatów terapii zajęciowej w hostelu terapeutycznym i w dziennym domu samopomocowym, w ambulatorium i poradni rodzinnej. Wówczas moi koledzy dziwili się, że na własne życzenie tracę prestiż, odchodzę do coraz mniej poważanych instytucji. Teraz, gdy przyjeżdżają profesorowie z USA i chcą mówić o nowoczesnej psychiatrii, pytają o psychiatrię środowiskową, chcą odwiedzić firmy społeczne „U Pana Cogito” lub „Zielony Dół”, gdzie pracują i zdrowieją pacjenci. Żeby ten cały system działał w sposób zintegrowany, psychiatrzy muszą się częściowo podzielić władzą, spłaszczyć hierarchiczną strukturę i dopuścić do współodpowiedzialności inne zawody, m.in. psychologów, terapeutów zajęciowych, pielęgniarki, pracowników socjalnych. Ten duży profesjonalny team ma swoją ogromną rolę do spełnienia. Oczywiście psychiatrzy, zwłaszcza wykształceni psychoterapeutycznie, muszą być jego istotną częścią, przejmując rolę konsultantów i superwizorów.

PspD: Czy ten proces nie zmierza w kierunku demedycyzacji chorób psychicznych?

A.C.: Właśnie w tym kierunku powinien zmierzać. Mówimy o pomocy do samopomocy. Rośnie udział pacjentów i rodzin w leczeniu, a nawet należy mówić o nowej roli pacjentów współodpowiedzialnych za proces terapii. Sukces w leczeniu będzie też zależał od naszych postaw – kolegów w pracy, sąsiadów, przyjaciół: czy otoczenie przyjmie ich i udzieli wsparcia po kryzysie. Społeczny dystans, ciągle stereotypowe osądzanie, są ciężarem czasami trudniejszym do udźwignięcia niż sama choroba. Wszyscy mamy zadanie nauczyć się tak kształtować naszą lokalną wspólnotę, aby była ona jak najbardziej ludzka. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego ma właśnie taki cel.

Rozmawiała Magda Szejner

KOMENTARZ

fot. Włodzimierz Wasyluk



Prof. dr hab. med. Jacek Wciórka,
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Trudno się zgodzić z określeniem Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego jako urzędniczej fikcji. Program ma moc prawie jednomyślnie (jeden głos sprzeciwu) uchwalonej ustawy oraz rozporządzenia Rady Ministrów z zapisanym szczegółowym harmonogramem realizacji. Trudno zaakceptować fakt, że jest on przez dominującą większość podmiotów zobowiązanych do realizacji – szczeble administracji rządowej i samorządowej, NFZ – kompletnie lekceważony! Parlament nie otrzymuje obowiązkowych raportów z realizacji – i nie grzmi!

To nie fikcja, raczej indolencja.

Trudno pojąć, jak to jest możliwe w państwie, które deklarując dążenie do modernizacji systemu ochrony zdrowia (w tym także zdrowia psychicznego), przyjmuje rozsądny cel i plan działania, a potem opuszcza ręce i udaje, że nic się nie stało. Zgadzam się z opinią, że nie można wdrażać systemowej zmiany w ochronie zdrowia bez pieniędzy, ale opieszałość czy zaniechania realizacji programu dotyczą nie tylko tych jego elementów, które wymagają inwestowania czy zmiany finansowania lecznictwa. W powiatach bywa różnie, ale w większości działania markowano – a w sytuacji braku zachęty i monitoringu nawet budzące się tu i tam zainteresowanie wygasa. A można by tu choćby skoordynować działanie czasem licznych lokalnych instytucji i inicjatyw na rzecz zdrowia psychicznego. Lepiej jest na szczeblu regionalnym, gdzie w większości województw powstały całkiem rozsądne plany, a nawet nieśmiałe próby wdrażania. Zdecydowanie zadowolą podmioty szczebla centralnego, którym ustawa powierzyła koordynację programu na szczeblu krajowym (minister zdrowia) i dostosowanie sposobu finansowania psychiatrycznej opieki zdrowotnej do stopniowej ewolucji w oczekiwanym kierunku (NFZ). Patrzą na siebie i z tego zapatrzenia nie wynika nic konstruktywnego. Jest tylko wzajemne spychanie na siebie odpowiedzialności.

Wymiar tej zaniechanej odpowiedzialności to ok. 1,5 mln osób szukających rocznie pomocy w placówkach psychiatrycznych. To dla nich często droga przez mękę. Biorąc pod uwagę rodziny, często obciążone trudną opieką i współcierpiące wraz z chorym, jest to pokaźny elektorat 5-6 mln osób, dla których nowoczesna, godziwa oraz blisko i bez nierówności dostępna ochrona zdrowia psychicznego może być pierwszoplanową potrzebą życiową.

A trzeba mocno podkreślić, że program to nie tylko lecznictwo psychiatryczne. To także zadania dla systemów pomocy społecznej (tu sytuacja jest niezła), uczestnictwa zawodowego (tutaj dopiero początki), a także społeczne zadania z dziedziny promocji zdrowia psychicznego dla całej populacji, wczesnej identyfikacji problemów m.in. w takich grupach zwiększonego ryzyka, jak: zaburzenia rozwoju, nadużywanie substancji, bezrobocie, bezdomność. Ważne zadania dotyczą edukacji i kultury – przeciwdziałanie nierówności, stygmatyzacji i wykluczeniu, budowanie zrozumienia i tolerancji wobec chorujących psychicznie, ograniczanie niewiedzy tym zakresie. Czyż to nie są wyzwania cywilizacyjne? Czy wolno je bezkarnie lekceważyć? Czy godzimy się na ogromne straty z tego powodu? Czy puste konto może stanowić alibi dla publicznej niewrażliwości, braku wyobraźni, kompetencji i odpowiedzialności za ten obszar cierpienia, bezradności i porzucenia?