

Barbara Remberk

Chyba już czas na zmiany?

High time for changes?

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, Polska

Adres do korespondencji: Barbara Remberk, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Instytut Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa, tel.: +48 22 458 26 31, e-mail: bremberk@ipin.edu.pl

Streszczenie

W pracy omówiono organizację opieki psychologicznej i psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą z uwzględnieniem proponowanych zmian. Obszary, które wymagają szczególnej uwagi, to profilaktyka uniwersalna i selektywna, skuteczny skrining, ukierunkowany na wczesne wykrywanie zaburzeń psychicznych, i sprawnie funkcjonujący system opieki specjalistycznej. Profilaktyka uniwersalna odnosi się do całej populacji, jednak mimo szeregu podejmowanych działań brakuje rozwiązań systemowych. Podobna trudność dotyczy skriningu. Do efektywnych działań z zakresu profilaktyki i/lub wczesnej interwencji konieczne jest stworzenie możliwości uzyskania przez dziecko szybkiego wsparcia psychologicznego. Mowa tu zarówno o dzieciach z populacji ogólnej, jak i tych z grup ryzyka, m.in. o wychowankach młodzieżowych ośrodków socjoterapeutycznych i wychowawczych czy też placówek opieki zastępczej. Kolejnym poziomem jest opieka specjalistyczna. Obecnie uważa się, że wsparcie i leczenie powinny być prowadzone przede wszystkim w środowisku pacjenta. Proponowane elementy systemu opieki specjalistycznej to zatem środowiskowe centra opieki psychologicznej, środowiskowe centra zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży oraz specjalistyczne centra zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży. Te ostatnie powinny przez całą dobę zapewniać możliwość pilnej konsultacji psychiatrycznej i opiekę szpitalną. Obecny system opieki psychiatrycznej i psychologicznej jest w stanie pomóc jedynie niewielkiemu odsetkowi potrzebujących dzieci i nastolatków. Zmiany są niezbędne, więc grupa ekspertów wspólnie z Ministerstwem Zdrowia rozpoczęła prace nad stworzeniem skuteczniejszych rozwiązań.

Słowa kluczowe: psychiatria dzieci i młodzieży, opieka specjalistyczna, psychiatria środowiskowa

Abstract

The paper discusses the organisation of psychological and psychiatric care for children and adolescents, and proposes certain changes. Areas requiring particular attention include: universal and selective prevention, effective screening for early detection of mental disorders as well as efficient specialist healthcare system. Universal prevention refers to the entire population but despite a range of undertaken actions, there are no systemic solutions. A similar difficulty is associated with screening. Rapid psychological assistance for children is essential for effective prevention and/or early intervention. This concerns both children from the general population and from risk groups, such as wards of juvenile sociotherapeutic and educational centres or foster care facilities. Specialist care is yet another level. It is currently believed that support and treatment should be delivered mainly in the patient's community. The proposed elements of specialist healthcare system include community centres for psychological assistance, community psychiatric centres for children and adolescents as well as specialist mental health centres for children and adolescents. The last mentioned centres should be open for emergency psychiatric consultation and inpatient treatment all day and night. The current system of psychiatric and psychological healthcare is capable of helping only a slight percentage of children and adolescents. Changes are essential, and therefore a panel of experts and the Ministry of Health have initiated works to develop more effective solutions.

Keywords: child and adolescent psychiatry, specialist care, community psychiatry

NIE JEST DOBRZE

Z psychiatrią dziecięcą w Polsce nie jest dobrze. Niedofinansowanie, brak kadr i placówek, niewydolność systemu, gąszcz przepisów – każdy chyba może dodać szczegóły dotyczące swojego obszaru działalności. Pytanie, co dalej.

CZEGO POTRZEBA?

1. Profilaktyki uniwersalnej

Najlepszą realizacją profilaktyki uniwersalnej byłoby stworzenie bezpiecznego świata, gdzie w warunkach dostatku oraz pokoju między ludźmi i państwami dzieci wychowywałyby się w zdrowych i kochających się rodzinach – czy innymi słowy, jak śpiewał Jacek Kaczmarski, „gdzie zdrada to wtręt z obcej mowy, podobnie jak przemoc i gwałt (...) gdzie dziecko bezpiecznie zrodzone sładzie obok jagnięcia i lwa”. Obawiam się jednak, że nie leży to w naszej mocy.

Do elementów profilaktyki pierwotnej w zakresie psychiatrii dziecięcej należą kampanie społeczne i programy przeciwdziałające przemocy w rodzinie, dyskryminacji itp. (przykładowo: Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie – Uchwała nr 76 Rady Ministrów..., 2014). Takie działania są regularnie podejmowane, jednak w wielu obszarach brakuje rozwiązań systemowych.

Działania z obszaru profilaktyki pierwotnej bywają również kierowane do wybranych grup. Jako przykłady mogą tu posłużyć:

- A. Wspieranie zdrowia kobiet ciężarnych. Chociaż co jakiś czas kampanie społeczne zachęcają do abstynencji od używek w trakcie ciąży, trudno to uznać za wyczerpanie tematu – podobnie jak możliwość zakupu mleka bez kolejki. Realnie działającymi elementami opieki są oczywiście szkoły rodzenia czy wizyty patronażowe położnych. Ustawa „Za życiem” z 2016 roku wymienia szereg świadczeń przysługujących kobiecie w ciąży, m.in. wsparcie psychologiczne, niemniej usługi tego typu są na razie trudno dostępne. Wydaje się, że niekiedy problemem bywa samo prowadzenie ciąży zgodnie ze standardami medycznymi.
- B. Wspieranie rodziców w wypełnianiu zadań rodzicielskich. Spotkania czy warsztaty mogą stanowić element programu terapeutycznego, warto jednak, aby były dostępne również wtedy, gdy dziecko nie wymaga leczenia.
- C. Wspieranie zdrowia psychicznego dzieci. Szkoły prowadzą szereg działań z tego zakresu, a baza programów rekomendowanych dostępna jest na stronie www.programy-rekomendowane.pl. Rekomendacje opracowują wspólnie: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Krajowa Agencja Rozwiązywania Programów Alkoholowych, Instytut Psychiatrii i Neurologii oraz Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- D. Przeciwdziałanie przemocy w szkole. Chociaż istnieje rządowy program „Bezpieczna i przyjazna szkoła”

(Uchwała nr 130 Rady Ministrów..., 2014), przemoc rówieśnicza, przemoc szkolna czy cyberprzemoc nadal mogą stanowić problem (Mazur, 2015). Brakuje systemowych procedur i rozwiązań, które umożliwiłyby redukcję tego niekorzystnego zjawiska.

2. Profilaktyki selektywnej

Profilaktyka selektywna dotyczy osób, które uważamy za obciążone czynnikami ryzyka. Należą do nich dzieci przebywające w młodzieżowych ośrodkach socjoterapeutycznych, młodzieżowych ośrodkach wychowawczych, ośrodkach rodzicielstwa zastępczego, izbach dziecka lub domach dziecka. Z pewnością profilaktyka powinna dotyczyć także dzieci z rodzin objętych opieką ośrodków pomocy społecznej czy powiatowych centrów pomocy rodzinie. Do znanych czynników ryzyka należą ponadto trudności rodzinne: przemoc i uzależnienia, ale też trudne warunki bytowe oraz poważna choroba somatyczna lub psychiczna rodziców. Wśród cech charakteryzujących dziecko, które mogą być związane z koniecznością selektywnej profilaktyki, wymienia się niepełnosprawność i choroby somatyczne (Costello, 2016).

Konstruując programy z zakresu profilaktyki selektywnej, trzeba brać pod uwagę następujące kwestie etyczne:

- A. Kwestia poufności – dziecko objęte programem profilaktycznym niekoniecznie powinno wiedzieć, że zostało zaproszone do udziału w zajęciach ze względu na ciężką chorobę psychiczną ojca. Wyobraźmy sobie wpisane do grafiku zajęć szkolnych, wiszące na tablicy ogłoszeń, spotkanie psychoprofilaktyczne dla ofiar przemocy w rodzinie – brzmi to absurdalnie, ale w świecie biurokracji wszystko może się zdarzyć...
- B. Problem stygmatyzacji – konieczność korzystania z pomocy pozostaje tematem tabu lub przynajmniej kwestią drażliwą. Samo uzyskanie przez dziecko informacji o istnieniu ryzyka zaburzeń psychicznych może być trudnym doświadczeniem. Pamiętajmy o samospełniających się przepowiedniach.

3. Skriningu

Jak wiadomo, wykrywanie zaburzeń i/lub czynników ryzyka jest bardzo ważne, ponieważ zazwyczaj wiąże się ze skuteczniejszym leczeniem i lepszym rokowaniem. Obszarami, które wydają się szczególnie warte uwagi, są:

- A. Wczesne wykrywanie zaburzeń ze spektrum autyzmu – tu ogromnie liczy się współpraca lekarzy pediatrów. Choć praktyczna realizacja tego zadania jest daleka od doskonałości, większość specjalistów zdaje sobie sprawę z jego wagi. Działania mające na celu objęcie akcją skriningową niemowląt i małych dzieci podejmuje fundacja Synapsis w ramach projektu Badabada (Wroniszewski *et al.*, 2015).
- B. Wykrywanie innych zaburzeń psychicznych wieku niemowlęcego i wczesnodziecięcego – ten temat bywa traktowany powierzchownie w trakcie szkoleń specjalizacyjnych i spotkań naukowych.

- C. Rozpoznawanie zaburzeń odżywiania czy trudności emocjonalnych prowadzących do samookaleczeń – tutaj również nieoceniona jest rola pediatrów (ale oczywiście nie tylko ich).
- D. Rola szkół i przedszkoli – w przypadku chociażby zaburzeń nastroju i zaburzeń neurorozwojowych proces diagnozy i terapii może się rozpocząć od sygnału ze strony szkoły albo przedszkola.
- E. Ocena przesiewowa pod kątem ryzyka samobójstwa (u starszych dzieci i młodzieży z trudnościami natury psychicznej) – każdy profesjonalista powinien być świadomy tej konieczności. Wśród stosowanych metod dużą popularnością cieszy się skala do oceny ryzyka samobójstwa Columbia. Na stronie www.cssrs.columbia.edu można znaleźć angielską wersję narzędzia oraz przeznaczone dla profesjonalistów szkolenie ze stosowania skali z polskim tłumaczeniem (Posner *et al.*, 2011). W języku polskim dostępne są także pełna wersja skali i wersja skrócona, służąca do oceny przesiewowej w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej.

4. Systemu opieki zdrowotnej, którego podstawą byłaby opieka środowiskowa

W toku rozmów z udziałem Ministerstwa Zdrowia dotyczących sytuacji psychiatrii dziecięcej w Polsce wyłaniają się – na podstawie analizy dotychczasowych rozwiązań i zmian planowanych w systemie opieki nad dorosłymi – coraz bardziej konkretne postulaty. Ze strony środowiska psychiatrów i psychiatrów dziecięcych nad opracowaniem postulatów pracowali prof. Janusz Heitzman, prof. Małgorzata Janas-Kozik, prof. Tomasz Wolańczyk, prof. Jacek Wciórka, dr hab. Maciej Pilecki, dr n. hum. Tomasz Rowiński i autorka niniejszego tekstu. Organizacja systemu opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą powinna być kilkupoziomowa, od podstawowej psychoprofilaktyki w środowisku pacjenta po specjalistyczną opiekę szpitalną. Proponowana struktura to:

- A. Poziom profilaktyki – realna dostępność wsparcia psychologicznego w środowisku dziecka: w szkole, przedszkolu, młodzieżowych ośrodkach socjoterapeutycznych i wychowawczych, placówkach opieki zastępczej.
- B. Poziom pierwszy – środowiskowe centra pomocy psychologicznej, których elementem byłby system istniejących już (a obecnie podlegających intensywnym zmianom) poradni psychologiczno-pedagogicznych. W skład tego systemu mogłyby wejść również poradnie psychologiczne działające w ramach kontraktu z NFZ.
- C. Poziom drugi – środowiskowe centra zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, których zadaniem byłoby leczenie ambulatoryjne w poradni zdrowia psychicznego lub zespole leczenia środowiskowego. Centrum takie mogłoby także pełnić funkcje dodatkowe, np. organizować programy specjalistyczne czy oddziały dzienne.
- D. Poziom trzeci – specjalistyczne centra zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, które zapewniłyby całodobową możliwość konsultacji psychiatrycznej w izbie przyjęć albo oddziale ratunkowym i opieką szpitalną.

5. Sprawnego działania wszystkich ogniw systemu

W opiece nad dziećmi zaangażowanych jest kilka systemów: system podstawowej opieki zdrowotnej, edukacji, pomocy społecznej, sądów rodzinnych i służby kuratorskiej oraz – dopiero na końcu – system specjalistycznej opieki medycznej. Wszyscy chyba co jakiś czas spotykamy pacjentów, którzy błąkają się między tymi systemami, nie uzyskując szybkiej i skutecznej pomocy. Problemem wydaje się zatem koordynacja opieki. Rozwiązaniem postulowanym przez wspomniany wyżej zespół jest wprowadzenie funkcji koordynatora opieki, czyli „case managera”. Ograniczeniem, które wymaga rozważenia, jest tu kwestia ochrony danych osobowych i danych wrażliwych dotyczących pacjentów i ich rodziców. Wiadomo, że do skutecznej opieki niezbędna jest wymiana informacji między osobami zaangażowanymi w opiekę nad danym pacjentem. Równocześnie, wobec wciąż pojawiających się doniesień medialnych na temat wycieku danych bankowych lub ujawnienia supertajnych informacji dotyczących obronności, lęk przed zbyt szerokim udostępnianiem danych osobowych jest w pełni zrozumiały. Jeżeli jednak chcemy poprawić jakość opieki nad pacjentami, wypracowanie nowych rozwiązań wydaje się konieczne.

PODSUMOWANIE

Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych wśród dzieci wynosi około 20%, problem można zatem uznać za istotny dla całej populacji. Obecny system jest w stanie objąć opieką jedynie niewielki odsetek potrzebujących. Zmiany są więc niezbędne.

Co się dzieje teraz?

Ostatnio w prace dotyczące opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą zaangażowały się następujące zespoły:

1. formujący się przy Ministerstwie Zdrowia zespół ds. organizacji systemu opieki z zakresu psychiatrii dziecięcej;
2. Zespół ds. Aktywnej Polityki w Psychiatrii Dziecięcej, działający przy Rzeczniku Praw Dziecka.

Ponadto od sierpnia 2016 roku przy Departamencie Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia działa Zespół Roboczy ds. Prewencji Samobójstw i Depresji.

Zapraszamy do kontaktu

Jeżeli chcieliby Państwo podzielić się refleksjami lub uwagami, zapraszamy do kontaktu:

- Barbara Remberk, konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii dziecięcej – e-mail: bremberk@ipin.edu.pl
- Renata Janik, sekretarz Zespołu ds. Aktywnej Polityki w Psychiatrii Dziecięcej – e-mail: renatamjanik@wp.pl

Wybrane linki

- <http://iacapap.org/iacapap-textbook-of-child-and-adolescent-mental-health> – podręcznik psychiatrii dziecięcej dostępny online
- <https://www.nice.org.uk/guidance> – wskazówki i rekomendacje dotyczące postępowania w różnych zaburzeniach psychicznych

- www.cssrs.columbia.edu – projekt Lighthouse i skala do oceny ryzyka samobójstwa Columbia
- <http://teenmentalhealth.org/product/tasr-polish/> – kwestionariusz dla profesjonalistów przydatny w ocenie ryzyka samobójstwa
- www.programyrekomendowane.pl – baza profilaktycznych programów rekomendowanych

Konflikt interesów

Autorka nie zgłasza żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Piśmiennictwo

- Costello EJ: Early detection and prevention of mental health problems: developmental epidemiology and systems of support. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2016; 45: 710–717.
- Mazur J (ed.): Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2015.
- Posner K, Brown GK, Stanley B et al.: The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry* 2011; 168: 1266–1277.
- Uchwała nr 76 Rady Ministrów z dnia 29 kwietnia 2014 r. w sprawie ustanowienia Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2014–2020.
- Uchwała nr 130 Rady Ministrów z dnia 8 lipca 2014 r. w sprawie przyjęcia rządowego programu na lata 2014–2016 „Bezpieczna i przyjazna szkoła”.
- Ustawa z dnia 4 listopada 2016 roku o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, Dz.U. 2016 poz. 1860.
- Wroniszewski M, Grochowska J, Bujnik A et al.: Standardy wczesnego wykrywania ryzyka zaburzeń ze spektrum autyzmu. In: Rozetti A, Rybakowski F (eds.): *Spektrum autyzmu – neurorozwojowe zaburzenia współwystępujące*. Krajowe Towarzystwo Autyzmu, Łódź–Warszawa 2015: 99–108.