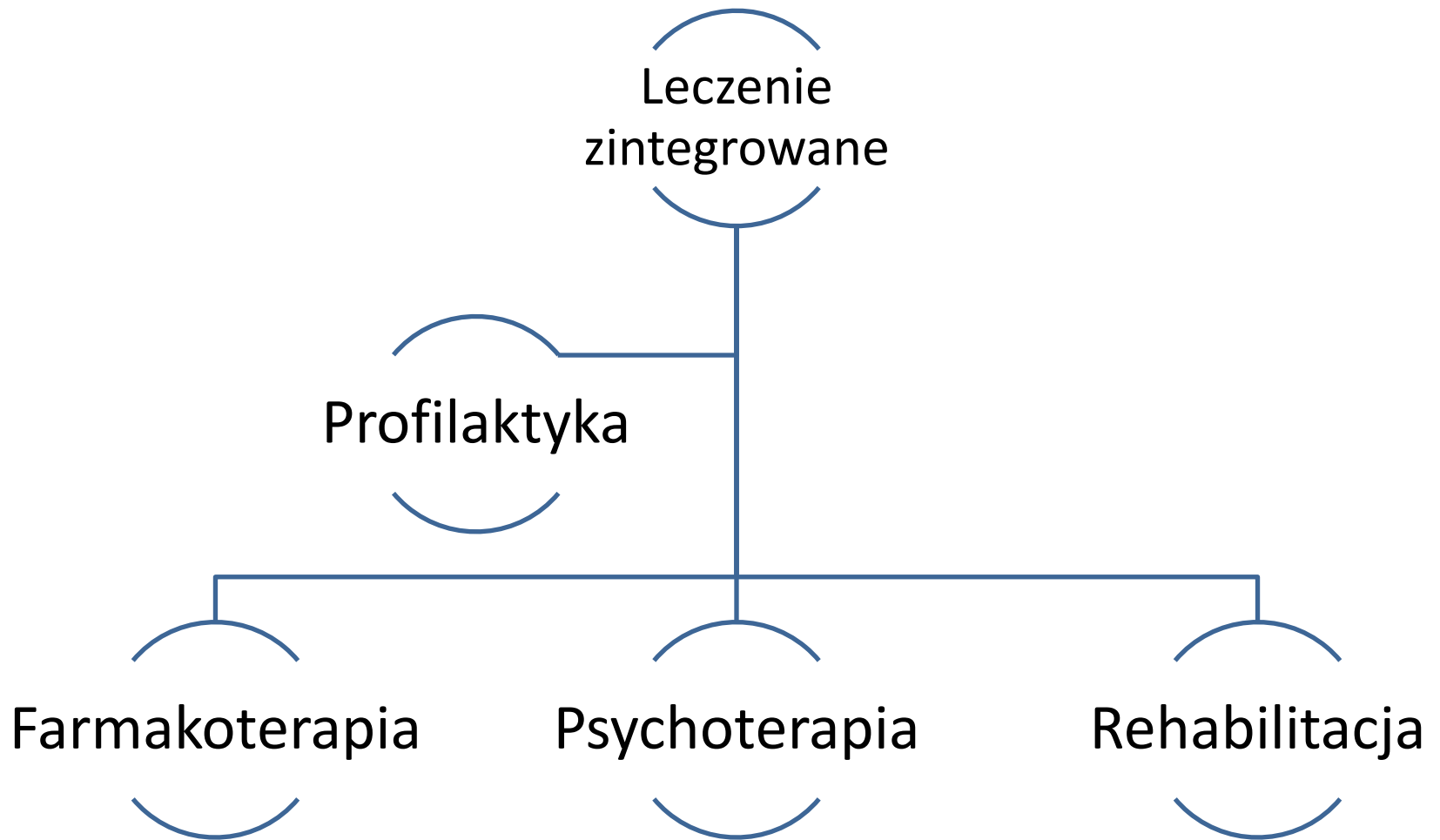


Optymalny model opieki psychiatrycznej w Polsce

Anna Mosiołek

Klinika Psychiatryczna NOZ WUM
Mazowieckie Specjalistyczne Centrum
Zdrowia

- Optymalny model opieki psychiatrycznej to taki model, który jest dostosowany do aktualnego stanu zdrowia a także sytuacji osobistej, życiowej, społecznej chorego, jest elastyczny i podążający za potrzebami pacjenta
- Jest **leczeniem dostosowanym do potrzeb i możliwości**
- **Zwiększającym autonomię pacjenta**
- **Zmierzającym do deinstytucjonalizacji**



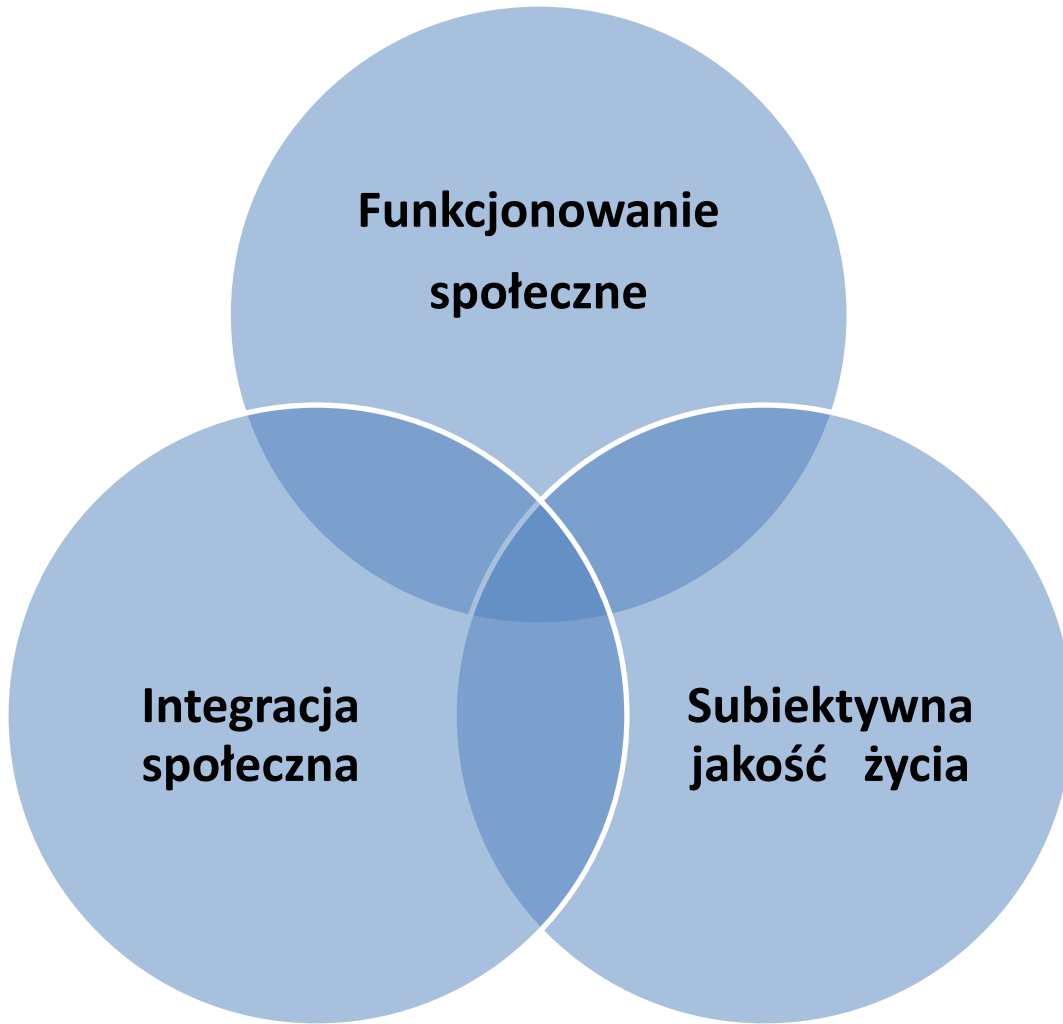
Deinstytucjonalizacja

- ❑ Działania podejmowane na rzecz tworzenia różnych form usług w środowisku, mających na celu zapewnienie właściwej opieki oraz wydłużenie okresu sprawności psychofizycznej i możliwości pełnienia ról społecznych i zawodowych
- ❑ Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności

www.deinstitutionalisationguide.eu

Wielowymiarowość popraw

Czy pacjent może lepiej funkcjonować ?



Wybrane wyniki badań epidemiologicznych 2001–2003

Całe życie

- Wielka depresja 16,9%
- Uzależnienie od alkoholu
13,2%
- Uzależnienie od narkotyków
8,0%
- Zaburzenia dwubiegunowe
4,4%
- Co najmniej jedno
zaburzenie **57,4%**

Ostatnie 12 miesięcy

- Wielka depresja 6,8%
- Uzależnienie od alkoholu
3,1%
- Uzależnienie od narkotyków
1,4%
- Zaburzenia dwubiegunowe
2,8%
- Co najmniej jedno
zaburzenie **32,4%**

„Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”



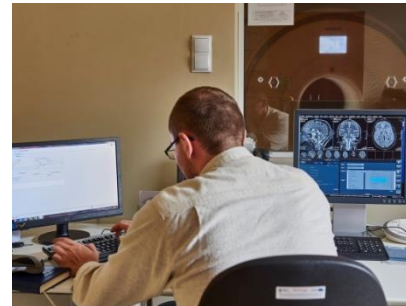
- ❑ Badanie objęło ponad 10 tysięcy respondentów pomiędzy 18-64 r. ż.
- ❑ U 23,4% osób rozpoznano w ciągu życia przynajmniej jedno zaburzenie psychiczne z 18 zaburzeń definiowanych (ICD-10; DSM-IV)
- ❑ Co czwarta przebadana osoba doświadczała więcej niż jednego zaburzenia
- ❑ Co dwudziesta piąta – doświadczała trzech i więcej (blisko ćwierć miliona osób)
- ❑ Do najczęstszych zaburzeń należały te związane z przyjmowaniem substancji (12,8%), w tym nadużywanie i uzależnienie od alkoholu (11,9%) oraz nadużywanie i uzależnienie od narkotyków (1,4%).

Przyjęcia w trybie nagłym

- 75% przyjęć odbyło się podczas weekendy, święta lub porze nocnej
- 43% nadużywanie substancji psychoaktywnych
- 76% rozpoznań stanowiły diagnozy psychoz lub prób samobójczych
- 22% odstawienie stosowanego wcześniej leczenia
- **Policja pomagała w jednej trzeciej wszystkich przyjęć (problem agresji)**

Przyjęcia w trybie nagłym MSCZ im. J. Mazurkiewicza

- Liczba przyjęć – 7179
- Liczba przyjęć ogólnopsychiatrycznych - 3628
- Przyjęcia bez zgody – 780 (ok. 20% przyjęć)**
- Przymus bezpośredni -570 osób**



- Tendencje samobójcze i autodestrukcyjne
- Zachowania niebezpieczne dla otoczenia
- Zdezorganizowane zachowanie
- Silny lęk

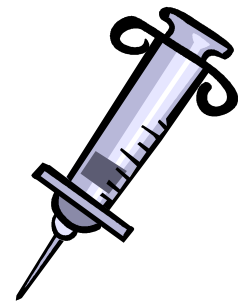
Liczba hospitalizacji pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii

- 2010r. - 57 930 hospitalizacji chorych z rozpoznaniem schizofrenii.
- 2014r. - **52 387** hospitalizacji chorych z rozpoznaniem schizofrenii.
- W przeciągu pięciu lat liczba hospitalizacji pacjentów ze schizofrenią zmniejszyła się o blisko 10%

Liczba pacjentów leczonych z rozpoznaniem schizofrenii

- W 2014 r. - 187 021 leczonych chorych
- W okresie do 2010 r. do 2014 r. liczba leczonych pacjentów z rozpoznaniem F20 wzrosła o 3,44%.

Cele leczenia w schizofrenii



- Głównym celem leczenia schizofrenii jest zapewnienie długotrwałego ustąpienia objawów psychotycznych, zmniejszenie częstości występowania nawrotów choroby oraz poprawa funkcjonowania i jakości życia chorych (*quality of life, QoL*)
- Obecnie realnym celem terapii chorych ze schizofrenią jest też remisja, zdefiniowana jako osiągnięcie i utrzymanie przez dłuższy okres czasu złagodzenia lub wyeliminowania objawów psychotycznych

Schizofrenia - istotny problem społeczny

- ❑ 10% prawie ciągłe hospitalizacje
- ❑ W 75% systematyczne branie leków zgodnie z zaleceniami lekarza zapobiega nawrotom lub mają one łagodniejszy przebieg

Model fiński - leczenie dostosowane do potrzeb (need adapted approach – NAA lub inaczej metoda otwartego dialogu

Innowacyjny model oddziaływań pozwolił znacząco ograniczyć farmakoterapię, kładąc nacisk głównie na oddziaływania psychospołeczne.

U 82% pacjentów nie stwierdzono rezydualnych objawów
psychotycznych,
76% badanych podjęło pracę/studia

Metoda otwartego dialogu

- ❑ Objęcie pacjentów pierwszorazowych z rozpoznaniem psychozy leczeniem dostosowanym do potrzeb
- ❑ Rozpoczynanie leczenia od wspólnych spotkań terapeutycznych
- ❑ Powołanie zespołów kryzysowych złożonych z personelu szpitalnej izby przyjęć
- ❑ Jak najszybsza interwencja i wspólna refleksja nad strategią postępowania w sytuacji kryzysu, w jakim znalazł się dany pacjent
- ❑ Włączanie w proces terapii sieci społecznej chorego
- ❑ Środowiskowe zespoły kryzysowe

Czynniki poprawiające współpracę

- Interwencje psychospołeczne np. elementarna psychoedukacja, trening umiejętności społecznych, trening umiejętności życiowych
- Organizowanie pracy czy mieszkania chronionego
- Dokładna diagnoza, ocena chorób współistniejących, ew. nadużywania substancji psychoaktywnych

Formy terapii – połączenie nowoczesnej farmakoterapii z różnorodnymi formami rehabilitacji psychiatrycznej

- Farmakoterapia
- Fizjoterapia
- Terapia BIOFEEDBACK
- Zabiegi EW
- Programy promocji zdrowia
- Treningi funkcji poznawczych
- Treningi asertywności
- Treningi umiejętności życiowych
- Psychoterapia indywidualna
- Psychoterapia grupowa
- Psychoedukacja
- Psychodrama
- Terapia tańcem i ruchem
- Społeczność terapeutyczna
- Grupy wsparcia
- Relaksacja
- Arteterapia

Co jeszcze?

- wsparcie tworzenia i działalności dziennych form opieki nad osobami zależnymi;
- działania informacyjno-edukacyjne skierowane do osób niesamodzielnych, osób z ich otoczenia, opiekunów;
- działania informacyjno-edukacyjne skierowane do osób świadczących usługi z zakresu opieki nad osobami niesamodzielnymi, w tym w szczególności do lekarzy, pielęgniarek, terapeutów, rehabilitantów, psychologów;
- wsparcie projektów teleopieki, czyli doradztwa telefonicznego i bezpośredniej pomocy (m. in. lekarzy, pielęgniarek i opiekunów medycznych) na wezwanie w szczególnej sytuacji;

Wczesna interwencja

- Opracowanie standardowych programów terapeutycznych dla osób z grupy ryzyka wykazujących objawy psychiczne, które nie składają się na zdiagnozowane zaburzenia (np. schizofrenia)
- Opracowanie standardowych programów terapeutycznych dla osób ze zdiagnozowaną chorobą (pierwszy epizod)

Przyszłość psychiatrii

- Centra zdrowia psychicznego
- Ośrodki interwencji kryzysowej
- Pogotowie psychiatryczne
- Programy terapeutyczno – rehabilitacyjne dostosowane do konkretnych potrzeb pacjentów
- Szeroko zakrojone programy profilaktyczne
- Wprowadzenie funkcji menadżera pacjenta (terapeuta środowiskowy)
- Wprowadzenie programów przypominających o przyjęciu leków, wizytach, treningach itp.
- Stosowanie długo-działających leków iniekcyjnych

Psychiatria interwencyjna

- Doraźna pomoc psychiatryczna (emergency psychiatry) w nagłych przypadkach psychiatrycznych, m.in. próbach samobójczych, silnej intoksykacji substancjami psychoaktywnymi, w ostrej psychozie

Stacjonarne oddziały psychiatryczne

- Oddziały ogólnopsychiatryczne – diagnoza i leczenie ostrych stanów psychiatrycznych
- Oddziały specjalistyczne - intensywne oddziaływania terapeutyczne, procedura ścisłego nadzoru, grupy interwencyjne, leczenie zabiegami EW w stanach zagrożenia życia
- Diagnoza potrzeb pacjenta – rehabilitacja psychiatryczna w oddziale i kierowanie do innych form opieki psychiatrycznej po hospitalizacji np. oddziału dziennego, ZLŚ, OLZN
- Ścisła współpraca z pomocą społeczną
- Rehabilitacja ruchowa- fizjoterapia
- Duży nacisk na psychoedukację pacjentów i rodzin oraz promocję zdrowia

Rzeczywistość – województwo mazowieckie

- ❑ Oddziały psychiatryczne łóżka: 140 dla dzieci, 92 w oddziałach rehabilitacji psychiatrycznej, 112 w oddziałach zaburzeń nerwicowych, 50 w oddziałach leczenia zaburzeń nerwicowych dla dzieci, 71 dla chorych somatycznie, 155 w oddziałach psychogeriatrycznych, 40 w oddziałach psychiatrycznych dla przewlekle chorych,
- ❑ Oddziały/ośrodki leczenia uzależnień – o różnych profilach dysponują łącznie około 950 łózkami.
- ❑ **117 poradni zdrowia psychicznego**
- ❑ **15 zespołów leczenia środowiskowego**
- ❑ **25 oddziałów dziennych**

Model Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego

- model opieki nastawiony na kompleksowe zaspokojenie potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi zamieszkałych na określonym terytorium zamieszkałym przez ok. 50-200 tys. mieszkańców
- głównym celem jest zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym poprzez wdrożenie środowiskowego modelu ochrony zdrowia psychicznego

Model Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego

- Odpowiedzialność terytorialna oznacza zobowiązanie do objęcia opieką każdego zgłaszającego się po pomoc mieszkańca z obszaru działania centrum
- Centrum powinno składać się z zespołów: ambulatoryjnego (przychodni), środowiskowego (mobilnego), dziennego (oddział dzienny) i szpitalnego
- Nie do końca jasne jest czy pacjent może zmieniać Centrum

- podejście zintegrowane nastawione na poprawę relacji interpersonalnych, poprzez stworzenie dobrej relacji terapeutycznej, zapewnianie pacjentowi poczucia bezpieczeństwa i wsparcia połączone z farmakoterapią pozwoli pacjentowi na stosunkowo stabilne funkcjonowanie

