

Kraków, 26 kwietnia 2021

Szanowny Pan
Adam Niedzielski
Minister Zdrowia
Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 12;
00-952 Warszawa

dotyczy: działalności ośrodków I poziomu referencyjnego w psychiatrii dzieci i młodzieży

Zwracamy się do Pana Ministra z prośbą o podjęcie działań mających na celu pełne wykorzystanie potencjału świeżo tworzonych ośrodków pierwszego poziomu, tak aby mogły stać się bardziej efektywnym i znaczącym fragmentem systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w sytuacji już obserwowanego poważnego kryzysu, którego zakres i skala wkrótce w pełni się ujawni.

Stan bieżący – pandemia

Dostępne dane empiryczne, zarówno dotyczące badań stanu zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, jak i skutków długoterminowych izolacji, wskazują jednoznacznie, że czeka nas kryzys zdrowia psychicznego w populacji dziecięco-młodzieżowej. Dysponujemy potężną liczbą badań, które mówią o długoterminowych, negatywnych skutkach izolacji społecznej.

Przykładowo, ich systematyczny przegląd (analizowano ponad 60 badań dotyczących ponad 50 tys. dzieci i młodzieży, Loads, 2020) wykazał, że:

- wyraźnie zwiększa ryzyko zaburzeń psychicznych, przede wszystkim depresyjnych i lękowych, a negatywne następstwa dotyczące zdrowia psychicznego wykazywane są spójnie we wszystkich badaniach;
- negatywne następstwa są obserwowalne w perspektywie od kilku miesięcy do nawet dziesięciu lat po doświadczeniu izolacji społecznej;
- silniej korelują z czasem trwania izolacji niż z jej intensywnością.

Pierwsze symptomy są już widoczne - obserwujemy zwiększoną zgłaszalność i zapotrzebowanie na wsparcie specjalistów zdrowia psychicznego.

Jednak prawdziwy zalew pacjentów dopiero przed nami:

- zgłoszenia dzieci i młodzieży w dużym stopniu zależne są od skierowań instytucjonalnych (około 60-70% skierowań do instytucji ochrony zdrowia psychicznego). Pozostawianie dzieci w domach, zdalny tryb nauczania, gorsze funkcjonowanie instytucji, które stały się mniej dostępne – wszystko to wyraźnie zmniejszyło liczbę pacjentów, którzy korzystali z pomocy. W krajach zachodu spadek liczby pacjentów w pandemii wynosił około 30-40%;
- szereg problemów dzieci i młodzieży stało się „niewidocznych”, ich trudne zachowania nie destrukują bowiem działania szkoły, nie są „widzialne” także przez instytucje pomocy społecznej – obserwujemy brak szybkiej identyfikacji problemów;
- w sytuacji izolacji dzieci trudniej im jest wzywać pomoc i informować o opresji – dane jednoznacznie wskazują na zwiększone ryzyko przemocy w domach i ... niewielkie wzrosty zgłoszeń przemocy do instytucji zajmujących się ochroną dzieci;
- wzrastająca symptomatologia depresyjna i lękowa oraz zanik nawyków i rutyny związanej z relacjami rówieśniczymi „twarzą w twarz” ujawni się w momencie wymogu opuszczenia domu w związku z zakończeniem nauki zdalnej;
- dane empiryczne dotyczące skutków izolacji społecznej mówią o nawet pięciokrotnym wzroście zapotrzebowania na usługi z zakresu zdrowia psychicznego **po jej zakończeniu.**

Jest więc pewne, że systemy ochrony zdrowia psychicznego czeka **gigantyczna mobilizacja** związana z **bezprecedensowym wzrostem zapotrzebowania** na ich usługi. Dotyczy to

szczególnie świeżo powstałych ośrodków pierwszego poziomu, które są najbliżej pacjenta dziecięco-młodzieżowego.

Stan bieżący – ośrodki pierwszego poziomu

Równocześnie zbliżający się okres rozliczeniowy i związana z nim niepewność dotycząca przyszłości tych ośrodków już wpływa negatywnie na klimat i charakter ich pracy. Zauważamy narastające napięcie, niepewność przyszłości, pracę pod presją danych „koszykowych”, próby „nadrabiania” strat z miesięcy wcześniejszych, zwiększoną rotację personelu.

Koordynatorzy ośrodków i zatrudniony w nich personel nie wiedzą, w jakich warunkach będą mogli pracować po 30.06.2021r., w jakim stopniu będą musieli ograniczyć zakres swoich aktywności, czy ich ośrodki przetrwają.

Ośrodki pierwszego poziomu realnie zaistniały w społecznościach lokalnych, okazały się przydatne i leczą pacjentów. Ale:

- Wszystkie powstały w okresie pandemii i musiały się zmierzyć z pandemiczną rzeczywistością: zmniejszeniem mobilności społecznej, trudnościami (niechęcią, lękiem, realnymi ograniczeniami) przed korzystaniem ze wsparcia „twarzą w twarz”, realnymi ograniczeniami pracy środowiskowej, zachorowaniami personelu, które skutkowały okresowymi ograniczeniami pracy większości ośrodków, niechęcią części pacjentów do pracy zdalnej i okresową koniecznością jej prowadzenia.

- Znaczna ich część powstała w regionach, w których nie było dotąd serwisu z zakresu zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – „na prowincji”, w miastach powiatowych, albo wręcz w mniejszych ośrodkach.

– Brak tradycji korzystania z takiej pomocy wymaga edukowania i informowania społeczności lokalnych i miejscowych specjalistów. Obserwujemy szybszy wzrost zapotrzebowania na pracę ośrodków w regionach o długiej tradycji korzystania ze wsparcia (duże miasta wojewódzkie) i wolniejszy przyrost pacjentów w ośrodkach powstałych w miejscach, w których taka tradycja nie istniała - w związku z tym ośrodki nierównomiernie zwiększają liczbę świadczeń.

- Co najmniej przez kilka pierwszych miesięcy (do kilkunastu) ośrodki dalece nie były w stanie realizować wymaganej kontraktem liczby świadczeń, nawet w najbardziej prężnych powstała „luka” w liczbie świadczeń.

- Mała liczba pacjentów i świadczeń nie skutkowało oszczędnościami dla większości ośrodków, tym bardziej, że te które postawiły na budowanie stabilnej bazy terapeutycznej preferowały zatrudnienie na umowę o pracę. W przypadku pracy środowiskowej taka forma zatrudnienia jest preferowana, bowiem: zwiększa identyfikację z ośrodkiem i stabilność oddziaływań, pozwala realizować ważne z perspektywy jakości pracy świadczenia pozakoszykowe, pozwala uczestniczyć pracownikom w aktywnościach związanych z podnoszeniem jakości i integracją oddziaływań – superwizjach grupowych, zebraniach klinicznych, konsultacjach itp. Z reguły więc koszty wynagrodzenia personelu pozostawały stałe, podobnie jak inne wydatki – czynsze, koszty księgowo-administracyjne itd. Tworzenia nowych agend wymagało ponadto kosztów związanych z tworzeniem nowych miejsc pracy – meble, programy komputerowe itd.

- Limit 412 (przy jego obecnych warunkach realizacji) jest bardzo trudny do zrealizowania, a zdaniem większości z nas, wręcz niemożliwy. Radykalnie ogranicza czas pracy „bez pacjenta”, który jest niezbędnym składnikiem prawidłowej merytorycznie pracy środowiskowej, prowadzi do ograniczenia jakości usług – preferowane usługi wysokiej jakości (terapia grupowa czy rodzinna, terapie z udziałem dwóch specjalistów) wypierane są przez stosunkowo proste i mniej czasochłonne oddziaływania.

- Ośrodki, w sytuacji niewielkiej podaży specjalistów z doświadczeniem pracy z pacjentem dziecięco-młodzieżowym i dużym zapotrzebowaniem na pracę gabinetową spotkały się z presją płacową – ogranicza to możliwość zatrudniania dodatkowego personelu, który mógłby realizować wysrubowane limity świadczeń czy uczestniczyć w „nadrabianiu” zaległości z pierwszych miesięcy pracy ośrodków.

- Premiowanie pracy zespołowej, pracy w koterapii, regularnych superwizji, zebraniach klinicznych, zespołowości – wszystkiego co zwiększa jakość pracy świeżo tworzonych struktur jest tym ważniejsze, że model pracy w ośrodkach pierwszego poziomu jest dla większości ich pracowników nowym doświadczeniem zawodowym, a wyzwania przed jakimi stają się duże. Doświadczenia tworzących się wcześniej struktur środowiskowych (krakowskich instytucji środowiskowych czy warszawskiego ŚCZP DiM) wskazują jednoznacznie, że początkowo (przez co najmniej rok, dwa lata) kierowani są do nich pacjenci

o poważnie i od dawna zaburzonym funkcjonowaniu i nasilonych objawach psychopatologicznych, często o charakterze eksternalizacyjnym, pochodzący z rodzin, które wymagają intensywnego wsparcia (często z tak zwanych rodzin wieloproblemowych). Toteż świeżo powstające ośrodki długo nie będą realizowały założeń wstępnych reformy – pomagają nie tyle pacjentom z umiarkowanymi zaburzeniami psychicznymi (żeby odsyłać gorzej funkcjonujących do innych pięter systemu ochrony zdrowia czy pomocy społecznej), lecz pacjentom, którzy prezentują poważne, przewlekłe objawy. I wymagają terapii o wysokiej jakości pracy merytorycznej.

Stąd w rekomendacjach, które dla ośrodków pierwszego poziomu przygotowała Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UJ CM pojawiły się min. zalecenia, aby:

- każdy ośrodek organizował cotygodniowe zebrania całości zespołu (dwugodzinne), z których dwa w miesiącu powinny mieć charakter superwizji,
- terapia rodzin była prowadzona w kotcrapii,
- ośrodek promował koordynację oddziaływań wobec pacjentów i ich rodzin, organizował szeroko konsultacje, zebrania interdyscyplinarne, konsylia, sesje koordynacji, konsultacje Andersenowskie, sesje otwartego dialogu.

Piszemy o fragmencie jednej z lokalnych inicjatyw, której celem jest wypracowanie standardów pracy ośrodków pierwszego poziomu.

Wzywamy do pracy na rzecz stworzenia modelu pracy ośrodków, standardów ich pracy, merytorycznych założeń.

Deklarujemy nasz udział w tej pracy, pomoc, głos doradczy i ekspercki.

Jesteśmy głęboko przekonani, że dokonuje się w Polsce historyczna zmiana – po raz pierwszy realnie realizowana, długo wyczekiwana reforma, która wprowadza model psychiatrii środowiskowej, pomocy specjalistów zdrowia psychicznego nareszcie blisko dziecka i jego rodziny.

Ośrodki pierwszego poziomu tworzą pierwszą linię tej reformy, są w samym jej środku. To my tworzymy zmianę. Zależy nam na niej i na naszych „dzieciach” – ośrodkach środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży.

Mamy świadomość gigantycznego, szybkiego wzrostu zapotrzebowania na naszą aktywność, który „za chwilę” nastąpi. Bolesnie odczuliśmy jak pandemia zmieniła

warunki realizacji świadczeń na samym początku naszego istnienia. Potrzebujemy warunków do efektywnej pracy.

W związku z powyższym proponujemy:

- **Skrócenie okresu, który będzie podstawą do wyliczenia liczby punktów na kolejny okres rozliczeniowy - w przypadku placówek istniejących od 01.04.2020 do okresu 01.01.2021 - 30.06.2021 w przypadku istniejących od 12.2020 od drugiego kwartału 2021r.**
- **Zmniejszenie liczby wymaganych świadczeń do 300 świadczeń miesięcznie wykonanych na rzecz pacjenta (świadczeń koszykowych).**
- **Postulujemy dalszą pracę nad standardami merytorycznymi z wykorzystaniem naszej dotychczasowej wiedzy, doświadczeń, rekomendacji ekspertów. Za rzecz ważną do dalszej pracy uważamy szczególnie pracę nad adekwatnym miejscem w modelu leczniczym terapii rodzin oraz psychoterapii grupowej. Dotychczasowy sposób rozliczeń nie tylko nie gwarantuje ich adekwatnego (zgodnego z modelem terapii dostosowanej do potrzeb) używania, ale grozi niemal całkowitym wyeliminowaniem. Jesteśmy przekonani, że obie te procedury powinny być realizowane przez dwóch specjalistów, wiemy że trwają dłużej niż inne procedury, ich skuteczność jest potwierdzona, a użycie – w wielu przypadkach konieczne.**