



POTRZEBUJEMY WSPÓŁPRACY MIĘDZYRESORTOWEJ

Z doktor nauk medycznych Aleksandrą Lewandowską, konsultantką krajową w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, rozmawia Maja Ruszpel.

– Problemy zdrowia psychicznego młodych są od lat przedmiotem szczególnego zainteresowania środowisk pomocowych, ale także mediów czy kolejnych rządów. Sytuacja w tym obszarze jest wciąż dramatyczna i wymaga szeregu zmian.

– Jest to globalny problem – zła kondycja psychiczna dzieci i młodzieży. Na całym świecie obserwowany jest wzrost zaburzeń psychicznych zarówno u osób młodych, jak i dorosłych.

Nie tylko więc Polska, ale cała Unia Europejska stoi przed tym wyzwaniem. Dodatkowo, my, klinicyści, obserwujemy niepokojącą zmianę, która stała się niestety trendem w ciągu ostatnich czterech lat, czyli od czasu wybuchu pandemii COVID, konfliktu zbrojnego w Ukrainie – a w efekcie tych zdarzeń: kryzysu gospodarczego. Otóż liczba dzieci i młodzieży, które korzystały z opieki w publicznym sektorze ochrony zdrowia psychicznego w ciągu ostatnich trzech lat, się podwoiła. Mamy więc o 100 procent więcej potrzebujących.

Nie odstajemy od Unii Europejskiej. Tam statystyki są podobne. Z raportu UNICEF-u za 2021 rok wynika, że średnio 16% dzieci i młodzieży cierpi na różnego rodzaju zaburzenia psychiczne.

– Jakiego rodzaju zaburzenia dominują?

– Przeważają zaburzenia depresyjne i lękowe. Problemem, który narasta, są także uzależnienia – najnowsze analizy NFZ pokazują, że liczba dzieci i młodzieży z diagnozą uzależnienia rośnie – co roku o kilka procent! Oczywiście, należy podkreślić, że kondycja psychiczna dzieci i młodzieży od dawna się pogarszała.

Jeśli prześledzimy dane, czyli sprawdzimy, jaki odsetek dzieci i młodzieży z różnymi zaburzeniami korzystał

ze świadczeń publicznych, to okaże się, że już od 8 lat z roku na rok obserwujemy wzrost zgłoszeń. Jednak nie był to tak skokowy wzrost jak na przestrzeni ostatnich czterech lat. Między 2019 a 2022 rokiem nastąpił 87-procentowy wzrost liczby osób do 13. roku życia wymagających opieki psychiatrycznej. W grupie od 13. do 18. roku życia liczba pacjentów zwiększyła się o 168%.

– Od 12 lat podejmowane są działania zapewniające właściwą opiekę, terapię, farmakoterapię czy działania profilaktyczne właśnie dla tej grupy odbiorców. Jak pani pamięta ten proces?

– Myślę, że trafna jest metafora, której swego czasu używał prof. Tomasz Wolańczyk, że „budowaliśmy samolot w locie”.

Pracuję już 20 lat i byłam obserwatorką i świadkiem tych zmian. Pamiętam jak 12 lat temu, w roku 2012, właśnie prof. Tomasz Wolańczyk, który był ówczesnym konsultantem krajowym w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, wystosował apel do ministra zdrowia. Był to głos środowiska specjalistów, które domagało się wprowadzenia zmian w obszarze psychiatrii wieku rozwojowego. Szczególnie chodziło o zmiany dotyczące obszaru opieki środowiskowej.

Ten apel nie został wówczas usłyszany. Pierwszy krok został zrobiony w 2018 roku, kiedy to zaczął się spotykać Zespół ds. reformy psychiatrii dzieci i młodzieży i zmiany zaczęły się dziać. Ale czy reforma to było właściwe określenie? Reformować przecież można jedynie coś, co istnieje – a nie coś, czego nie ma. A tak było. Obszar psychiatrii dzieci i młodzieży był na tyle zaniedbany, a potrzeby dostępu do specjalistów w każdym regionie kraju były tak ogromne, że trzeba było na to po prostu reagować, a nie reformować...

– *Czyli powstawał model psychiatrii dzieci i młodzieży, ale w zupełnie inny sposób niż model psychiatrii dorosłych. W tym drugim przypadku miał miejsce pilotaż...*

– U nas nie było czasu na żaden pilotaż! Ewaluowanie tego modelu odbywało i odbywa się więc nie za pomocą pilotażu, ale za pomocą rozwiązań systemowych!

Jaki był zamysł tego modelu? Przede wszystkim właśnie deinstytucjonalizacja, czyli przełożenie opieki szpitalnej z izby przyjęć na opiekę ambulatoryjną i środowiskową – jak najbliżej miejsca zamieszkania dziecka, nastolatka i jego rodziny. Do tego objęcie opieką jego rodziny czy opiekunów. Ale też środowiska edukacyjnego – bo dla większości naszych pacjentów, kiedy podejmowane są działania pomocowe, absolutnie niezbędne jest nawiązanie współpracy z systemem oświaty.

– *Obecnie mamy prawie 500 miejsc, w których dzieci, młodzież i ich opiekunowie mogą szukać pomocy. Ta pomoc została zorganizowana na trzech poziomach – zależnie od tego, z jakimi potrzebami dziecka się zderzamy.*

– W ramach pierwszego – czyli podstawowego – poziomu referencyjnego pracują Zespoły lub Ośrodki Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży. I tu świadczenia przeznaczone są dla dzieci oraz młodzieży do 21. roku życia kształcącej się w szkołach ponadpodstawowych aż do ich ukończenia. Chcę podkreślić, że ten pierwszy poziom jest fundamentem naszego trójstopniowego modelu, ponieważ wiemy już, że większość zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego wiąże się głównie z czynnikami środowiskowymi. I tu pierwszym elementem wsparcia i pomocy powinny być oddziaływania psychospołeczne. Szeroko rozumiane – choćby psychoedukacja, wsparcie psychologiczne, różne formy psychoterapii, indywidualnej, grupowej. Tutaj lekarz psychiatra nie jest jeszcze potrzebny. Z pomocy może korzystać pacjent, który nie ma żadnego rozpoznania psychiatrycznego, a potrzebuje pomocy, bo ma trudności w relacjach rówieśniczych, nie radzi sobie z emocjami, ma problemy szkolne lub trudności z zachowaniem.

– *Jakiś przykład z tzw. życia?*

– Przychodzi rodzic po pomoc i opisuje, że ma problem z dzieckiem. Dziecko jest ciągle rozdrażnione,

zbuntowane, nie chce chodzić do szkoły. Wydawałoby się, że tu może być jakiś problem związany z samym dzieckiem, z jego zdrowiem, prawda? A tymczasem po diagnozie psychologicznej okazuje się, że przyczyną zachowania dziecka jest przemoc rówieśnicza. I nie da się tego problemu inaczej rozwiązać, jak poprzez współpracę psychologów ze szkołą, wspieranie pacjenta i pracę z całym środowiskiem: rodzicami, nauczycielami itp. Ta współpraca bardzo się sprawdza.

Stąd w zespole lub ośrodku oferowane są następujące świadczenia: porada psychologiczna diagnostyczna, porada psychologiczna, sesja psychoterapii indywidualnej, sesja psychoterapii rodzinnej, sesja psychoterapii grupowej, sesja wsparcia psychospołecznego, wizyta, porada domowa lub środowiskowa, wizyta osoby prowadzącej terapię środowiskową. Świadczenia realizowane są przez zespół specjalistów: psychologa, psychoterapeutę oraz terapeutę środowiskowego.

W tym przypadku opieka oparta jest przede wszystkim na realizacji świadczeń w środowisku. Z tego powodu zalecany jest wybór placówki jak najbliżej miejsca zamieszkania. Dla świadczeń realizowanych w zakresie I poziomu referencyjnego skierowanie nie jest wymagane.

– *Jak wygląda dostępność tej oferty pomocowej?*

– Aktualnie większość powiatów i dużych miast jest objęta pierwszym poziomem referencyjnym, zatem białych plam już nie ma. Ośrodki mają w swojej strukturze minimum cztery etaty składające się z trzech specjalistów. Są to: psycholog, psychoterapeuta i terapeuta środowiskowy dzieci i młodzieży. A tam, gdzie jest problem z dostępnością kadry, mamy zespoły – są to dwa etaty składające się z trzech stanowisk: psychologa, psychoterapeuty i terapeuty środowiskowego dzieci i młodzieży. Na tym poziomie odbywają się także konsylia, czyli współpraca pomiędzy pierwszym a drugim poziomem referencyjnym. Wówczas kiedy pierwszy poziom referencyjny decyduje o tym, że warto skierować pacjenta na drugi poziom, czyli najczęściej na konsultację psychiatryczną.

– *Jak rodzice odnajdują się w tym systemie?*

– Rodzice de facto są głównym odbiorcą tej oferty, ponieważ to oni jako pierwsi zgłaszają się po pomoc

i przychodzą z dzieckiem. Niestety, okazuje się, że bardzo dużym problemem rodziców jest brak wiedzy. W różnych obszarach. Często zdarza się, że rodzic nie zwraca uwagi na problemy dziecka, nie rozumie ich, nie wie, jak sobie z nimi radzić. Dziecko nierzadko samo się diagnozuje, czytając „coś” w internecie. I to dziecko prosi rodzica, żeby pomógł mu znaleźć specjalistę.

Pamiętajmy też, że w przypadkach obu poziomów referencyjnych możemy się zgłaszać po pomoc bez skierowania. A zatem o tym, które dziecko zostanie zapisane do którego specjalisty tak naprawdę decyduje wyłącznie sam rodzic. Ale niestety okazuje się, że rodzic często jest pogubiony w tym systemie opieki psychiatrycznej – nie rozumie, jaka jest rola poszczególnych specjalistów, często te role mu się mieszają i potem jest zaskoczony, że był u psychiatry, a psychiatra nie prowadził psychoterapii. Albo jest rozczarowany, bo był u lekarza, lekarz postawił diagnozę, i odesłał do psychologa. Potrzebujemy zatem kampanii informacyjno-edukacyjnej adresowanej do rodziców.

Rodzice bowiem często sami nie korzystali z pomocy psychoterapeutycznej czy psychiatrycznej – brakuje im wiedzy na temat tego, czego mogą oczekiwać i jaka jest ich rola. To utrudnia efektywność wprowadzanych zmian – także z tego powodu tworzą się kolejki do specjalistów i brakuje miejsc.

– Trzeci poziom referencyjny to Ośrodki Wysokospecjalistycznej Całodobowej Opieki Psychiatrycznej. W ramach oddziału psychiatrycznego dla dzieci realizowane są świadczenia stacjonarne przez lekarzy psychiatrów, psychologów, psychoterapeutów, terapeutów zajęciowych. I tu już wymagane jest skierowanie – chyba że mamy sytuację nagłego zagrożenia życia. Wówczas można się zgłosić bez skierowania. Jaka jest dostępność takich miejsc?

– Aktualnie mamy co najmniej jeden taki ośrodek w każdym województwie, a w niektórych mamy kilka takich miejsc. W sumie na ten moment są aż 34 takie placówki w całej Polsce.

– I to jest wierzchołek piramidy tego trzypoziomowego systemu pomocowego, czyli leczenie stacjonarne.

– Tak. Tutaj można uzyskać pomoc wówczas, gdy mamy do czynienia z zagrożeniem życia lub zdrowia nastolatka czy dziecka oraz koniecznością jego hospitalizacji. Drugą sytuacją jest przyjęcie w trybie planowym na oddział – może to się odbywać w różnych sytuacjach. Chociażby wówczas, gdy mamy modyfikację farmakoterapii u dziecka. A ta powinna się odbyć w warunkach oddziału stacjonarnego. Albo niezbędna jest diagnostyka, która nie jest możliwa w warunkach ambulatoryjnych. I temu powinny służyć oddziały stacjonarne.

– Czy to działa?

– Różnie. Niestety, mamy nadal taką sytuację, że pacjentów, nastolatków w kryzysie wcale nam nie ubyło, więc przyjęć w trybie planowanym mamy jak na lekarstwo. W większości oddziałów dziecięcych i młodzieżowych mamy przyjęcia w trybie nagłym, w stanie zagrożenia życia. Nadal przybywa pacjentów dziecięco-młodzieżowych. Z najnowszych danych NFZ wynika, że ponownie wzrosła liczba hospitalizacji stacjonarnych wśród dzieci i młodzieży o ponad 30%.

Co ciekawe i niepokojące – jeśli chodzi o dynamikę zgłoszeń w obszarze psychiatrii wieku rozwojowego, to ta dynamika jest związana z dynamiką... roku szkolnego. Otóż w trakcie nauki w niektórych oddziałach obłożenie sięga powyżej 200%, a kiedy rozpoczyna się okres wakacyjny, to spada ono o... 50%! I w niektórych oddziałach liczba pacjentów w okresie wakacyjnym jest mniejsza niż ta wynikająca z kontraktu z NFZ.

– To pokazuje, jak ważna jest rola szkoły i profilaktyka.

– Tak. I to jest kolejne wyzwanie – mamy trzy poziomy referencyjne, a nie mamy poziomu zero, czyli właśnie profilaktyki. To znaczy, mamy go, ale raczej teoretycznie.

– Wiele lat temu powstały profilaktyczne programy rekomendowane...

– Tak – to są bardzo dobre, sprawdzone, zbadane oddziaływania dla każdej grupy wiekowej, tak dzieci, jak i młodzieży. Były też realizowane – i są nadal – szkolenia dla pedagogów, by mogli te programy u siebie wdrażać.

Ale rzeczywistość pokazała, że szkoły nie mają czasu, by je realizować.

– I często szkoły działają ad hoc, czyli realizują lekcje niezgodnie z programem rekomendowanym – na przykład jednorazowe pogadanki czy wybierając z programu profilaktycznego poszczególne elementy, ale nie realizując całości.

– Niestety, my wszyscy na tym tracimy. Wiemy doskonale, że zajęcia w szkołach są tak ułożone, że nauka tych umiejętności, na których nam, osobom zajmującym się zawodowo opieką nad zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży, zależy – czyli wzmacnianie kompetencji społecznych, obszaru emocjonalnego – schodzi na dalszy plan. A profilaktyka, która jest przecież wpisana w prawo oświatowe i podstawę programową, jest traktowana przez szkoły po macoszemu. Zastanówmy się jednak, jaki płynie z tego wniosek dla młodzieży? Otóż jeżeli nauczyciele nie traktują z należytą starannością tej profilaktyki – bo spieszą się z realizacją podstawy programowej – to przekaz jest dla nastolatka jasny: profilaktyka nie ma znaczenia, profilaktyka nie jest ważna.

Oczywiście, słyszę i rozumiem, co nauczyciele i pedagodzy podkreślają – mówią przecież: w pierwszej kolejności muszę zrealizować podstawę programową, przygotować dzieci do matury, bo z tego jestem rozliczany.

– Czy to znaczy, że trzeba zmienić podstawę programową?

– Wielokrotnie to powtarzałam: jeżeli nie będzie zmian w podstawie programowej, jeżeli szkoła nadal będzie nastawiona na wyniki, czyli wyłącznie na rozwój i zmiany uczniów na poziomie poznawczym oraz wzmacnianie sfery poznawczej, to nie wyjdziemy z kryzysu zdrowia psychicznego. Bo te obszary – profilaktyka, działania szkół oraz wsparcie psychoterapeutyczne, są ze sobą nieodłącznie powiązane.

Kiedy rozmawiam z pacjentami, zwłaszcza z nastolatkami, to słyszę, że oni potrzebują takich zajęć. Sami o tym mówią, że chcieliby dostać narzędzia do tego, jak mają sobie radzić ze stresem, jak mają sobie radzić w życiu – jak się komunikować, stawiać granice, radzić z emocjami. Mówią: my nie jesteśmy do tego przygotowani; uczymy się budowy pantofelka, a nie uczymy się, jak zadbać o siebie!

Dlatego cieszę się, że resort oświaty zapowiedział w tej kwestii zmiany i że są plany pochylenia się nad podstawą programową. A przede wszystkim, że planowane jest włączenie zajęć, o których mówię. To brzmi bardzo optymistycznie – bo bez tego sobie nie poradzimy.

– Wspomniała Pani o uzależnieniach – dla czytelników i czytelniczek Serwisu Informacyjnego Uzależnienia to szczególnie ważny temat.

2023 rok jest pierwszym rokiem, w którym nie mieliśmy skokowego wzrostu zachowań suicydalnych. Oczywiście liczba 2139 odnotowywanych takich zachowań rocznie nie jest optymistyczna, ale należy podkreślić, że nie ma już tego gwałtownego wzrostu, a jednocześnie obserwujemy spadek liczby śmierci samobójczych wśród dzieci i młodzieży.

– Dla mnie też. W obszarze uzależnień obserwujemy przesuwanie się granicy wieku wśród naszych nastoletnich pacjentów, u których taką diagnozę możemy postawić. Kierujemy ich wówczas do terapeuty uzależnień, ale często mamy problem z tym, żeby mu właściwie pomóc, bo większość ośrodków terapii uzależnień przyjmuje od 14. roku życia. Tymczasem mamy pacjentów wymagających terapii uzależnień, ale młodszych, np. 12- czy 13-letnich.

Kolejny problem dotyczy pacjentów kierowanych na leczenie

przez sąd. Jestem członkinią komisji do spraw ośrodków leczniczych dla nieletnich. Od ponad roku, czyli od kiedy działa komisja, obserwuję, że w przypadku ponad 80% skierowań sądów i ponad 80% pacjentów pojawia się diagnoza uzależnienia. To uzależnienie bardzo często występuje z inną diagnozą psychiatryczną. I niestety w wielu ośrodkach specjaliści nie chcą tych pacjentów przyjmować, bo nie mają dla nich oferty.

Model psychiatrii dzieci i młodzieży nie jest kompatybilny z modelem pomagania w obszarze uzależnień. Mamy koszyki świadczeń gwarantowanych – jeden dla pacjentów z taką diagnozą, a drugi z diagnozą zaburzeń

psychicznych. Ale brakuje rozwiązań systemowych, tak byśmy mogli współpracować.

Słyszę jednocześnie, że same ośrodki terapii uzależnień mają także potrzebę współpracy – choćby w obszarze możliwości konsultacji psychiatrycznych swoich pacjentów, ponieważ nie posiadają w swojej kadrze tego typu specjalistów. A zatem ta potrzeba jest obustronna. Wśród nastoletnich pacjentów naprawdę bardzo rzadko się zdarza, że możemy postawić tylko jedną diagnozę – a mianowicie diagnozę uzależnienia. I to nie dotyczy tylko tych pacjentów kierowanych na terapię przez sąd, ale w ogóle. Nastoletni pacjenci to często pacjenci, którzy mają współistniejącą diagnozę – także zaburzeń neurorozwojowych lub wspomnianych zaburzeń lękowych, depresyjnych. Ja wiem, jak pomóc młodemu pacjentowi, ale na uzależnieniach, mówiąc kolokwialnie, po prostu się „nie znam”, tak jak znają się specjaliści zajmujący się tą problematyką. Mogę mieć swoje pomysły, ale one mogą być nieefektywne. Dlatego osobiście zależy mi na współpracy z Krajowym Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

– Jak rozumiem, ta reforma i zmiany nadal trwają? Z tego, co Pani mówi, potrzebna jest przede wszystkim lepsza współpraca z różnymi placówkami i sektorami?

– Tak, jest wiele innych obszarów – już zidentyfikowanych – które wymagają pewnego przemodelowania i rozwiązań legislacyjnych. Dlaczego? Dlatego, że jeśli zmiany nie będą szły równolegle we wszystkich obszarach – w profilaktyce, w tym zmiana podstawy programowej, edukacja rodziców, zmiana systemu szkolnictwa, a zatem zmiany w resorcie edukacji, jak i innych resortach, to niestety kolejny rok będzie rokiem, w którym znów oddziały psychiatryczne będą przeciążone. Pacjent, czy dziecięcy, czy nastoletni, bardzo często wymaga nie tylko opieki w zakresie ochrony zdrowia, ale nawiązania współpracy z systemem oświaty, czyli z przedszkolem, szkołą czy z poradnią psychologiczno-pedagogiczną, opieką społeczną lub z kuratorem.

A zatem, powtarzam, potrzebujemy współpracy z innymi resortami. Bo znowu wydamy kolejne środki i znów statystyki będą niepokojące. Zależy mi, by o tym rozmawiać.

Kolejna kwestia to ścieżka pacjenta, która niestety nie działa zgodnie z założeniami nowego modelu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, o tym już wcze-

śniej wspominałam. Chciałabym jeszcze podkreślić, że ze względu na różny sposób finansowania tych trzech poziomów referencyjnych w rzeczywistości praktycznie konsylia pomiędzy poszczególnymi poziomami referencyjnymi nie są realizowane. I dlatego niewątpliwie ten obszar wymaga bezwzględnie modyfikacji.

– Powiedzmy na koniec, co się udało, co działa?

– Możemy być zadowoleni z faktu, że zwiększył się dostęp do świadczeń. Wyobraźmy sobie bowiem sytuację, co by było, gdyby przybyło 100% więcej dzieci i młodzieży, które wymagają opieki, a kondycja psychiatrii byłaby taka jak 12 lat temu. Czyli gdyby nie było choćby tych ośrodków środowiskowych. Przecież to byłaby katastrofa! I byłoby tak jak w wielu krajach, na przykład w Stanach Zjednoczonych – tam nie ma opieki środowiskowej i dzieci trafiają na odpowiednik naszych szpitalnych oddziałów ratunkowych albo do lekarza pierwszego kontaktu, który często nie potrafi im pomóc, bo nie jest przygotowany na taki rodzaj pracy i ma trudność z podjęciem adekwatnej interwencji. Zatem na pewno zwiększył się dostęp do świadczeń, a tym samym świadomość społeczna. Zauważamy, że część rodziców się zmienia i reaguje od razu, czyli wtedy, kiedy z dzieckiem coś się dzieje. Mamy też nowe zawody, takie jak terapeuta środowiskowy dzieci i młodzieży czy specjalizacja w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży.

Zatem to, że wiemy, że jest gorsza kondycja psychiczna dzieci to jedno, ale dzięki temu, że są ośrodki, to dzieci szybciej otrzymują pomoc.

Ale najważniejszą odpowiedzią na pytanie, czy to działa, jest ostatni rok i wskaźniki prób samobójczych. Otóż 2023 rok jest pierwszym rokiem, w którym nie mieliśmy skokowego wzrostu zachowań suicydalnych. Oczywiście liczba 2139 odnotowywanych takich zachowań rocznie nie jest optymistyczna, ale należy podkreślić, że nareszcie mamy pierwszy rok, w którym nie ma już tego gwałtownego wzrostu, a jednocześnie obserwujemy spadek liczby śmierci samobójczych wśród dzieci i młodzieży.

Przypisy

¹ <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swiadczeniach/ochrony-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-mlodziezy/>