

## Psychiatria jest bardzo czuła na kontekst społeczny

**andrzej.dziurdzikowski@gmail.com. Świat lekarza.pl**

Rozmowa z prof. dr. hab. Andrzejem Cechnickim, kierownikiem Zakładu Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii Collegium Medicum UJ, Przewodniczącym Stowarzyszenia „Porozumienie na rzecz realizacji NPOZP”

- Jest Pan członkiem zarządu Polsko-Niemieckiego i Polsko-Izraelskiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego, też ogólnoeuropejskiej sieci badającej usługi społeczne i psychiatryczne - Enmesh. O czym dziś mówią psychiatrzy na międzynarodowych spotkaniach?

- Niedawno w Hamburgu rozmawialiśmy o sprawach fundamentalnych dla psychiatrii europejskiej, ale też i każdego z naszych krajów. W Europie od około 40 lat rozwija się największa reforma opieki psychiatrycznej i społecznej po wojnie. Ona oczywiście ma różne tempo w różnych krajach. Możemy się więc inspirować rozwiązaniami, które są już sprawdzone. Gdybyśmy np. chcieli zobaczyć, jak może być zorganizowana opieka w dużym mieście, to musielibyśmy pojechać do Werony. Możemy tam zobaczyć, jak te rozwiązania są bliskie naszemu pilotażowi i środowiskowemu modelowi opieki psychiatrycznej, który oparty jest na odpowiedzialności za określony powiat/dzielnice w tzw. Centrach Zdrowia Psychicznego. Okazuje się, że równolegle rozwija się myśl reformatorska psychiatrii w Europie i doświadczenia reformy psychiatrii w Polsce.

- Psychiatria zmienia się, żeby odpowiedzieć na wyzwania współczesnego świata?

- Psychiatria jest bardzo czuła na kontekst społeczny, ponieważ to on ma swój olbrzymi udział w wybuchu kryzysu psychicznego, zaburzeń czy choroby psychicznej. Ten kontekst współkształtuje zaburzenie, decyduje o jego kierunku, o przebiegu, o szansach na zdrowienie. A dziś to otoczenie bardzo się skomplikowało. Optymalną sytuacją dla zdrowia psychicznego i dla procesu zdrowienia jest stabilność. Stabilne więzi, stabilne relacje, orientacja na troskę o drugiego człowieka. Bardzo istotna jest więź wielopokoleniowa, orientacja na solidarność, na wspólnotę, na współpracę. A we współczesnym świecie o to jest teraz najtrudniej. To, co dobre dla gospodarki, nie jest dobre dla ludzkich więzi. Następuje więc ich rozluźnienie. Wielkim problemem psychiatrii jest narastająca samotność ludzi. Np. w Hamburgu ok. 50% młodych ludzi żyje samotnie. Na kim więc można się oprzeć, jaką terapię rodziny i sieci zaproponować? Indywidualizm, orientacja na konsumpcję, na własny rozwój stwarzają wielkie problemy. Młodzi ludzie unikają zobowiązań, odczuwają lęk przed odpowiedzialnością, często nie robią dalekosiężnych planów, nie podejmują obowiązków, które jednoznacznie kojarzą się z dorosłością. Obok rodzinnych i pozarodzinnych relacji stabilność daje ludziom pracę. Zakorzenia człowieka w jakimś miejscu, buduje poczucie własnej wartości, odpowiedzialności, daje poczucie siły, godności, wzmacnia samoocenę. Jest bardzo ważna w procesie zdrowienia.

A w zmieniającym się świecie praca przestaje już być stabilna, stała, dająca poczucie bezpieczeństwa i zakorzenienia.

- Kryzysy zaczynają się dziś już bardzo wcześnie, u dzieci, u młodzieży...

- Związane jest to choćby z zalewem zbędnych, śmieciowych informacji dostępnych od najmłodszych lat, kiedy jeszcze nie wykształciły się umiejętności selekcji tego co wartościowe. Kruszą się i gubią autorytety, wzorce do pozytywnej identyfikacji. Te zjawiska wymagają coraz większej troski o dzieci i młodzież, uwagi, obecności, rozmowy, a rodzice mają coraz mniej czasu angażując się w rozwój kariery albo poszukiwanie pracy np. za granicą, jak to jest w wielu polskich rodzinach.

- Psychiatria odchodzi od leczenia szpitalnego na rzecz opieki w środowisku życiowym pacjenta?

- Tak, to oczywiste. Psychiatria przestaje być skupiona na opiece szpitalnej, na łóżku, chociaż łóżka ciągle pochłaniają u nas większość środków przeznaczonych na leczenie. Program pilotażowy, który jest realizowany w tej chwili w 27 regionach kraju i obejmuje niestety tylko 3 miliony osób, wymaga przewartościowania naszego myślenia o potrzebach osób leczonych i ich rodzin. Wymaga też nowej organizacji opieki psychiatrycznej. Ta nowa organizacja powiązana jest z odpowiedzialnością za lokalną wspólnotę. Pomoc musi być dostarczona szybko. Musi dotyczyć zarówno pacjenta, jak i jego rodziny. Musi być zorientowana na leczenie, na psychoterapię, rehabilitację społeczną i zawodową, musi być zintegrowana, kompleksowa. **Pacjent sam może wybrać miejsce leczenia, ale my nie możemy mu odmówić pomocy blisko jego miejsca życia.** Tak więc Poradnia, Zespół Leczenia Domowego, Oddziały Dienne a dopiero kiedy to konieczne oddział psychiatryczny i leczenie całodobowe. Radykalnie zrywamy z dotychczasowym wymaganiem aby łóżka w szpitalu były wypełnione gdyż inaczej szpital straci swój budżet. Ta nowa organizacja w Centrach Zdrowia Psychicznego wymaga sprawnej koordynacji i współpracy a nie jak dotychczas rywalizacji między instytucjami. To zresztą jest ogólne dążenie w Europie od drugiej połowy lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku.

- Nowoczesne leki też w tym pomagają?

- Farmakoterapia zrobiła olbrzymi postęp. Jednak nawet coraz lepsze leki nie rozwiążą braku relacji, więzi, problemu samotności, nie dadzą kompetencji, umiejętności, też umiejętności radzenia sobie z chorobą i zapobiegania nawrotom, nie przysporzą wiary w siebie, poczucia sensu życia i nie zorganizują pracy. Dlatego tak ważny jest model opieki środowiskowej.

- Ten model stawia również w nowej roli pacjentów...

- Chodzi o to, by byli wyedukowani, kompetentni, by nabyli umiejętności rozumienia siebie, rozumienia swojej choroby. Żeby nabyli wiedzę na temat procesu leczenia, tego, co im pomaga. Żeby przybliżyli sobie i rozwiążali w znacznym stopniu swoje rozdarcia, konflikty,

zranienia, ale też zdobyli wiedzę o lekach, o tym, jak rozmawiać ze swoim lekarzem prowadzącym, jakie cele sobie stawiać w życiu, czyli żeby odzyskali poczucie sensu swojego życia. Doświadczeni przez fakt kryzysu psychicznego, tak nazywają siebie w całej Europie, ale zarazem eksperci od tego doświadczenia. Pacjenci stanowią dużą siłę, która pomaga w zmianie systemu opieki. Centralna rola lekarza staje się powoli przeszłością, pacjentem zajmuje się duży zespół – psychologowie, pedagodzy, terapeuci zajęciowi, środowiskowi, terapeuci sztuką, pracownicy socjalni, pielęgniarki. To całe środowisko pomaga, człowiekowi w podjęciu różnych ról życiowych, w orientowaniu się na zdrowienie, a nie na chorowanie. Chodzi o to, żeby pacjent w tym procesie zaczął nabywać coraz większych kompetencji, aż do samopomocy włącznie. To jest podobnie jak np. w leczeniu cukrzycy – pacjent musi prowadzić zdrowy tryb życia, wysypiać się, stosować odpowiednią dietę, aktywność fizyczną, musi wiedzieć, jak działają jego leki, musi sam sobie zrobić zastrzyk z insuliny itp. Musimy nauczyć pacjentów radzenia sobie ze stresem i unikania stresu.

- Jeśli chodzi o rozumienie modelu nowoczesnej opieki, jesteśmy więc blisko osiągnięć europejskich. Czego brakuje w naszym kraju?

- Potrzeba, żeby Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Biurem ds. Pilotażu, kierowanym przez pana doktora Marka Balickiego, wzmacniało i rozszerzało pilotaż. Potrzebna jest jedna osoba jako Pełnomocnik Ministra Zdrowia ds. Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na wzór ustanowionego niedawno Pełnomocnika ds. kadr medycznych. NPOZP powinien być programem priorytetowym dla rządu. Doraźnie Ministerstwo powinno uzgodnić z NFZ finansowe wzmocnienie poprzez ciągle rozszerzanie pilotażu i rewaloryzacje jego finansowania. Dzisiaj sprawą kluczową jest sprawiedliwy, niestygmatyzujący naszych pacjentów i całej psychiatrii podział środków w budżecie na zdrowie. Wszystko zaczyna się z niesprawiedliwego od wielu lat dzielenia środków w naszej służbie zdrowia. W krajach europejskich na psychiatrię przypada średnio ok. 8-10% budżetu służby zdrowia, w Niemczech ostatnio 14%, a u nas ciągle 3,4%. Ogólny budżet na zdrowie w Niemczech jest tak duży, że te 14% to jest 45 mld euro, suma dla nas niewyobrażalna, gdyż my dysponujemy 3 mld złotych. Różnica w finansowaniu opieki psychiatrycznej między Polską a Niemcami jest 30-krotna. To znaczy, że psychiatria w Polsce musi być zaniedbana. Trzeba więc wołać na alarm.

- To skutkuje m.in. brakiem kadr.

- Uważam, że sytuacja jest dramatyczna. Ratuje nas jeszcze stare kadry, często już koledzy renciści. W ostatnich latach wyjechało z Polski ok. 1000 psychiatrów, znakomicie wykształconych specjalistów, wyjeżdżają również pielęgniarki. Nikt ich nie zastąpi. W Europie patrzą na nas i nie rozumieją, jak to jest możliwe, ponieważ wszędzie psychiatria jest priorytetem. W Polsce też to wiemy, że obok onkologii i kardiologii psychiatria jest niezwykle ważna, ponieważ problemy, którymi się zajmuje, dotyczą 25% naszego społeczeństwa – osób z chorobami psychicznymi i ich rodzin, osób z depresją, młodzieży, dzieci, osób uzależnionych, seniorów, osób wymagających wieloletniej opieki.

- Na początku czerwca odbył się II Kongres Zdrowia Psychicznego. Wzięło udział 1300 osób. Wszystkie zaangażowane środowiska z całego kraju. Efektem pierwszego Kongresu był program pilotażowy. A teraz?

- **Psychiatria w Polsce wymaga sojuszu ponad wszystkimi podziałami.** Teraz, w drugiej deklaracji warszawskiej na zakończenie Kongresu wręczonej przedstawicielom rządu, parlamentu i NFZ powiedzieliśmy już wyraźnie, że chodzi o środki finansowe i rozszerzanie modelu opieki środowiskowej, rozszerzanie pilotażu. Liczymy ciągle na współpracy z NFZ. Bo tylko to pozwoli zmierzyć się z wykluczeniem strukturalnym dotyczącym i pacjentów i opieki psychiatrycznej.