

PSYCHIATRIA

W psychiatrii wieku rozwojowego potrzebujemy wytycznych i rekomendacji

– W kontekście leczenia dzieci i młodzieży często pojawia się termin „off-label”. Dlatego tak ważne są rekomendacje do stosowania danego preparatu w określonych jednostkach chorobowych – mówi dr n. med. Aleksandra Lewandowska, konsultant krajowa w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży.

Trwa reforma psychiatrii dzieci i młodzieży. Jak w ostatnich latach zmieniła się sytuacja tej grupy pacjentów?

Sytuacja w mojej ocenie zmieniła się znacząco, ponieważ wprowadzamy nowy system dla pacjentów małych dzieci w zakresie opieki lekarskiej, psychologicznej i terapeutycznej, a także pracę w środowisku chorych. Opieka środowiskowa to obszar oddziaływań, na którym nam szczególnie zależało. Psychiatrizy dziecięcy apelowali o to od lat. Trudno już teraz w pełni ocenić efektywność nowego modelu, ponieważ nikt nie przewidział długiego czasu pandemii, izolacji, a potem konfliktu zbrojnego i kryzysu gospodarczego. Prace nad ułożeniem reformy trwały ok. 2 lat, a wdrażanie zmian, gdzie podstawą jest działanie w środowisku, zbiegło się z pierwszym lockdownem – wówczas takie działanie było niemożliwe. Jednak efekty niewątpliwie widzimy. Dużo się mówi na temat kryzysu psychiatrii dzieci i młodzieży, który nastąpił na długo przed pandemią. Przypominam, że jeszcze w 2012 r. ówczesny konsultant krajowy, prof. Tomasz Wolańczyk, apelował w imieniu środowiska o zmiany w zakresie opieki psychiatrycznej. Zwiększała się liczba pacjentów wymagających opieki specjalistycznej. Przez lata problem się nasilał. Dzisiaj, w tych trudnych czasach, kondycja psychiczna osób dorosłych jest znacznie słabsza, tak samo dzieci i młodzieży. Analizując tylko sektor publiczny i dane z Narodowego Funduszu Zdrowia, widzimy wzrost o 87 proc. pacjentów dziecięcych do 13. roku życia i o 168 proc. pacjentów młodzieżowych w porównaniu z czasem sprzed pandemii. To naprawdę duża skala i duże wyzwanie. Gdyby nie wprowadzone zmiany systemowe, byłaby katastrofa, bo niewydolny system nie byłby w stanie przyjąć tak dużej liczby pacjentów potrzebujących opieki i wsparcia. Często zaznaczam, że praca w obszarze psychiatrii dziecięco-młodzieżowej to praca nie tylko z pacjentem, ale z całym środowiskiem, w którym on funkcjonuje. Bardzo ważne jest tworzenie naturalnej sieci wsparcia dla pacjentów i współpraca w zespole. Wracając do pytania o zmiany – one są znaczące. Potrzebna jest jednak zmiana podejścia i mentalności w samym środowisku i w zespołach,



Fot. Tomasz Stańczak / Agencja Wyborcza.pl

które do tej pory leczyły pacjentów. Podkreślam, że układamy model opieki na nowo.

Zdaję sobie sprawę, że jeszcze za wcześnie na podsumowania, ale czy można powiedzieć, co udało się osiągnąć i jakie są najważniejsze cele do realizacji w przyszłości w związku z reformą?

Dużym osiągnięciem dla nas wszystkich jest wprowadzenie tych zmian. Na terenie naszego kraju funkcjonują już trzy poziomy referencyjne. Pierwszy poświęcony jest głównie oddziaływaniom psychospołecznym i pracy w środowisku naturalnym pacjenta. Porównajmy to z modelem opieki psychiatrycznej funkcjonującym w innych krajach, na przykład w USA, gdzie nie ma opieki środowiskowej. Tam większość pacjentów dziecięcych i młodzieżowych w kryzysie jest przyjmowana na oddziały lub na SOR-y. W Polsce mamy bardzo duży komfort w tym zakresie. Ale ocena tego systemu wymaga jeszcze czasu. Dlatego jest powołany zespół, który zajmuje się ewaluacją reformy, przygląda się, co działa dobrze, a gdzie należy wprowadzić zmiany.

”

Na terenie naszego kraju funkcjonują już trzy poziomy referencyjne. Pierwszy poświęcony jest głównie oddziaływaniom psychospołecznym i pracy w środowisku naturalnym pacjenta

Zagadnieniem, nad którym musimy się jeszcze pochylić, są programy specjalistyczne poświęcone pacjentom dziecięco-młodzieżowym z określonymi jednostkami chorobowymi. Oczywiście oddziaływanie psychospołeczne, niemniej są jednostki chorobowe, w których podstawą jest farmakoterapia. Na przykład choroba afektywna dwubiegunowa czy schizofrenia są związane głównie z czynnikami biologicznymi. Podstawą prowadzenia pacjenta z takim schorzeniem jest ustabilizowanie biologii ośrodkowego układu nerwowego, czyli właśnie farmakoterapia.

Szczególnie zauważalnym problemem w naszym kraju jest rejestracja leków i wskazania oraz rekomendacje do jego stosowania. Pamiętajmy, że sama rejestracja to proces formalny – rolą producenta jest dopuszczenie preparatu do obrotu z określeniem wskazań i zasad jego stosowania. Nie jest natomiast jego rolą opracowanie rekomendacji czy zaleceń do stosowania danego preparatu w określonych jednostkach chorobowych. To zadanie dla ekspertów, którzy formułują wytyczne w odniesieniu do medycyny opartej na dowodach. Nie zawsze rejestracja danego produktu pokrywa się z rekomendacjami czy zaleceniami ekspertów – towarzystw naukowych polskich i międzynarodowych. Dlatego w psychiatrii wieku rozwojowego często pojawia się termin *off-label*, czyli stosowanie preparatu poza wskazaniami rejestracyjnymi, co dotyczy głównie populacji dziecięco-młodzieżowej.

Ukazały się rekomendacje Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (PTP) w zakresie postępowania diagnostycznego i terapeutycznego w schizofrenii o wczesnym początku. Rozpoczęliśmy również prace nad stworzeniem rekomendacji PTP dotyczących postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u pacjentów z rozpoznaniem choroby afektywnej dwubiegunowej.

Chcę podkreślić wagę tych rekomendacji w sytuacji, kiedy odpowiedzialność za pacjenta spoczywa na lekarzu prowadzącym. To lekarz w myśl ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty ma obowiązek leczyć pacjentów zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi metodami i z na-

leżyta starannością. Opracowanie rekomendacji jest ważne, zwłaszcza jeśli chodzi o preparaty stosowane na świecie w tej grupie wiekowej, które nie mają rejestracji na terenie naszego kraju. W tej sytuacji stanowią one niezwykle pomocne narzędzie dla każdego specjalisty.

Jakie są jeszcze bariery do pokonania? I co mogłoby poprawić sytuację dzieci i młodzieży?

Z jednej strony bardzo ważne są rekomendacje, a z drugiej zakres refundacji leków, dlatego cenę sobie współpracę z psychiatrami dorosłych i z Ministerstwem Zdrowia w tej kwestii, ponieważ większość leków jest refundowana w odniesieniu do danej jednostki chorobowej, a zatem również dla pacjentów dziecięco-młodzieżowych. Bariery do pokonania, poza farmakoterapią, to dopracowanie współpracy z pozostałymi obszarami: systemem oświaty od żłobka przez przedszkole po szkoły oraz z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi. Ważna jest ścisła współpraca również z opieką społeczną i z Ministerstwem Sprawiedliwości. W tym przypadku działania międzyresortowe są kluczowe.

”

Ukazały się rekomendacje PTP w zakresie postępowania diagnostycznego i terapeutycznego w schizofrenii o wczesnym początku. Rozpoczęliśmy również prace nad stworzeniem rekomendacji dotyczących choroby afektywnej dwubiegunowej

Współpraca z placówkami edukacyjnymi jest bardzo istotna. Szkoła to często pierwszy instytucja, która może zareagować na problemy dziecka.

W psychiatrii, podobnie jak w innych specjalnościach, im wcześniej zdiagnozujemy problem, tym lepsze są efekty leczenia. W niektórych jednostkach chorobowych możemy uniknąć hospitalizacji pacjenta, ponieważ można wdrożyć pewne oddziaływania znacznie wcześniej. Przy czym mówiąc o profilaktyce, mam na myśli działania skierowane nie tylko do dziecka i nastolatka, lecz także do rodziców, nauczycieli czy pedagogów i psychologów szkolnych. Z informacji zwrotnej, która płynie od kadry pedagogicznej, wynika, że jest potrzeba współpracy międzyresortowej.

Rozmawiała Monika Stelmach



Fot. iStockphoto

”

Mówiąc o profilaktyce, mam na myśli działania skierowane nie tylko do dziecka i nastolatka, lecz także do rodziców, nauczycieli czy pedagogów i psychologów szkolnych.

Z informacji zwrotnej od kadry pedagogicznej wynika, że jest potrzeba współpracy międzyresortowej