

I KRAJOWA KONFERENCJA OTWARTEGO DIALOGU

Wrocław, 29 czerwca 2016

Model środowiskowy w Trieście z polskiej perspektywy

Marek Balicki

**Wolskie Centrum Zdrowia Psychicznego
II Klinika Psychiatryczna WUM**

Triest



Wrocław

Bardz dobra Polka
Dobra i miła
I będniesz szczęśliwa.
Proszę Pani napisać na wiecu
pamiątkę.
Jedyną - Kora Nikielowska
Breslau - Orlino
8/12.16.

Lebe und verbleibe
bei Ainer Pflicht
und der Welt im Himmel
verleiht dir nicht!
Für Erinnerung an
Frau
Annchen Werner.
Breslau, d. 26. 11. 1916.

Wól si i pracuj!
Ku miemu wspomnieniu
napisać si
Ina
Kazimiera Kosteńska.
Wrocław, 19. Listopada 1916.

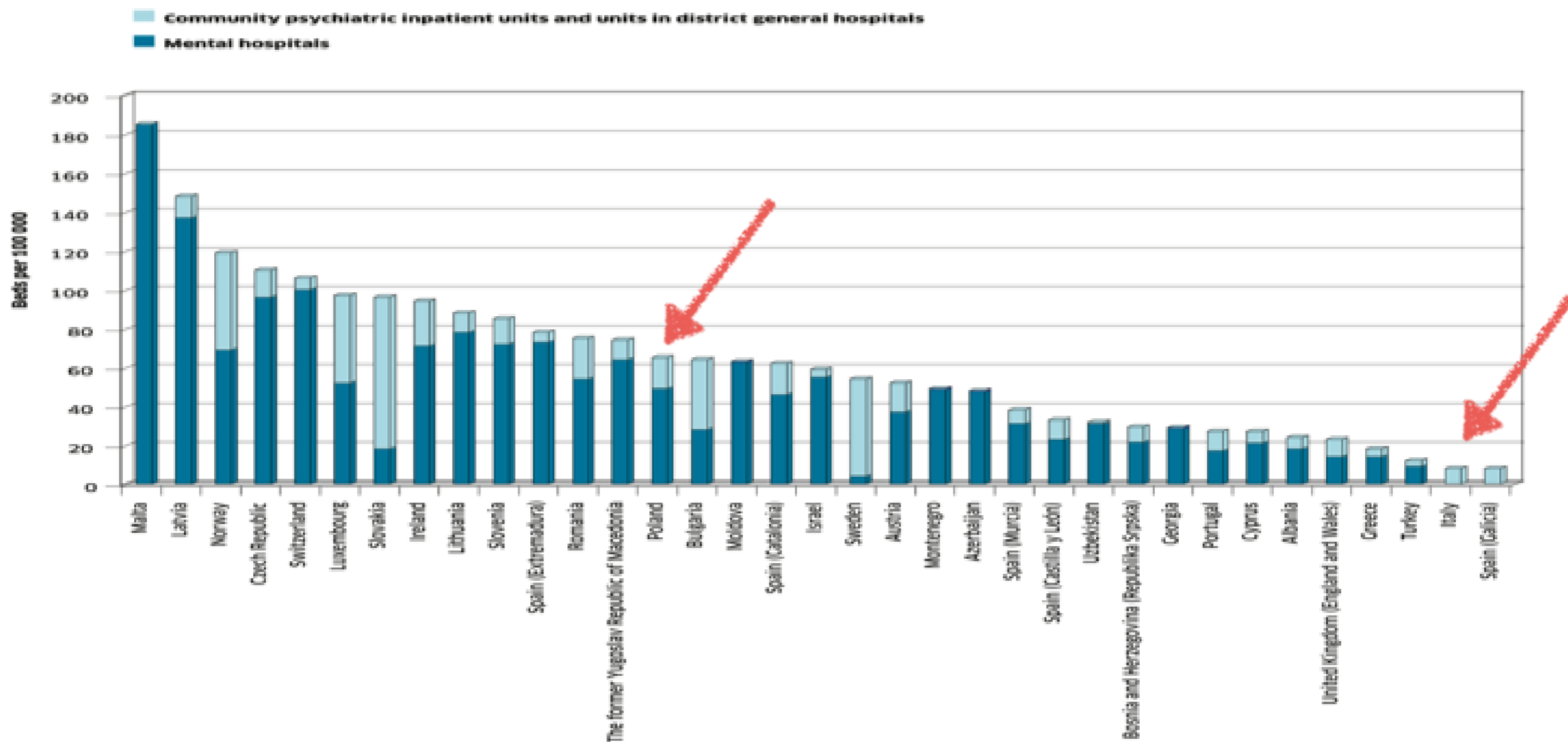


Włoska reforma psychiatrii

- Szpitale psychiatryczne
 - 1971 r. - 100 tys. pacjentów (większość przymusowo)
 - 1978 r. - 48 tys. pacjentów
 - 2000 r. - zamknięcie wszystkich szpitali
- Ustawa z 1978 r. - *Legge 180 (Legge Basaglia)*
 - bez przyjęć do szpitali, bez nowych szpitali
 - model opieki środowiskowej, oddziały do 15 łóżek przy szpitalach ogólnych
 - prawa człowieka - ograniczenie przyjęć przymusowych (na okres do 7 dni - opinia 2 psychiatrów)
 - nie prawo i kontrola społeczna a ochrona zdrowia



Liczba łóżek na 100 tys. mieszkańców - obecnie

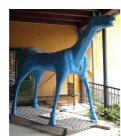




Triest

- **miasto portowe** w pn-wch Włoszech
- **208 tys. mieszkańców** (Prowincja Triest - 236 mieszk.)
- **stolica regionu autonomicznego Friuli-Wenecja Julijska** (1,2 mln mieszk.)





Triest - trochę historii

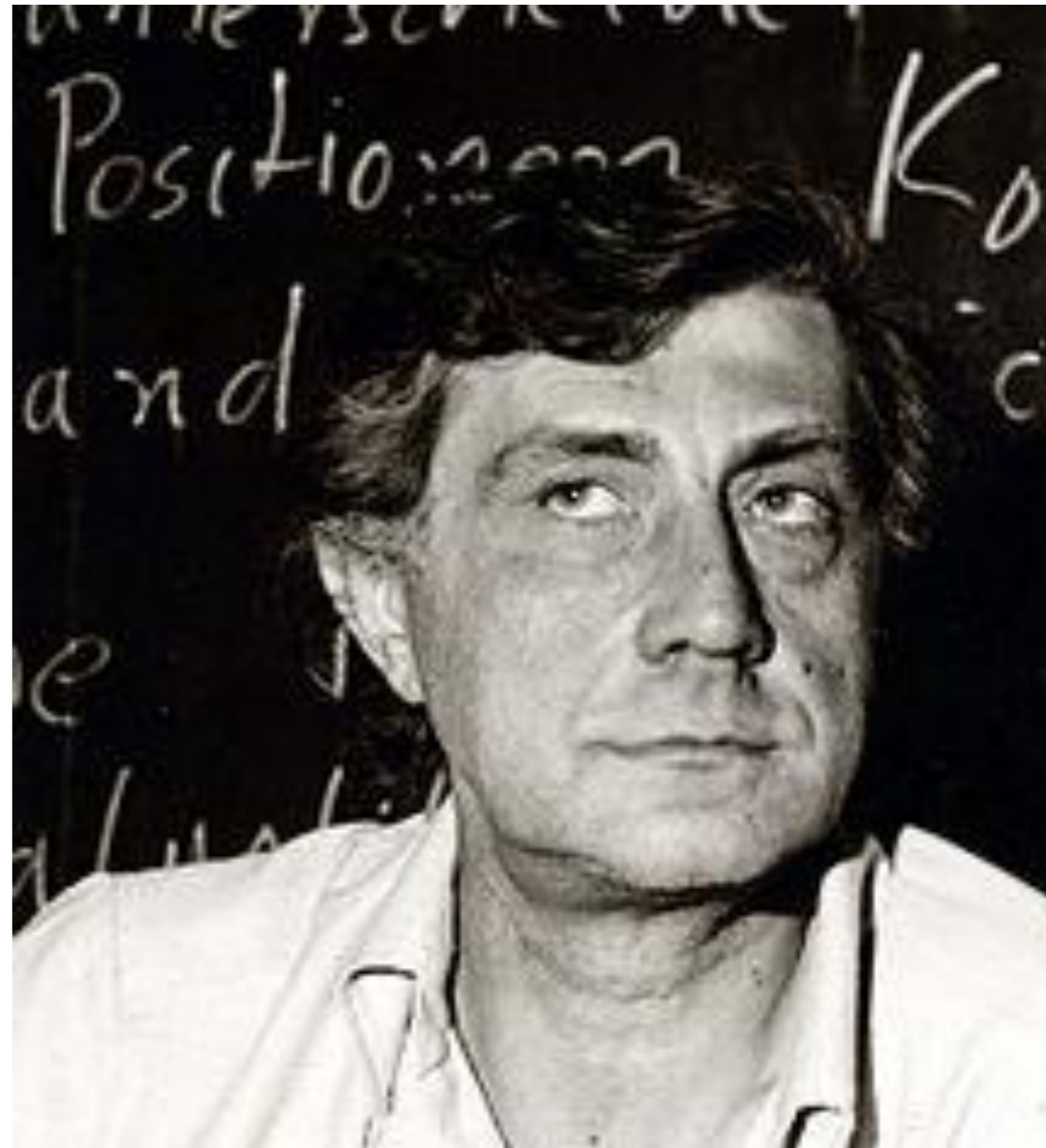
- od XV w. pod opieką Habsburgów
- w XIX najważniejszy port monarchii Habsburskiej
- po I Wojnie Światowej włączony do Włoch
- 1947-1954 Wolne Terytorium Triestu





Franco Basaglia

- Franco Basaglia (1924-1980), psychiatra i neurolog, reformator włoskiej psychiatrii
- 1961-1968 dyrektor szpitala psychiatrycznego w Gorycji
- 1971-1978 dyrektor szpitala psychiatrycznego w Trieście - doprowadził do likwidacji szpitala i zmiany lokalnego systemu opieki psychiatrycznej
- 1973 współzałożyciel i lider organizacji „Demokratyczna psychiatria”





Opieka psychiatryczna w Trieście

- **Departament Zdrowia Psychicznego**
(*Dipartimento di Saluti Mentale di Trieste*) - 236 tys. mieszkańców
 - odpowiedzialność za zdrowie psychiczne społeczności
 - budżet 18 mln EURO (6% - leczenie całodobowe, 94% - opieka środowiskowa)
- Środowiskowy model opieki
- Bez przymusu: otwarte drzwi, bez unieruchomień, bez ECT



Opieka psychiatryczna w Trieście

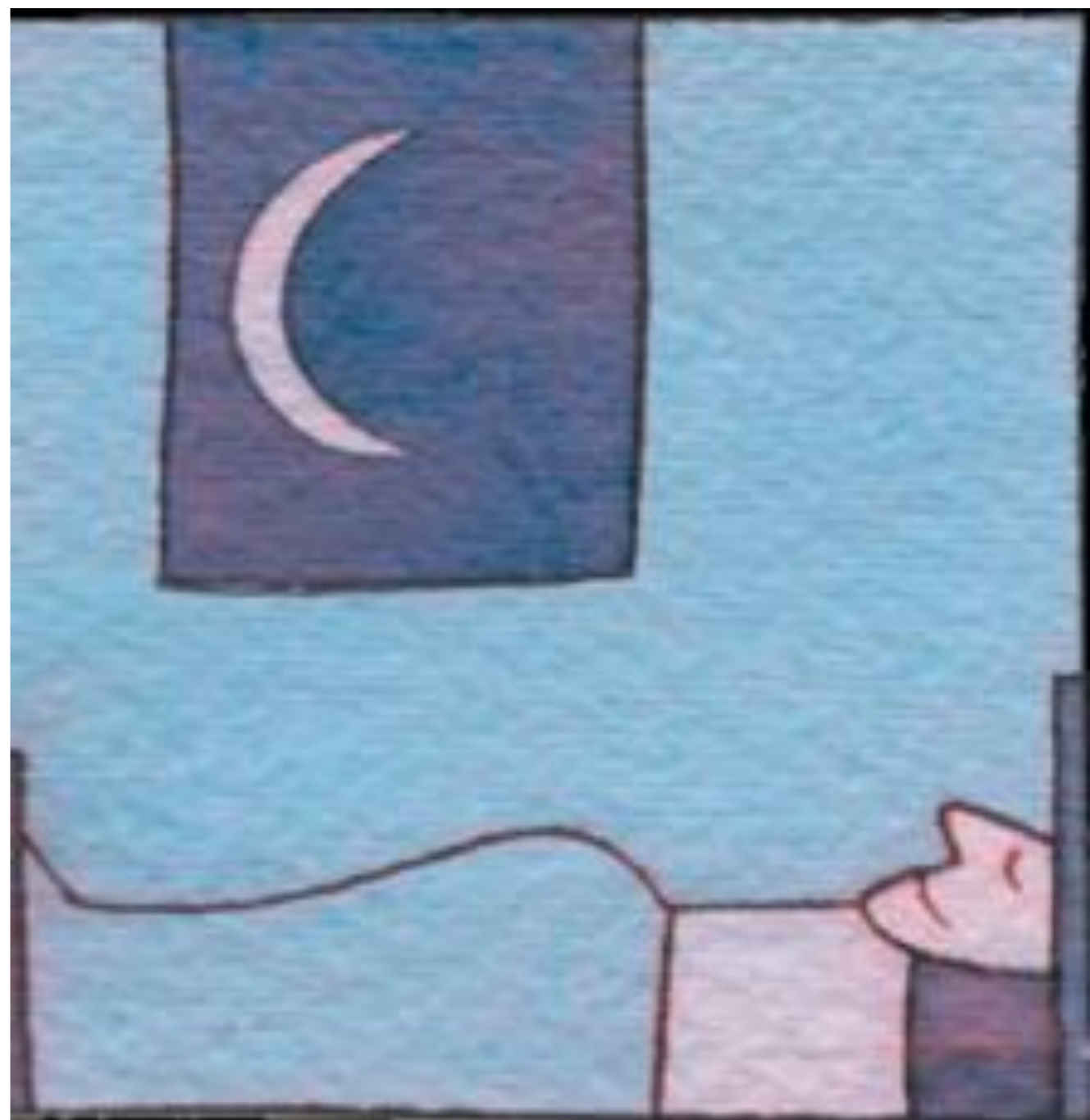
- **4 Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego** (każde 6-8 łóżek kryzysowych) funkcjonujące **7/24**
- **1 mały Oddział Psychiatryczny** w Szpitalu Ogólnym (6 łóżek)
- **12 chronionych mieszkań grupowych** (łącznie 45 łóżek)
- **2 ośrodki dzienne** (z warsztatami terapii zajęciowej i in.)
- **15 spółdzielni socjalnych**
- **organizacje** rodzin i użytkowników, kluby, ośrodki samopomocy, warsztaty edukacyjno-kulturalne itp.





Gdzie są „łóżka” dzisiaj?

- 1971 r. - 1200 łóżek w Szpitalu Psychiatrycznym
- 2015 r. - 77 łóżek różnego rodzaju w środowisku
 - 26 łóżek kryzysowych w Środowiskowych Centrach Zdrowia Psychicznego 24/7
 - 6 łóżek „ostrych” w Szpitalu Ogólnym
 - 45 miejsc w mieszkaniach grupowych



Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego





Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego

- Otwarte drzwi - można wejść „z ulicy” (**drop in**); nie ma umawiania wizyt (walk in); 8:00-20:00
- „Problem” a nie diagnoza; szybka reakcja, gdy potrzeba
- Plan opieki; zamiast przymusu asertywne negocjacje
- 24/7; 4-8 łóżek kryzysowych dla „gości”(przec. 7 dni); terapeutyczne („domowe”) środowisko
- Różnorodne usługi: opieka całodobowa, dzienna, ambulatoryjna; aktywna opieka środowiskowa; terapia indywidualna i grupowa, spotkania rodzin, wsparcie społeczne i mieszkaniowe, pomoc w zatrudnieniu i in.
- Odpoczynek i wsparcie w codziennym życiu (samoobsługa; śniadania, obiady), integracja społeczna poprzez sport, sztuka, organizacja czasu wolnego
- Interdyscyplinarny zespół: 30 pielęgniarek, 2 psychologów, 2 prac. socjalnych, 4-5 psychiatrów, 2 specj. rehabilitacji



Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego (1)





Oddział psychiatryczny

- Oddział publicznego szpitala ogólnego - 6 łóżek
- Otwarte drzwi - nawet w przypadku leczenia przymusowego
- Relacje, zaufanie, negocjowanie, odpowiedzialność
- Duża rotacja pacjentów i niski poziom wykorzystania łóżek - średni czas pobytu 3 dni
- Pacjent może być odesłany do ŚCZP lub zatrzymany na obserwacji (np. w nocy)
- ŚCZP wizytuje i współprowadzi leczenie pacjenta - plan opieki i interwencje środowiskowe



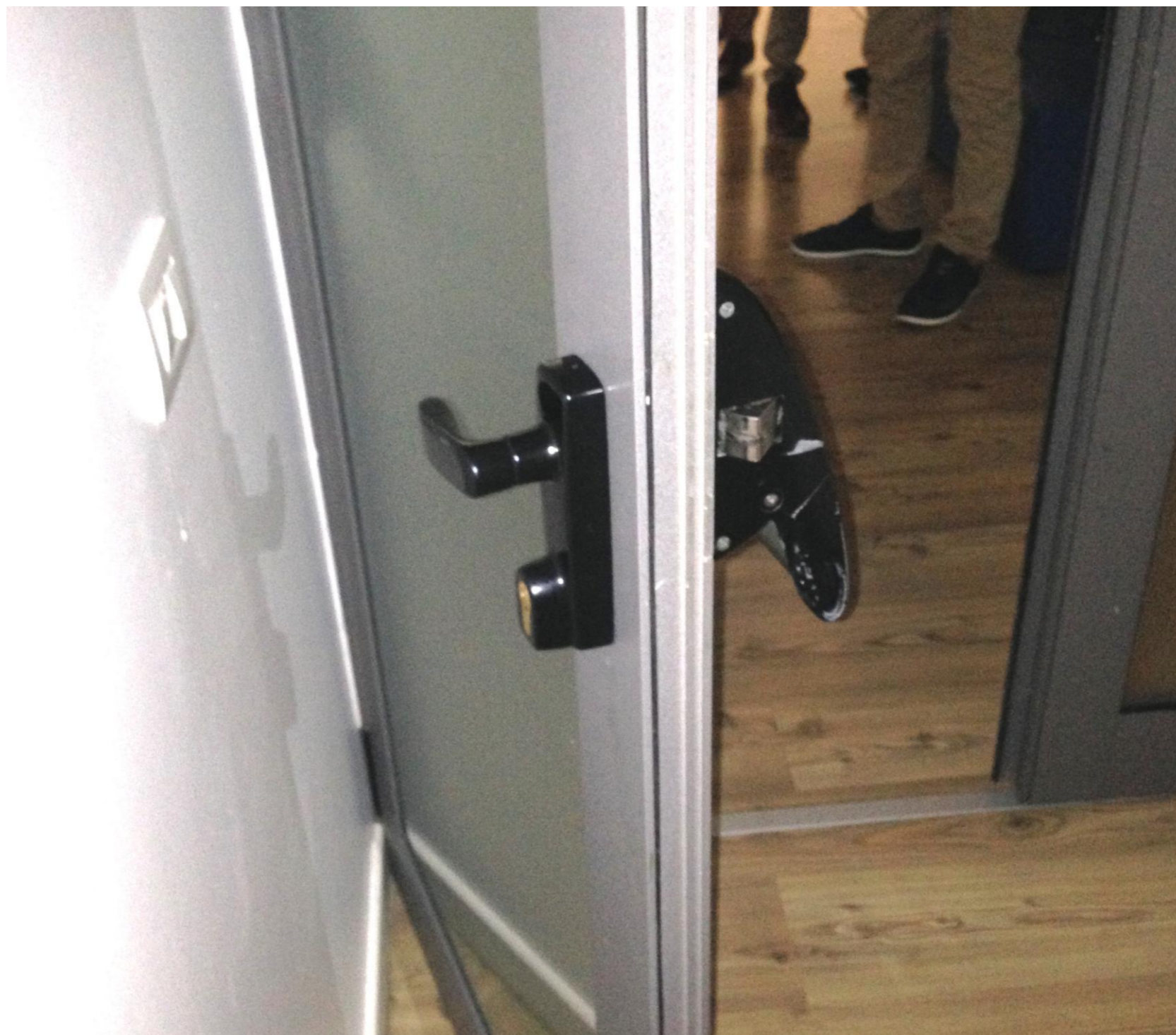
Oddział psychiatryczny



Pokój pacjenta



Otwarte drzwi





Efekty

- Deinstytucjonalizacja
 - w zlikwidowanym szpitalu przebywało do 1200 pacjentów
- Niski wskaźnik hospitalizacji
- Niski wskaźnik leczenia przymusowego
 - <10 osób na 100 tys. mieszk. rocznie
 - 7-10 dni
 - ok. 1% wszystkich pobytów całodobowych
- Otwarte drzwi, bez środków przymusu, bez ECT
- Zmniejszenie wsp. samobójstw o 40% - w ciągu 15 lat
- 400 osób w spółdzielniach socjalnych (30% z doświadczeniem psychozy)



Lekcja

- Ruch społeczny i doprowadzenie do debaty publicznej
- Wartości i zasady
- Pacjent a nie choroba
- Relacje z użytkownikami
- Zespołowe podejście i zaangażowanie
- Zmiana jako proces
- „Dekonstrukcja” od wewnątrz i zaangażowanie społeczeństwa
- Wyodrębnienie uzależnień



Jaka jest polska
psychiatria dzisiaj?

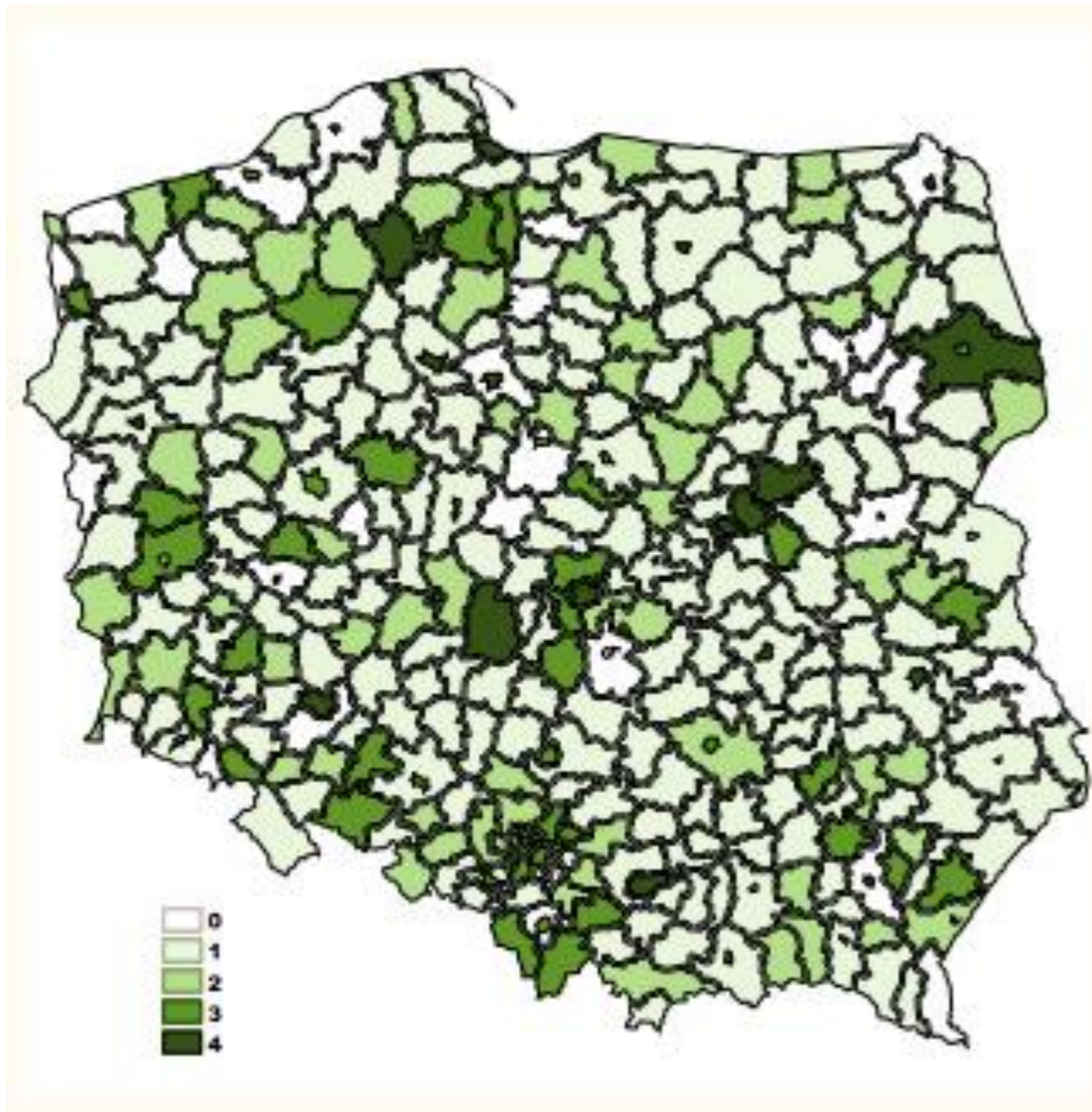
Minister Zdrowia o stanie polskiej psychiatrii

Minister Zdrowia K. Radziwiłł w Sejmie o obszarach
zapomnianych (11.05.2016)

*„... na pewno jedno z głównych miejsc zajmie
psychiatria.*

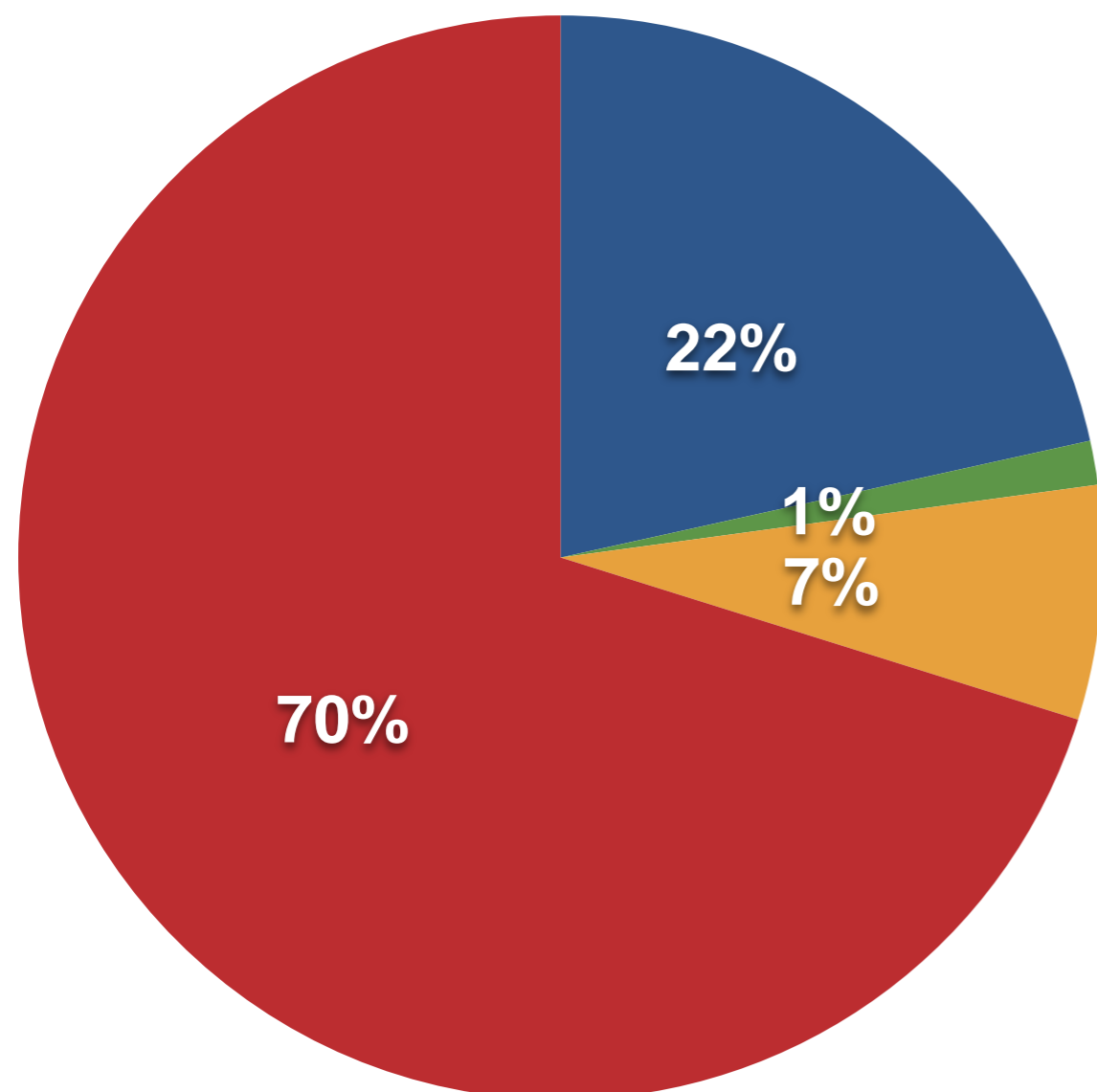
***Jej niedofinansowanie i zacofany model
organizacyjny przynoszą Polsce wstyd.”***

Liczba form opieki w powiatach (2010)



- Formy:
ambulatoryjna, środowiskowa,
dzienna, stacjonarna.
- 1 forma - 25 powiatów
- 2 formy - 205 powiatów
- 3 formy 50 powiatów
- 4 formy 20 powiatów

Koszty NFZ 2015



2 363 mln zł
3,4% kosztów NFZ
(bez leków)

- Ambulatoryjne i pozost.
- Środowiskowe
- Dzienne + hostele
- Stacjonarne

Sytuacja po pierwszej edycji NPOZP (2011-2015)

1. nie udało się upowszechnić modelu środowiskowego opieki
2. opieka psychiatryczna (wykonywana przez 1200 podmiotów) jest słabo zintegrowana lub niezintegrowana
3. funkcjonujące „granice” między różnymi formami opieki i pomocy są przeszkodą w integracji
4. płacenie za osobodzień nie sprzyja redukcji łóżek i hamuje rozwój alternatywnych form opieki (liczba łóżek + 558)
5. zastępowanie leczenia szpitalnego innymi formami opieki nie jest wspierane, a nierzadko „karane”

W co gramy?

- ZAKRESY
- PROCEDURY, ŚWIADCZENIA
- PUNKTY
- ODPOWIEDNIE DOKUMENTOWANIE
- LISTY OCZELKUJĄCYCH
- HARMONOGRAMY

Gramy w sudoku

9				6	3	2	1	
		7	8		9			
6			4		7	3	9	
1	8			7		6		
		9			2	4		
		3				9	7	
		2					3	
					4	7		
							6	

Jakie rozwiązanie?

Zmiana paradygmatu !

Co to oznacza?

- 1. Model środowiskowy**
- 2. Budżet globalny** - płacenie za pomoc i opiekę, a nie za poszczególne świadczenia
- 3. Odpowiedzialność** za określoną populację (do 200 tys.)
- 4. Współpraca i koordynacja**
- 5. Od "choroby" do "zdrowienia"**

O co chodzi?

Maksymalizacja
produkcji usług
(ilość)



Maksymalizacja
efektu
(jakość)

Powód: ograniczoność zasobów (kadr, pieniędzy)

NIE STAĆ NAS NA ICH MARNOWANIE!

Reforma zasobów

- podstawowa opieka psychiatryczna w centrach zdrowia psychicznego (CZP)
- profilowane lub referencyjne świadczenia - ośrodki specjalistyczne (ponadlokalne)
- zmiana funkcji i roli dużych szpitali psychiatrycznych:
 - rola lokalnego CZP
 - opieka stacjonarna dla sąsiednich CZP (nie posiadających oddziału)
 - ponadlokalny ośrodek specjalistyczny

Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP) - współpracujące z OPS i NGOs

sieć: ok. 350 lokalnych CZP



CZP dla dorosłych

1 CZP/50-200 tys. mieszkańców (średnio na ok. 100 tys.); CZP powinno łącznie spełniać wskaźniki dostępności proponowane dla form organizacyjnych wchodzących w jego skład;

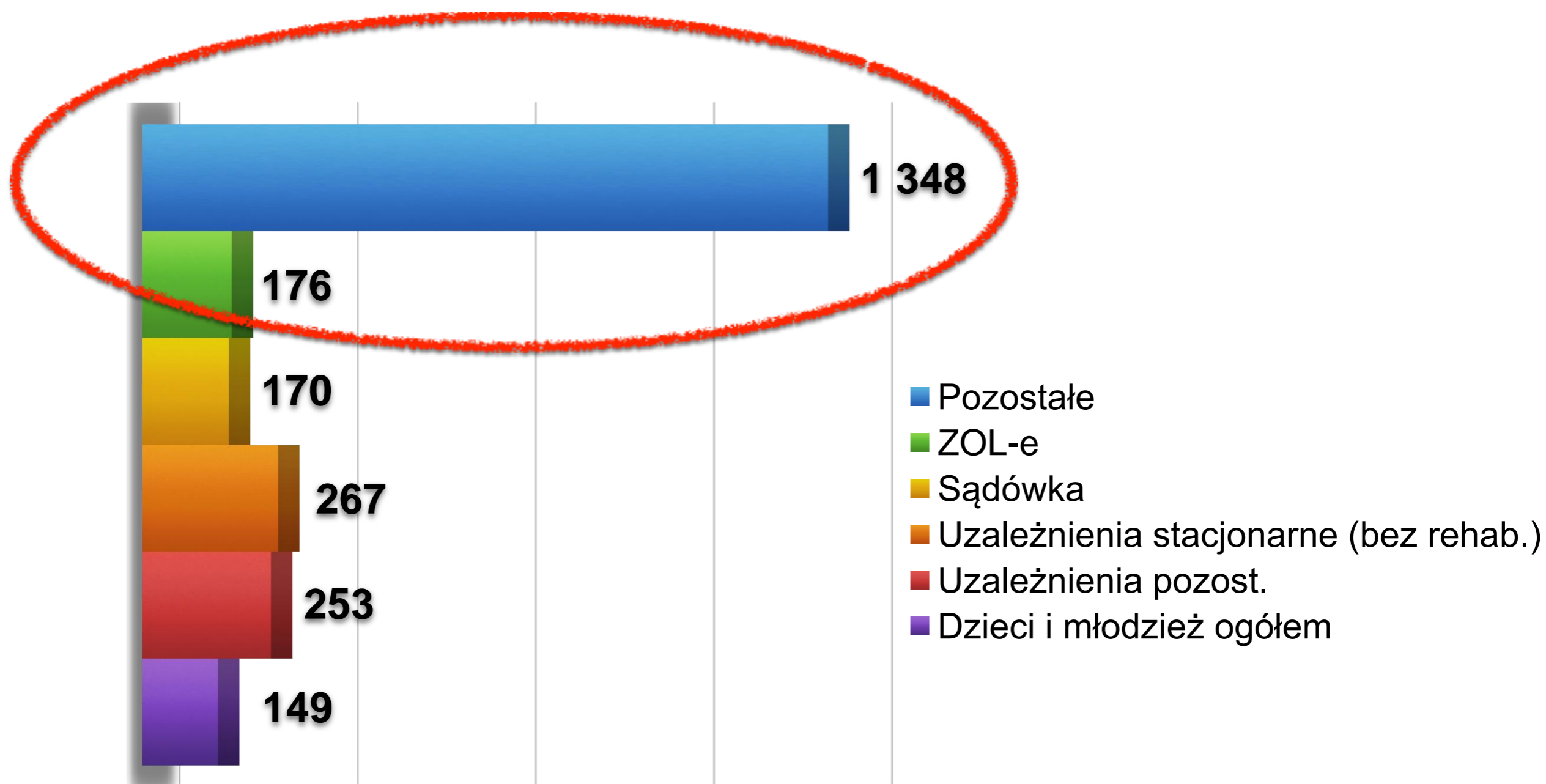
Budżet globalny na populację

- **1 524 mln zł** (bez sądówki, dzieci i młodzieży, uzależn.)
- **30 626 tys.** dorosłych obywateli Polski

= 49,80 zł na mieszkańca

pilotaż = 60,00 zł na mieszkańca

Koszty NFZ 2015 (w mln zł)



Budżet globalny

Budżet globalny

Budżet globalny stanowi stałą sumę środków finansowych, która jest przydzielana z góry na pokrycie kosztów usługodawcy (na ogół szpitala), ponoszonych na wykonanie określonego zakresu usług zdrowotnych w ciągu danego okresu rozliczeniowego (zwykle jest to jeden rok). Metoda ta pozwala na swobodne gospodarowanie środkami finansowymi w ramach całościowego limitu. Budżet globalny reprezentuje *najwyższą formę zagregowania świadczeń: każde świadczenie wykonane na rzecz każdego pacjenta w ciągu roku jest zawarte w formie jednej płatności.*

Budżet regionalny w Niemczech - 5 zasad

- Jeden budżet globalny na leczenie wszystkich zamieszkałych w „regionie”
- „Nie chcemy leczyć innych pacjentów. Chcemy leczyć naszych pacjentów w sposób kompleksowy.”
- Wszystkie formy opieki - wybór formy na miejscu.
- Liczy się tylko pacjent. Nie ma zależności między liczbą dni opieki, wizyt czy przypadków a wielkością budżetu.
- Gwarantowany budżet na długi okres z określoną stopą wzrostu.

Zmiana rewolucyjna
czy etapowa (pilotaż)?

I Kongres Zdrowia Psychicznego

NADZIEJA i PRZEBUDZENIE

Warszawa, 8 maja 2017 r.

Dziękuję za uwagę