

Centra Zdrowia Psychicznego. Wstępna ocena procesu wdrażania modelu pilotażowego

Mental Health Centers. Preliminary evaluation of the pilot program implementation process

Daria Biechowska¹, Andrzej Cechnicki², Jan Godyń³, Marek Balicki⁴,
Jacek Wciórka⁵, Izabela Ciuńczyk⁶, Beata Galińska-Skok⁷

¹ Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Zakład Zdrowia Publicznego

² Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Katedra Psychiatrii,
Ośrodek Psychiatrii Środowiskowej i Badań nad Psychozami, Katedra Psychiatrii,
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

³ Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej, Kraków

⁴ Polskie Towarzystwo Psychiatrii Środowiskowej

⁵ Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

⁶ Środkowopomorskie Centrum Zdrowia Psychicznego „Medison”, Koszalin

⁷ Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Klinika Psychiatrii

Summary

Aim. The aim of the presented research is to characterize the operating Mental Health Centers (MHCs) and to provide a preliminary assessment of the implementation process of the pilot program model in the area of psychiatric care in Poland.

Method. The study uses the Polish version of the German questionnaire, which covers four areas: (1) basic conditions of the model project/pilot program; (2) characteristics of the organizational structure of the treatment entity; (3) statistical characteristics of the services provided; (4) specific features of the psychiatric care system in model regions/pilot program Mental Health Centers.

Results. Nineteen of the 27 Mental Health Centers completed the survey. The centers have 428 beds in day units and 1,971 beds in inpatient units. Most of the centers (15 of 19) work with subcontractors and all are publicly funded. Eight centers were established by psychiatric hospitals and 11 centers were constituted at psychiatric wards within multi-specialist hospitals. The medical services provided by the centers mainly include psychiatry and psychotherapy. In 2019, the centers provided medical services to a total of 65,614 patients; 8,432 patients received at least three forms of treatment.

Conclusions. The first full year of MHC operation in the pilot program indicates the expected direction of change in psychiatric care – achieving a significant level of implemen-

tation of community care standards. The survey needs to be repeated to verify this direction. A limitation of the study was the lack of survey responses from 30% of MHCs. In the future, we should aim for at least 90% of completed surveys.

Słowa kluczowe: pilotaż, Centra Zdrowia Psychicznego, psychiatria środowiskowa

Key words: pilot program, Mental Health Centers, community psychiatry

Wstęp

Celem psychiatrii środowiskowej jest zwiększanie potencjału zdrowia psychicznego dostępnego w społeczności – wspólnocie przez zajmowanie się raczej różnymi aspektami zdrowia psychicznego (promocja, prewencja, zdrowe funkcjonowanie i jego zaburzenia) niż tylko problemami zaburzeń psychicznych. W praktyce jednak tak dalece idące rozumienie zakresu psychiatrii środowiskowej nie znalazło szerszej realizacji i na ogół koncentruje się ona na rozwiązywaniu zagadnień związanych z obecnością i leczeniem osób chorujących psychicznie. Przyglądając się kontekstom, w jakich pojawia się termin „psychiatria środowiskowa”, można dostrzec co najmniej cztery szczególnie istotne. Psychiatria środowiskowa bywa traktowana: (1) jako pewna idea stanowiąca rodzaj moralnego przesłania praktyki psychiatrycznej, (2) jako system organizacji psychiatrycznej opieki zdrowotnej, (3) jako metoda leczenia oraz (4) jako sposób osadzenia, kontekst czy tło działania psychiatrii [1]. W niniejszym tekście kluczowe jest drugie rozumienie tego terminu.

Środowiskowy model leczenia psychiatrycznego jest realizowany w Polsce od lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku równoległe z reformą dotyczącą całej opieki psychiatrycznej w kierunku deinstytucjonalizacji [2, 3]. W tym okresie wzrosła liczba poradni zdrowia psychicznego, zespołów leczenia środowiskowego (ZLS), oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych i oddziałów dziennych oraz powstały środowiskowe placówki oparcia społecznego dla chorych psychicznie w ramach pomocy społecznej. W szpitalach psychiatrycznych utworzono oddziały o określonym profilu związanym z rozpoznaniem, wiekiem pacjentów oraz oddziały psychiatrii sądowej. Według danych statystycznych w 2018 roku w Polsce ponad 1,6 miliona osób z zaburzeniami psychicznymi było leczonych w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej [4]. Najczęściej zgłaszane problemy to zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i zaburzenia nastroju, co wskazuje na potrzebę współpracy pracowników medycznych podstawowej opieki zdrowotnej, psychiatrów, psychologów oraz pracowników społecznych. Taka koordynacja działań i integracja leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi jest możliwa w ramach Centrum Zdrowia Psychicznego.

W Polsce Centra Zdrowia Psychicznego (CZP) powstały dzięki Narodowemu Programowi Ochrony Zdrowia Psychicznego. Działają w ramach programu pilotażowego Centrów Zdrowia Psychicznego powołanego i nadzorowanego przez ministra zdrowia, a finansowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Jego realizację rozpoczęto w połowie 2018 roku [5, 6]. Obecnie działają już 33 Centra Zdrowia Psychicznego. Pilotażowy program psychiatrii środowiskowej ma być realizowany do końca 2022 roku, tak by za sprawą systemowej reformy przygotować objęcie pomocą CZP wszyst-

kich mieszkańców Polski. Do końca 2027 roku Centrum Zdrowia Psychicznego ma działać w każdym powiecie, w każdej dzielnicy dużych miast.

Reforma opieki psychiatrycznej dokonuje się nie tylko w Polsce, ale też w innych krajach europejskich. Znane są założenia teoretyczne przeprowadzanych zmian, ale odpowiedź na pytanie, czy nowe modele opieki są skuteczniejsze od opieki standardowej, wymaga jeszcze szeregu badań. Badacze z Niemiec przeprowadzili wieloetapowy, iteracyjny proces badawczy oparty na metodologii teorii ugruntowanej (*Grounded Theory Methodology* – GTM) służącej do zidentyfikowania i zoperacjonalizowania komponentów modelowych. Zastosowano złożony algorytm i wywiady z ekspertami w celu ilościowego określenia względnej wagi każdego składnika i opracowania wyniku sumarycznego. Zbadano trafność fasadową i teoretyczną, a spójność wewnętrzna została sprawdzona za pomocą współczynnika α -Cronbacha. W rezultacie dziesięć z jedenastu komponentów FIT (*Flexible and Integrative Treatment*) można było zoperacjonalizować, skwantyfikować i połączyć w ogólny wynik [7].

Komponenty pozwalają na zintegrowany proces zbierania, analizy oraz interpretacji zarówno jakościowych, jak i ilościowych zbiorów danych. W ten sposób mogą one pomóc w przewycięzeniu wyzwań związanych z zastosowaniem metody mieszanej w badaniach nad służbą zdrowia. Mogą też służyć jako teoretyczna podstawa do konstruowania narzędzi dokładności i przewodników badawczych umożliwiających ocenę procesów i wyników modeli FIT. Mogą też zostać wykorzystane jako docelowa figura do wdrażania i/lub monitorowania projektów FIT. Uwzględniając różne składniki leczenia, torują one drogę dla celowych strategii ustanawiania lub rozwijania modeli FIT (opis w dalszej części artykułu).

Implementacja modelu FIT pozwoliła w Niemczech np. na skrócenie czasu hospitalizacji pacjentów w wieku 65 lat i starszych: w centrach, w których wdrożono tzw. model FIT64b, czas hospitalizacji wynosił średnio 3,2 dnia w porównaniu z 8,4 dnia w centrach ze standardową opieką [8]. Całościowa ewaluacja wdrożenia modelu FIT w 12 psychiatrycznych oddziałach szpitalnych w Niemczech wskazuje na stosunkowo stabilny styl zmian strukturalnych i procesualnych oraz na przesunięcie sztywnych form opieki stacjonarnej (*inpatient*) w kierunku elastycznych i zintegrowanych form opieki ambulatoryjnej (*outpatient*) [9].

W 2017 roku została zawiązana polsko-niemiecka grupa badawcza, której członkami ze strony polskiej są autorzy niniejszej pracy, a ze strony niemieckiej Julian Schwarz, Sebastian von Peter i Martin Heinze. Z użyciem wymiarów zaproponowanych w modelu niemieckim została opracowana ankieta opisująca po jednym pełnym roku funkcjonowania pilotażowe CZP w Polsce. Ocenie poddano funkcjonowanie CZP w 2019 roku. Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie wyników przeprowadzonej ankiety oraz wstępna ocena procesu wdrażania modelu kapitacyjnego w obszarze opieki psychiatrycznej w Polsce.

Material i metoda

W badaniu zastosowano polską wersję ankiety opracowanej przez zespół niemieckich naukowców pod kierownictwem Arno Deistera i Martina Heinzego. Ankieta dzieli

się na cztery obszary, takie jak: (1) podstawowe warunki projektu modelowego/pilotażu; (2) charakterystyka struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego; (3) charakterystyka statystyczna świadczonych usług; (4) szczególne cechy systemu opieki psychiatrycznej w regionach modelowych/pilotażowych Centrach Zdrowia Psychicznego.

Pierwszy obszar obejmuje podstawowe informacje o czasie trwania pilotażu/projektu modelowego, umowie z NFZ/kasami chorych, udziale procentowym w budżecie oraz o współpracy pilotażowego CZP z podwykonawcami.

Charakterystyka strukturalna dotyczy rodzaju podmiotu leczniczego (szpital specjalistyczny, oddział psychiatryczny w szpitalu ogólnym, klinika uniwersytecka), wielkości rejonu objętego opieką medyczną, struktury finansowania (non profit, publiczna, prywatna) oraz usług medycznych. Część ta zawiera również pytania m.in. o liczbę oddziałów stacjonarnych, oddziałów dziennych, ambulatoriów, które są przestrzennie i strukturalnie zintegrowane w jednej instytucji, liczbę oddziałów stacjonarnych z ofertą opieki ambulatoryjnej i półstacjonarnej (diennej), łączną liczbę łóżek w klinice, liczbę łóżek psychiatrycznych zlikwidowanych w badanym okresie czy liczbę miejsc w psychiatrycznych oddziałach dziennych.

Charakterystyka statystyczna świadczonych usług obejmuje wartości liczbowe w odniesieniu do liczby pacjentów, liczby przypadków, średniego czasu trwania epizodu leczniczego, średniego czasu trwania skumulowanych okresów pobytu w ujęciu stacjonarnym, częściowo stacjonarnym (dziennym), ambulatoryjnym i w ZLS, a także liczby przepustek.

Ostatni obszar ankiety mierzy stopień spełnienia 11 wymiarów modeli FIT, takich jak: (1) przesunięcie opieki do środowiska (porównania roczne, opuszczone w polskiej ankiecie ze względu na badanie przeprowadzone w jednym punkcie czasowym), (2) elastyczność w zmianach settingu, (3) zachowanie ciągłości personelu leczącego, (4) współpraca obejmująca wszystkie grupy zawodowe, (5) międzysektorowe grupowe oferty terapeutyczne, (6) zespoły leczenia środowiskowego, (7) systematyczne zaangażowanie osób referencyjnych, (8) dostępność świadczeń, (9) swobodne kierowanie działaniami terapeutycznymi, (10) współpraca międzysektorowa, (11) poszerzanie fachowej wiedzy.

Polską wersję ankiety opracowano w następujących krokach: tłumaczenie, przeprowadzenie pilotażu ankiety w wybranych CZP i rozesłanie ostatecznej wersji ankiety do wszystkich działających CZP. Badanie ankietowe przeprowadzono w okresie od 28 lipca do końca grudnia 2020 roku. Ankiety rozesłano elektronicznie do kierowników podmiotów leczniczych prowadzących Centra Zdrowia Psychicznego oraz do kierujących centrami z prośbą o wypełnienie danych za 2019 rok i odesłanie. Kwestionariusze wysłano do 27 centrów, a wypełnione ankiety otrzymano od 19 centrów (70%). Podczas dwóch ostatnich etapów pojawiły się pytania wymagające stworzenia słowniczka z wyjaśnieniami niektórych zapisów wynikających z rozbieżności systemów niemieckiego i polskiego. Następnie informacje uzyskane z każdej ankiety weryfikowano indywidualnie (telefonicznie i/lub mailowo).

Uzyskane dane poddano analizie z użyciem statystyk opisowych, obliczając wartości średnie, minimalne i maksymalne oraz odchylenia standardowe. W kilku punktach obserwowano dużą rozpiętość podawanych wartości lub małą liczbę odpowiedzi i nie

było możliwe przeprowadzenie analizy ilościowej. Stopień spełnienia wymiarów modeli FIT podano w procentach.

Wyniki

Pierwszy obszar ankiety dotyczył charakterystyki modelu pilotażowego. Średni czas realizacji modelu pilotażowego w badanych CZP wynosił 15,9 miesiąca (min. 13 – maks. 18; $SD = 1,52$). Średni udział finansowania z NFZ obejmował 73% budżetu CZP (min. 5,1% – maks. 100%). Z podwykonawcami współpracowało 15 centrów, w tym: 7 centrów z 1 podwykonawcą, 5 centrów z 2 podwykonawcami, 2 centra z 3 podwykonawcami, 1 centrum z 6 podwykonawcami.

Drugi obszar ankiety dotyczył charakterystyki struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego (tab. 1).

Tabela 1. Charakterystyka struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego

Struktura organizacyjna CZP	Średnia	SD
Wielkość rejonu objętego opieką medyczną (liczba mieszkańców)	100 355 (min. 38 947 – maks. 184 tys.)	40 096,22
Liczba oddziałów stacjonarnych, oddziałów dziennych, ambulatoriów, które są przestrzennie i strukturalnie zintegrowane w jednej instytucji	6,7 (min. 3 – maks. 19)	4,23
Liczba oddziałów stacjonarnych z ofertą opieki ambulatoryjnej i półstacjonarnej (diennej)	1,4 (min. 0 – maks. 8)	1,77
Liczba oddziałów dziennych ze zintegrowaną ofertą opieki ambulatoryjnej	1,2 (min. 0 – maks. 4)	0,85
Łączna liczba łóżek w klinice w 2019 r. (plan łóżek)	103,7 (min. 20 – maks. 502)	138,60
Łóżka psychiatryczne zlikwidowane w 2019 r.	16,4 (min. 5 – maks. 39)	15,29
Liczba miejsc w psychiatrycznych oddziałach dziennych w 2019 r.	22,5 (min. 8 – maks. 49)	11,88

W ramach szpitali specjalistycznych (psychiatrycznych) działa 8 CZP, a 11 utworzono przy oddziałach psychiatrycznych w szpitalach wielospecjalistycznych (w tym 1 klinika uniwersytecka). Dziewiętnaście zbadanych CZP w sumie obejmuje opieką 1 806 384 dorosłych mieszkańców Polski.

Wszystkie CZP w Polsce są finansowane ze środków publicznych. Psychiatria i psychoterapia jest zapewniona w 19 centrach, psychosomatyka i psychoterapia w 9 centrach, psychiatria dzieci i młodzieży w 4. Dwa centra świadczą trzy rodzaje usług, 9 centrów – dwa rodzaje usług, 8 centrów – jeden rodzaj usług. W sumie badane centra mają 127 oddziałów stacjonarnych, oddziałów dziennych, ambulatoriów, które są przestrzennie i strukturalnie zintegrowane w jednej instytucji. Jeśli chodzi o oddziały stacjonarne z ofertą opieki ambulatoryjnej i półstacjonarnej (diennej), to w 3 centrach brak takich oddziałów, a w pozostałych 16 ich ogólna liczba wynosi 27.

Jeśli chodzi o oddziały dzienne ze zintegrowaną ofertą opieki ambulatoryjnej, to w 1 centrum nie ma tej formy świadczenia usług, a w pozostałych 18 ich ogólna liczba wynosi 23. Ogólna liczba łóżek stacjonarnych we wszystkich centrach to łącznie 1971. W badanym okresie w 5 z 19 CZP zlikwidowano w sumie 82 łóżka. Ogólna liczba miejsc w oddziałach dziennych we wszystkich CZP wynosi 428.

Szczegółowe informacje na temat personelu pracującego w zbadanych centrach umieszczono w tabeli 2. Średnia liczba wszystkich pracowników w każdym centrum wynosi ponad 76. W centrach pracuje najwięcej pielęgniarek (średnio 32 osoby w centrum), lekarzy (średnio 15 osób), psychologów i psychoterapeutów (średnio 14 osób), najmniej natomiast asystentów zdrowia – w sumie po jednym tylko w ośmiu centrach (z 19 zbadanych).

Tabela 2. **Personel pełnoetatowy według grupy zawodowej**

Personel	Liczba CZP	Średnia	Min. – maks.	SD
Personel razem	19	76,3	28,15 – 161,46	32,93
Lekarze	19	15,1	5,05 – 246	6,77
Psycholodzy i psychoterapeuci	19	13,9	3,95 – 40	9,97
Pielęgniarki	19	32,0	3,5 – 125,3	25,03
Terapeuci środowiskowi	13	2,6	0,11 – 9,05	2,64
Terapeuci zajęciowi	17	3,2	1 – 8	1,63
Pracownicy socjalni	11	1,9	0,03 – 10	2,74
Asystenci zdrowia	8	1,2	0,11 – 2	1,04
Pozostały personel (m.in.: ratownicy, opiekunowie medyczni, asystenci medyczni)	11	13,3	2 – 26	7,28

Trzeci obszar ankiety obejmuje statystyczną charakterystykę świadczonych usług medycznych (tab. 3).

Tabela 3. **Charakterystyka statystyczna świadczonych usług**

Wyszczególnienie	Średnia	SD
Całkowita liczba (wszyscy pacjenci: wszystkie jednostki)	3860 (min. 1087 – maks. 9960)	2241
Pacjenci w opiece stacjonarnej	394 (min. 132 – maks. 1106)	251
Pacjenci w opiece częściowo stacjonarnej/w oddziale dziennym	82 (min. 20 – maks. 171)	52
Pacjenci w opiece ambulatoryjnej	2819 (min. 1071 – maks. 6929)	1650
Pacjenci w zespołach leczenia środowiskowego	181 (min. 31 – maks. 486)	145
Liczba pacjentów korzystających z opieki częściowo stacjonarnej i ambulatoryjnej	682 (min. 15 – maks. 4006)	1214
Liczba pacjentów, którzy korzystali z co najmniej trzech form leczenia	527 (min. 3 – maks. 4164)	1272

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Liczba przypadków (= epizody lecznicze):	15 301 (min. 3847 – maks. 33 270)	10 901
Stacjonarne	1425 (min. 107 – maks. 8165)	2583
Częściowo stacjonarne/w oddziale dziennym	496 (min. 8 – maks. 3216)	1012
Ambulatoryjne	11 247 (min. 234 – maks. 30 627)	7718
Zespoły leczenia środowiskowego	1987 (min. 35 – maks. 5999)	1724

Łączna liczba pacjentów we wszystkich formach leczenia wynosi 65 614, w opiece stacjonarnej – 6296, w oddziałach dziennych – 1313, w opiece ambulatoryjnej – 45 103, objętych opieką ZLS – 2890. Liczba pacjentów korzystających z opieki częściowo stacjonarnej i ambulatoryjnej wynosi 10 914, a liczba pacjentów, którzy korzystali z co najmniej trzech form leczenia (stacjonarnej, częściowo stacjonarnej, ambulatoryjnej), to 8432.

Łączna liczba przypadków (epizodów leczniczych) we wszystkich sektorach/jednostkach szpitala to 229 508, w opiece stacjonarnej w 2019 roku to 22 801, w opiece półstacjonarnej/dziennej – 7932, w opiece ambulatoryjnej – 179 954, a w zespołach leczenia środowiskowego – 31 784.

Średni czas trwania epizodu leczniczego (w dniach) w 2019 roku (= średnia długość pobytu) we wszystkich sektorach/jednostkach szpitala to 26 dni (min. 1,93 – maks. 103,5; $SD = 28$). Średni czas trwania epizodu leczniczego w opiece stacjonarnej to 28 dni (min. 13 – maks. 45; $SD = 13$). W oddziałach dziennych średni czas trwania epizodu leczniczego to 58 dni (min. 10 – maks. 171; $SD = 39$).

Pytanie o średnią liczbę dni świadczenia w kwartale ambulatoryjnym obejmowało 3 miesiące. Rozpiętość podawanych wartości wykroczyła poza definicję proponowaną w ankiecie (kwartał ambulatoryjny): średni czas trwania epizodu leczniczego wynosił 402 dni (min. 1 – maks. 4805). W zespołach leczenia środowiskowego rozpiętość podawanych wartości również wykroczyła poza definicję proponowaną w ankiecie (kwartał ambulatoryjny): średni czas trwania epizodu leczniczego to 97 dni (min. 1 – maks. 436).

Średni czas trwania skumulowanych okresów pobytu we wszystkich sektorach/jednostkach szpitala to 23 dni (min. 6,6 – maks. 48,88; $SD = 16$). Średni czas trwania skumulowanych okresów pobytu w oddziałach stacjonarnych to 29 dni (min. 18,41 – maks. 48; $SD = 11$), a w oddziałach częściowo stacjonarnych to 54 dni (min. 28 – maks. 83; $SD = 24$).

Podawane wartości średniego czasu trwania skumulowanych okresów pobytu w opiece ambulatoryjnej nie mieściły się w zakładanej definicji – średnia wynosiła 5 dni (min. 0,75 – maks. 5,16). Wartości podawane przez zespoły leczenia środowiskowego nie mieściły się w zakładanej definicji – średni czas trwania skumulowanych okresów pobytu to 14 dni (min. 0,74 – maks. 60).

Liczba epizodów leczniczych z co najmniej jednodniową przepustką wynosiła 1670, średnia 111 (min. 9 – maks. 389; $SD = 106$). Liczba epizodów leczniczych z co najmniej jednodniową przepustką w oddziałach stacjonarnych to 40, średnia 3 (min. 1,7 – maks. 6; $SD = 1$).

Na pytanie dotyczące liczby pacjentów, którzy w 2019 roku otrzymali usługi lecznicze od osób z różnych grup zawodowych w dziedzinie psychiatrii trwające nieprzerwanie co najmniej 7 dni i dłużej, informacji udzieliło tylko 6 CZP, przy czym rozpiętość wyników wyniosła od 1 do 826 osób.

Ostatni, czwarty obszar obejmuje opis cech modelu opieki psychiatrycznej (FIT) i kwantyfikuje stopień wdrożenia środowiskowych rozwiązań opieki psychiatrycznej w poszczególnych CZP. Wyniki zbiorcze dla poszczególnych centrów miały rozrzut od 17 do 51 punktów (na 60 możliwych). Średni wynik wynosił 33 punkty, czyli w 55% wdrożono rozwiązania i wymiary opieki środowiskowej w stosunku do sytuacji, w której we wszystkich CZP funkcjonowałaby pełna, wielowymiarowa, wielozawodowa i międzysektorowa opieka środowiskowa, gdzie wszystkie komponenty wdrożone byłyby w 100%.

Spośród 9 ocenianych wymiarów: (1) współpraca obejmująca wszystkie grupy zawodowe osiągnęła stopień wdrożenia na poziomie 70%, (2) swobodne kierowanie działaniami terapeutycznymi – 69%, (3) międzysektorowe grupowe oferty terapeutyczne – 65%, (4) dostępność świadczeń – 61%, (5) elastyczność w zmianach settingu – 60%, (6) współpraca międzysektorowa – 56%, (7) poszerzanie fachowej wiedzy – 54%, (8) zachowanie ciągłości personelu – 47%, (9) dysponowanie własnymi pojazdami przez zespoły leczenia środowiskowego – 46%.

W wypadku 100% centrów wszystkie świadczenia dostępne są w ciągu maksymalnie 1 godziny jazdy samochodem. W wypadku 83% centrów pacjenci objęci opieką częściowo lub w pełni stacjonarną oraz pacjenci ambulatoryjni leczeni są w tych samych instytucjach zlokalizowanych na tym samym terenie. Liczba spotkań osób różnych zawodów tygodniowo osiągnęła stopień wdrożenia na poziomie 80%.

Po przeanalizowaniu odpowiedzi okazało się, że najwięcej trudności danym podmiotom w realizacji pilotażu sprawiają następujące komponenty: współpraca wielu specjalistów, grupy terapeutyczne z udziałem wszystkich członków CZP, ambulatoryjna opieka domowa – leczenie wielospecjalistyczne w domu, udział nieformalnych opiekunów, dostępność usług, autonomia pacjenta w kierowaniu usługami, współpraca międzysektorowa.

Omówienie wyników

Przedstawione wyniki opisują strukturę organizacyjną i charakterystykę usług świadczonych przez pilotażowe Centra Zdrowia Psychicznego w Polsce. Uzyskano 70% wskaźnik odpowiedzi, należy jednak dążyć do uzyskania co najmniej 90% wypełnionych ankiet w kolejnym badaniu.

Centra biorące udział w ankiecie obejmują opieką psychiatryczną około 1,8 miliona mieszkańców Polski. Centra dysponują 428 miejscami w oddziałach dziennych i 1971 łózkami w oddziałach stacjonarnych. Większość centrów (15 z 19) współpracuje z podwykonawcami i wszystkie są finansowane ze środków publicznych. Jeśli chodzi o strukturę organizacyjną, to 8 centrów zostało założonych przez szpital psychiatryczny, a 11 centrów powstało przy oddziałach psychiatrycznych szpitali wielospecjalistycznych. Usługi medyczne świadczone w centrach obejmują głównie psychiatrię

i psychoterapię. W 2019 roku centra udzieliły usług medycznych łącznie 65 614 pacjentom, w tym w opiece stacjonarnej 6296 pacjentom, w oddziałach dziennych 1313 pacjentom, w opiece ambulatoryjnej 45 103 pacjentom, w zespołach leczenia środowiskowego 2890 pacjentom. Z co najmniej trzech form leczenia korzystało 8432 pacjentów. Średnia długość pobytu pacjenta we wszystkich sektorach/jednostkach szpitala to 26 dni, w opiece stacjonarnej to 28 dni, a w oddziałach dziennych – 58 dni.

Wśród personelu CZP najliczniejszą grupę stanowią pielęgniarki, następnie lekarze oraz psycholodzy i psychoterapeuci. Przewaga pod względem liczby zatrudnionych lekarzy może wynikać z zapisów rozporządzenia w sprawie pilotażu uzależniającego warunki realizacji świadczeń w odniesieniu do liczby etatów lekarzy [5]. Terapeuci środowiskowi nie są dobrze w tym składzie reprezentowani pomimo kwalifikacji zawodowych do pracy w opiece środowiskowej. Nieliczną grupę stanowią także asystenci zdrowienia.

Duża rozpiętość wyników w zakresie liczby pacjentów, którzy otrzymali usługi lecznicze od osób z różnych grup zawodowych w dziedzinie psychiatrii, trwające nieprzerwanie co najmniej 7 dni i dłużej, oraz świadczenie takich usług tylko w 6 CZP, mogą wskazywać na zróżnicowanie kompleksowej opieki nad pacjentem w różnych CZP – od jej braku do wysokiego stopnia współpracy profesjonalistów z różnych grup zawodowych.

Ograniczenia naszego badania to brak walidacji ankiety przetłumaczonej na język polski, a także pytania o średnią i skumulowaną liczbę dni świadczenia w ambulatorium i zespole leczenia środowiskowego, co jest związane z odmiennymi sposobami rejestrowania tych usług medycznych w Niemczech i w Polsce, ponieważ w naszym kraju do rozliczania usług ambulatoryjnych posługujemy się terminem „wizyta”, a nie liczbą dni.

Do najważniejszych różnic w opiece modelowej w Niemczech i pilotażowych CZP należy m.in. to, że w Polsce sposób finansowania to ryczałt na populację, czyli budżet kapitałowy na dorosłego mieszkańca obszaru objętego opieką przez dane Centrum Zdrowia Psychicznego, w Niemczech zaś jest to budżet na pacjenta. Również struktura finansowania wygląda inaczej – w Polsce jedynym podmiotem finansującym jest NFZ, w Niemczech jest to 16 kas chorych (Krankenkasse). W Polsce funkcjonuje ZLŚ (*Community Mental Health Team – CMHT*), który pełni zarówno opiekę ciągłą, jak i alternatywę hospitalizacji [10], natomiast w Niemczech brak ZLŚ (CMHT), co jest spowodowane odrębnym i utrudnionym finansowaniem przez niemieckie kasy chorych. W Polsce Centra Zdrowia Psychicznego współpracują z podwykonawcami, a w niemieckich modelowych regionach opieki nie podejmuje się takiej współpracy. W polskich CZP terapia ma się rozpocząć szybko i według potrzeb w bezpośrednio dostępnym sposób, dlatego zlikwidowano listy oczekujących i wszyscy są przyjmowani na bieżąco. W Niemczech standardowym rozwiązaniem jest stosowanie list oczekujących: centrum przyjęć w klinikach modelowych prowadzi listę i wszyscy pacjenci, którzy chcieliby być leczeni, są przyjmowani zgodnie z ostrością stanu i potrzeb zdrowotnych.

Jeśli chodzi o konieczne minimum do powstania CZP w Polsce lub kliniki modelowej w Niemczech – w naszym kraju potrzebne są cztery struktury leczące: oddział stacjonarny, oddział dzienny, zespół leczenia środowiskowego i ambulatorium, nato-

miast w Niemczech w regionie modelowym jest tylko jedna klinika świadcząca opiekę w ramach projektu modelowego. Natomiast w obu krajach istotną rolę przypisuje się włączeniu do programu leczenia asystentów zdrowienia (*Ex-In*) [11].

W pracy Thornicrofta i Tanselli [12] główny wniosek był taki, że zarówno usługi środowiskowe, jak i szpitalne są niezbędne we wszystkich obszarach (krajach i regionach), niezależnie od poziomu zasobów. Dowody w tym badaniu przemawiały za zrównoważonym podejściem, obejmującym usługi środowiskowe i szpitalne. Obszary o niskim poziomie zasobów mogą skupić się na poprawie podstawowej opieki zdrowotnej, z zapleczem specjalistycznym. Obszary o średnich zasobach mogą dodatkowo zapewnić przychodnie, środowiskowe zespoły zdrowia psychicznego (CMHT), opiekę w stanach ostrych (*acute in-patient care*), środowiskową opiekę domową oraz formy zatrudnienia i pracy. Obszary o dużych zasobach mogą zapewniać wszystkie powyższe usługi wraz z bardziej specjalistycznymi, takimi jak specjalistyczne kliniki ambulatoryjne i zespoły CMHT, zespoły aktywnego leczenia środowiskowego, zespoły wczesnej interwencji, alternatywy dla opieki w stanach ostrych, alternatywne rodzaje środowiskowej opieki całodobowej oraz alternatywne formy zatrudnienia i rehabilitacji.

W metaanalizie Zigurasa i Stuarta [13] przeanalizowano 44 badania: 35 porównywało aktywną terapię środowiskową lub zarządzanie przypadkami klinicznymi ze zwykłym leczeniem, a 9 bezpośrednio porównywało aktywną terapię środowiskową z zarządzaniem przypadkami klinicznymi. Oba rodzaje zarządzania przypadkami były skuteczniejsze niż zwykłe leczenie w trzech domenach wyników, takich jak: obciążenie rodziny, zadowolenie rodziny z usług i koszty opieki. Całkowita liczba przyjęć i odsetek osób hospitalizowanych zostały zredukowane w programach aktywnego leczenia środowiskowego i wzrosły w programach zarządzania przypadkami klinicznymi. W obu programach liczba dni spędzonych w szpitalu została zredukowana, ale aktywne leczenie środowiskowe było znacznie efektywniejsze. Chociaż klienci objęci zarządzaniem przypadkami klinicznymi mieli więcej przyjęć niż ci objęci zwykłym leczeniem, przyjęcia były krótsze, co zmniejszyło całkowitą liczbę dni hospitalizacji. Oba rodzaje zarządzania przypadkami były równie skuteczne w zmniejszaniu objawów, zwiększaniu kontaktów pacjentów z usługami, zmniejszaniu odsetka osób rezygnujących z leczenia, poprawie funkcjonowania społecznego i zwiększaniu satysfakcji pacjentów.

Stopień spełniania wskaźników wymiarów modeli FIT uzyskany w naszej ankiecie pokazuje, że w ramach pilotażu CZP w Polsce w ciągu półtora roku osiągnięto znaczny poziom wdrożenia standardów opieki środowiskowej. Wprowadzenie powyższych komponentów jest istotnie związane ze sposobem finansowania, jakim jest ryczałt na populację. Tylko utrzymanie tego sposobu finansowania pozwoli na pełną, wielowymiarową, wielozawodową i międzysektorową opiekę środowiskową.

W ankiecie (jakościowej) przeprowadzonej przez Rzecznika Praw Pacjenta w odniesieniu do Centrów Zdrowia Psychicznego w czerwcu 2020 roku autorzy ankiety uzyskali szereg wniosków, które po części pokrywały się z wnioskami płynącymi z ankiety pilotażu CZP przeprowadzonej przez autorów niniejszego opracowania, a po części się od nich różniły [14]. Jeśli chodzi o wymiar współpracy z innymi podmiotami, ankieta Rzecznika Praw Pacjenta jako dobrą opisuje współpracę z podwykonawcami i z ośrodkami pomocy społecznej, a jako wymagającą dopracowania – współpracę

z placówkami POZ, noclegowniami i schroniskami, zakładami opiekuńczo-lecznymi i domami pomocy społecznej oraz z władzami samorządowymi. Nasza ankieta potwierdza duży udział podwykonawców w świadczeniu opieki, ale już niewielki w „życiu” CZP (np. w zebraniach).

W obu badaniach pojawiła się zgodność co do tego, że mocne strony opieki świadczonej przez CZP to: natychmiastowa kompleksowa opieka psychiatryczna, zmniejszona liczba hospitalizacji (redukcja łóżek szpitalnych), rozwój psychiatrii środowiskowej (wysoki stopień spełniania wymiarów modeli FIT). Obszary wymagające zaś dalszych prac to: przyjmowanie pacjentów spoza wyznaczonego terytorium, brak szkoleń z psychiatrii środowiskowej, różnica w kosztach utrzymania centrów na obszarze gminnym i w mieście, trudności kadrowe i lokalowe. Jeśli chodzi o propozycje zmian legislacyjnych w Polsce, to jest jeden wniosek płynący z obu ankiet – potrzebna jest „Nowelizacja Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego”, jak również niezbędne jest umocowanie w przepisach odrębnej instytucji oceniającej np. jednolitą dokumentację medyczną oraz uregulowanie zasad niewykorzystanych środków w następnym okresie rozliczeniowym.

Wnioski

1. Pierwszy pełen rok funkcjonowania CZP w pilotażu wskazuje na spodziewany kierunek zmian w opiece psychiatrycznej, polegający na osiągnięciu znacznego poziomu wdrożenia standardów opieki środowiskowej.
2. W celu obserwacji powyższego procesu w kierunku pełnego wdrożenia wielowymiarowej, wielozawodowej i międzysektorowej opieki środowiskowej badania wymagają powtórzenia po co najmniej 3 latach działania CZP.
3. Obszary wymagające szczególnej uwagi przy tworzeniu oraz rozwijaniu Centrów Zdrowia Psychicznego w Polsce to przede wszystkim współpraca wielu specjalistów, grupy terapeutyczne z udziałem wszystkich członków CZP, ambulatoryjna opieka domowa – leczenie wielospecjalistyczne w domu, udział nieformalnych opiekunów, dostępność usług, autonomia pacjenta w kierowaniu usługami oraz współpraca międzysektorowa.

Piśmiennictwo

1. Wciórka J. *Psychiatria środowiskowa: idea, system, metoda i tło*. Post. Psychiatr. Neurol. 2000; 9(3): 319–337.
2. Puzyński S, Langiewicz W. *Reforma lecznictwa psychiatrycznego w Polsce*. Zdrowie Publ. 2001; 111(2): 105–108.
3. Załuska M. *Środowiskowy model leczenia psychiatrycznego a zmiany w strukturze lecznictwa w ostatnich latach w Polsce*. Post. Psychiatr. Neurol. 2006; 15(4): 277–285.
4. Biechowska D. *Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania*. W: Wojtyński B, Goryński P red. *Sytuacja zdrowotna Polski i jej uwarunkowania 2020*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny; 2020. S. 269–283.

5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego, Dz. U. z 2018 r., poz. 852.
6. Anczewska M, Biechowska D, Gałeczki P, Janas-Kozik M, Koń B, Skrzypkowska-Brancewicz B i wsp. *Jednostki organizacyjne psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dorosłych – analiza na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia z lat 2010–2016*. Psychiatr. Pol. 2020; 54(5): 897–913. DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/111852>
7. John E, Peter von S, Schwarz J, Timm J, Heinze M, Ignatyev Y. *Evaluation of new flexible and integrative psychiatric treatment models in Germany – Assessment and preliminary validation of specific program components*. BMC Psychiatry 2018; 18: 278. Doi: 10.1186/s12888-018-1861-1
8. Ignatyev Y, Timm J, Heinze M, Indefrey S, Peter von S. *Development and preliminary validation of the scale for evaluation of psychiatric integrative and continuous care-patient's version*. Front. Psychiatry 2017; 8: 162. Doi: 10.3389/fpsy.2017.001625.
9. Peter von S, Ignatyev Y, John E, Indefrey S, Kankaya OA, Rehr B i wsp. *Evaluation of flexible and integrative psychiatric treatment models in Germany – A mixed-method patient and staff-oriented exploratory study*. Front. Psychiatry 2019; 9: 785. Doi: 10.3389/fpsy.2018.00785.
10. Cechnicki A, Liberadzka A. *Nowe role osób chorujących psychicznie w procesie leczenia i zdrowienia*. Psychiatr. Pol. 2012; 46(6): 995–1005.
11. Hat M, Arciszewska-Leszczuk A, Cechnicki A. *Satisfaction with care in patients with schizophrenia treated in a pilot-program model and traditional care*. Psychiatr. Pol. 2021. ONLINE FIRST Nr 248: 1–16.
12. Thornicroft G, Tansella M. *W stronę lepszej opieki psychiatrycznej*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2010.
13. Ziguas SJ, Stuart GW. *A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years*. Psychiatr. Serv. 2000; 51(11): 1410–1421.
14. Pismo do Ministra Zdrowia i Kierownika Biura ds. pilotażu Centrów Zdrowia Psychicznego ws. funkcjonowania centrów zdrowia psychicznego. <https://www.gov.pl/web/rpp/podsumowanie-pierwszych-miesiecy-funkcjonowania-centrow-zdrowia-psychicznego> (dostęp: luty 2021).

Adres: Daria Biechowska
Zakład Zdrowia Publicznego
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9
e-mail: dbiechowska@ipin.edu.pl

Otrzymano: 26.08.2021
Zrecenzowano: 1.11.2021
Otrzymano po poprawie: 8.11.2021
Przyjęto do druku: 21.11.2021