

Zespoły Leczenia Środowiskowego w Polsce

– na szerszym tle (1974/78 – 2024)

Jacek Matkowski

ZLŚ Krowodrza

motto

„Wyobraźmy sobie świat, w którym ludzie zmagający się z chorobą psychiczną mają dostęp do takich świadczeń, jakich potrzebują, by poprawiać jakość swojego życia i realizować marzenia, a świadczenia są dostępne tam, gdzie toczy się ich życie, udzielane z szacunkiem wobec ich osobistych wyborów i zaspokajające ich potrzeby. Systemy opieki zaś budują nadzieję i dążenie do zdrowia oraz wzmacniają osoby, którym służą w osiągnięciu przez nie pełnego potencjału.”

The Assertive Community Treatment Association, 1997

Prekursor

Arie Querido (1901-1983, Holandia):

- twórca terminu „psychiatria środowiskowa” i teorii kryzysu
- mniej hospitalizacji w latach 1931-1939 (Amsterdam)
- odwiedzał chorych w ich domach i pomagał w problemach
- wprowadził pracę zespołową w środowisku pacjentów

Tło zmian w psychiatrii lata 50. i 60. XX w.

Caudill W.: „The Psychiatric hospital as a small society” (1956)

Goffman E.: „Asylums” (1961)

Barton R.: „Institutional neurosis” (1961)

ruch antypsychiatryczny – od lat pięćdziesiątych XX wieku

Zmiany w ustawodawstwie i instytucjach:

Wielka Brytania – „The Hospital Plan for England & Wales” 1961

USA – „Community Mental Health Centers Act” 1962

Deinstytucjonalizacja i jej konsekwencje:

- rozwój systemów opieki pozaszpitalnej (CMHC) oraz systemów oparcia społecznego (CSS) – ale i atomizacja pomocy („*nonsystem system*”)
- „*revolving-door syndrome*” oraz jego tragiczne konsekwencje:
- marginalizacja, bezdomność i kryminalizacja choroby psychicznej
- ruch praw pacjenta (w Polsce ustawa o OZP - 1994)

Training in Community Living

Trening życia w społeczności

Arnold Marx, Mary Ann Test, Leonard Stein (Madison, WI)
od 1971 – Training in Community Living (ograniczony czas)
1980 - Program of Assertive Community Treatment (PACT)

„Asertywne leczenie środowiskowe to narzędzie lub system świadczeń zapewniający najnowsze, skuteczne i wydajne sposoby leczenia, rehabilitacji i oparcia w formie zintegrowanej całości. Zapewnia stałą odpowiedzialność za świadczenia grupie osób z poważnymi i przewlekłymi schorzeniami psychicznymi - dla osiągnięcia istotnych celów: ograniczenia hospitalizacji, poprawy umiejętności zaspokajania potrzeb w społeczności, poprawy funkcjonowania społecznego, złagodzenia objawów i wzrostu jakości życia”

Marx A. J, Test M. A & Stein L. I. (1973) Extrahospital management of severe mental illness. *Archives of General Psychiatry*. 29. 505-511.

Polska: lata 70. XX w.

- ▶ Stanisław Dąbrowski (1922-2012) i inni
koniec lat 60.: **Hospitalizacja domowa** (Poznań)
po 1980: Zespół Leczenia Środowiskowego III KP IPiN
(też: **subrejonizacja**, prawa pacjenta i zmagania o ustawę!)
- ▶ Kazimierz Jankowski (1931-2013) i inni
 - 1973-1976: Program leczenia pacjentów ze schizofrenią
(**pierwszy „ZLŚ” w Polsce - Warszawa**)
 - Ośrodek Zdrowia Psychicznego „Synapsis” – Ursynów Płn.
(leczenie dla-, w- i poprzez społeczność lokalną)

ZESPÓŁ PSYCHIATRYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ
w m. st. WARSZAWIE

LECZENIE PACJENTÓW SCHIZOFRENICZNYCH
W
OŚRODKU TERAPII RODZIN
„SYNAPSIS”

WARSZAWA

1976

Zmiana paradygmatu

- „Oczekiwanie by społecznie niesprawny pacjent szukał lekarza zamieniono na zasadę by to terapeuta służył aktywną opieką (*outreach*) i docierał do pacjenta”
- „Oczekiwanie, iż pacjent upora się z barierami pomiędzy różnymi instytucjami zastąpiono przekonaniem, że to zespół terapeutów jest odpowiedzialny za koordynację, a najlepiej – bezpośrednio zapewnia większość odpowiednich świadczeń dla niewielkiej grupy pacjentów. Leczenie powinno koncentrować się na indywidualnych potrzebach leczonej osoby”

(Kent A., Burns T. 2005)

Podstawowe zasady pracy ACT/ZLŚ

Główny cel – przywracanie zdrowia poprzez leczenie środowiskowe i powracanie do życia społecznego

- Większość świadczeń w naturalnym środowisku pacjenta
- Aktywne docieranie do pacjenta i włączenie w proces leczenia = *outreach*
- Wysoka intensywność oddziaływań terapeutycznych
- Mała liczba pacjentów przypadająca na terapeutę
- Stała odpowiedzialność za pacjenta wraz z ciągłością personelu
- Praca zespołowa z wysoką indywidualizacją świadczeń
- Zespół wieloprofesjonalny
- Systematyczna współpraca z elementami systemu oparcia społecznego pacjenta (rodzina, znajomi, sąsiedzi itd.)
- Leczenie trwa tak długo, jak trzeba

Kryteria przyjęcia do programu ACT

- Poważna i przewlekła/nawracająca choroba psychiczna (*SMI*)
- Słabe/niestabilne funkcjonowanie społeczne
- Słaba lub brak współpracy w leczeniu
- Niemożność włączenia do tradycyjnej opieki
- Współistniejące nadużywanie/uzależnienie od SPA
- Nawracające ryzyko (dla siebie i/lub otoczenia)
- Liczne hospitalizacje psychiatryczne
- Nieodpowiednie i/lub stresujące warunki życia

Przyjmuje się, iż 20-40% pacjentów z *SMI* wymaga tego leczenia

(Taube, Morlock, Burns, Santos: New directions in research on assertive community treatment; Hospital & Community Psychiatry, 1990)

Sposoby włączenia do leczenia

- Odejście od koncentracji na farmakoterapii i objawach choroby = kluczowe dla budowania związku terapeutycznego
- Zainteresowanie codziennym życiem pacjenta = remedium na postrzeganie go jako „pacjenta z objawami choroby”
- Starania o poprawę aktywności społecznych i rekreacyjnych podnoszące jakość życia pacjenta
- Wsparcie w zakresie możliwości pracy lub edukacji = struktura dnia i nadzieja na przyszłość
- Praktyczna pomoc w podstawowych problemach domowych jako żywy przejaw dostrzegania i rozumienia codziennych trudności

Formy oddziaływań w zespołach

- Terapia prowadząca (*clinical, intensive case management*)
= k o o r d y n a c j a o p i e k i
- Psychoedukacja (pacjent, bliscy)
- Terapia w zakresie współpracy w farmakoterapii
- Praca z rodziną i innymi osobami z najbliższego otoczenia
- Treningi umiejętności (zwłaszcza *in vivo*)
- Psychoterapia (zwłaszcza CBT, dialog motywujący)
- Farmakoterapia (też pomoc w dostępie do leków)
- Pomaganie w procesie integracji społecznej (też: *self-help*)
- Praca ze współistniejącym uzależnieniem/nadużywaniem SPA

Assertive
Community
Treatment
of Persons with
Severe Mental
Illness

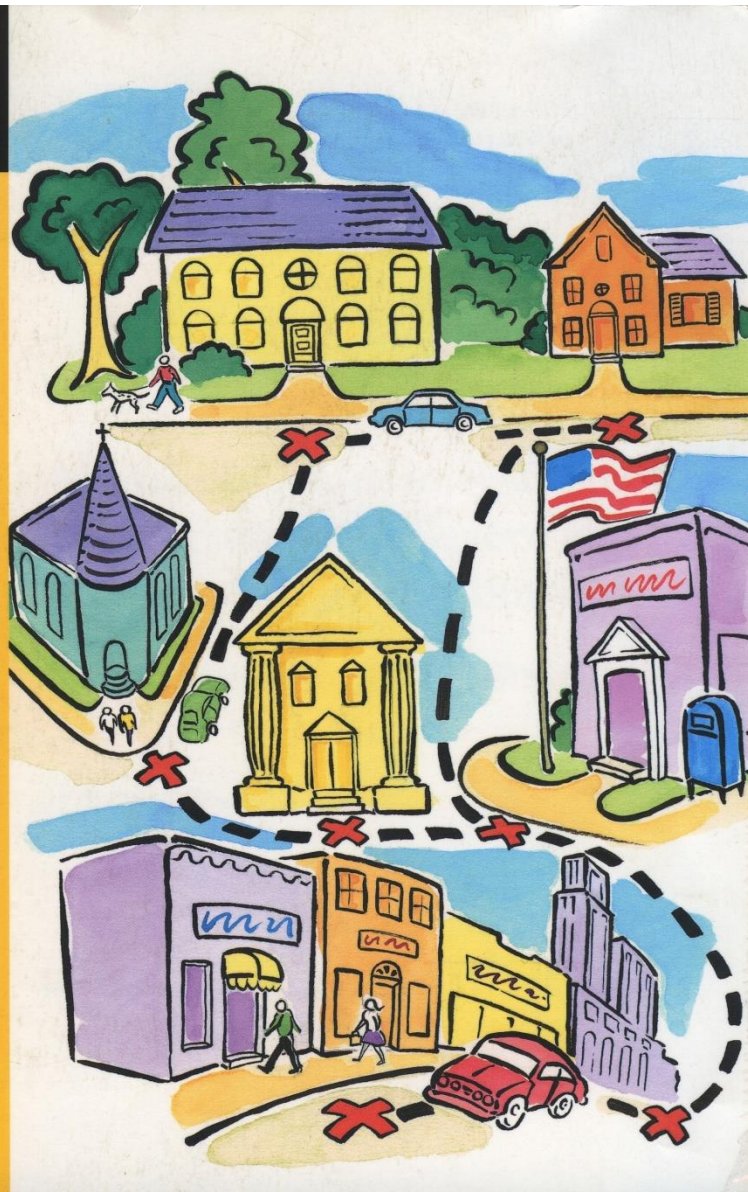
Leonard I. Stein
& Alberto B. Santos

NAMI

The PACT Model

of Community-Based Treatment
for Persons with Severe and
Persistent Mental Illnesses:

A Manual for PACT Start-Up



by
Deborah J. Allness, M.S.S.W.
and
William H. Knoedler, M.D.

Skuteczność ACT/FACT

L. Stein, M.A. Test – badania I generacji (od 1980)

Badania II generacji (od 1990) – dłuższy czas i grupy
(też młodzi pacjenci, bezdomni, *dual-diagnosis* i in.)

Badania czynników krytycznych w programie ACT

Narzędzia oceny wierności programowi (*fidelity scale*)

Powtarzalne wyniki badań:

- wyraźne zmniejszenie liczby i czasu hospitalizacji
- zmniejszenie nasilenia objawów
- poprawa umiejętności niezależnego życia
- większa satysfakcja z leczenia (pacjenta i rodziny)
- poprawa jakości życia pacjenta
- lepsze funkcjonowanie zawodowe
- poprawa współpracy w leczeniu („*compliance*”)

Badania kosztów

- Liczne badania: różna metodologia i różna wszechstronność
- Wymagane jest uwzględnienie kosztów całego systemu – wraz z kosztami hospitalizacji
- Leczenie środowiskowe (ACT) winno dotyczyć właściwie dobranej grupy pacjentów i wierności modelowi

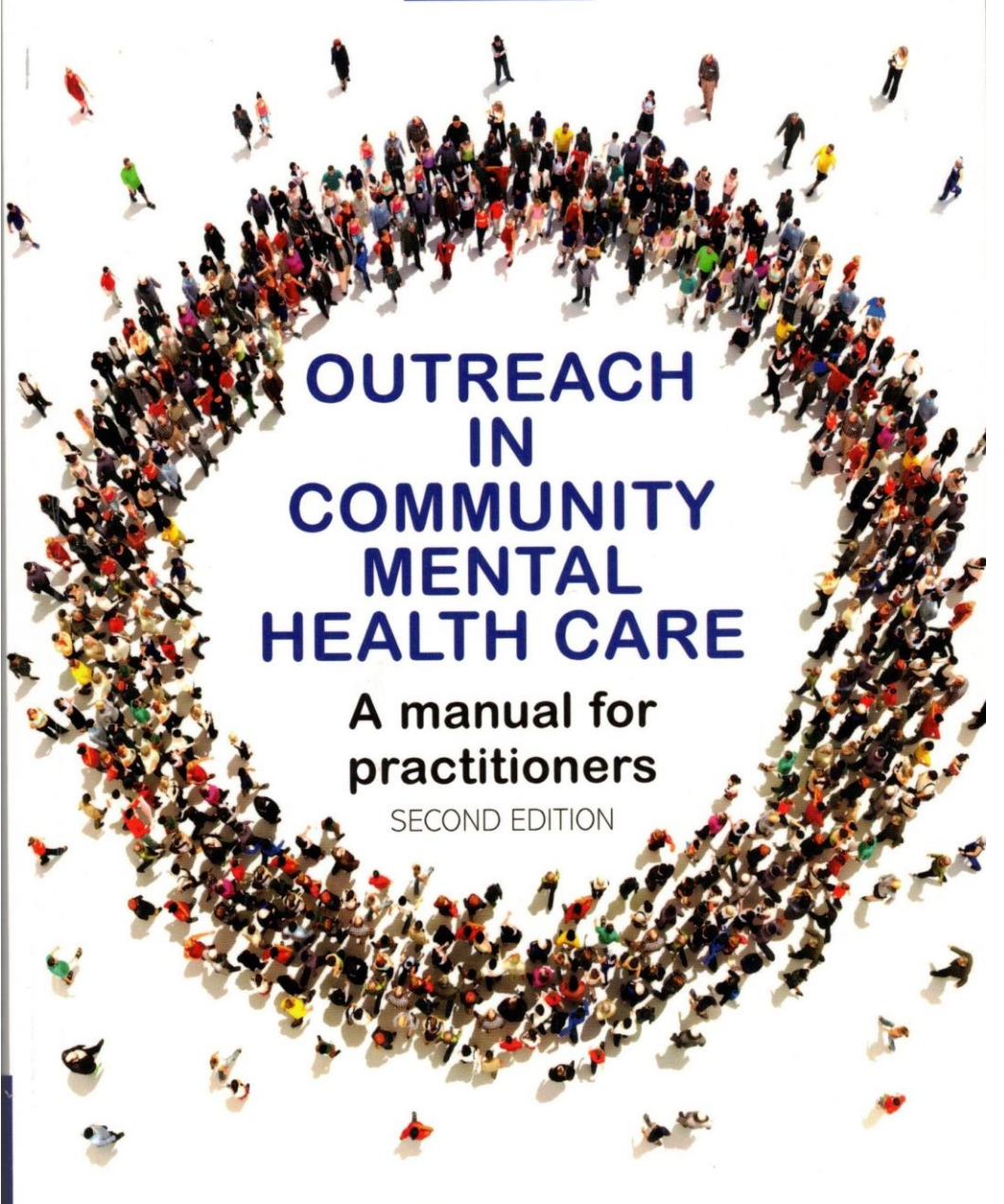
Koszty ogólne leczenia i rehabilitacji w systemie z asertywnym leczeniem środowiskowym są niższe w porównaniu z tradycyjnymi systemami leczenia pozaszpitalnego = **od 65% do 130%**

Raport: Psychiatryczna opieka środowiskowa w Polsce; IPiN i PTP, 2008

Rozpowszechnienie modelu asertywnego leczenia środowiskowego

- **Stany Zjednoczone Ameryki:**
do 1995: 295 zespołów ACT w 32 stanach
po 2000: narodowe standardy dobrej praktyki (Evidence-Based Practices, US Department of Health & Human Services)
wsparcie i rekomendacje NAMI (PACT-Manual)
w wielu stanach – w większości hrabstw (> 1000 ACT, coraz częściej FACT)
- **Od 80-tych w innych krajach:** początkowo Kanada i Australia, potem Nowa Zelandia, Wielka Brytania (AOT, narasta FACT), Holandia (aktualnie > 400 FACT – obejmują cały kraj), Belgia, kraje skandynawskie, Tajwan i in.
- **Po 2000:** Hiszpania, Słowenia, Litwa, Czechy, Węgry i wiele innych
- **Polska:** połowa 70-tych: „Synapsis”, 1980-1992 (gł. Warszawa i Kraków), 1999-2009 = 20-30 zespołów leczenia środowiskowego, **od 2012 = BOOM** 2013 = 118, 2018 = 193; od 2018 – pilotaż CZP i mutacje ZLŚ

OXFORD

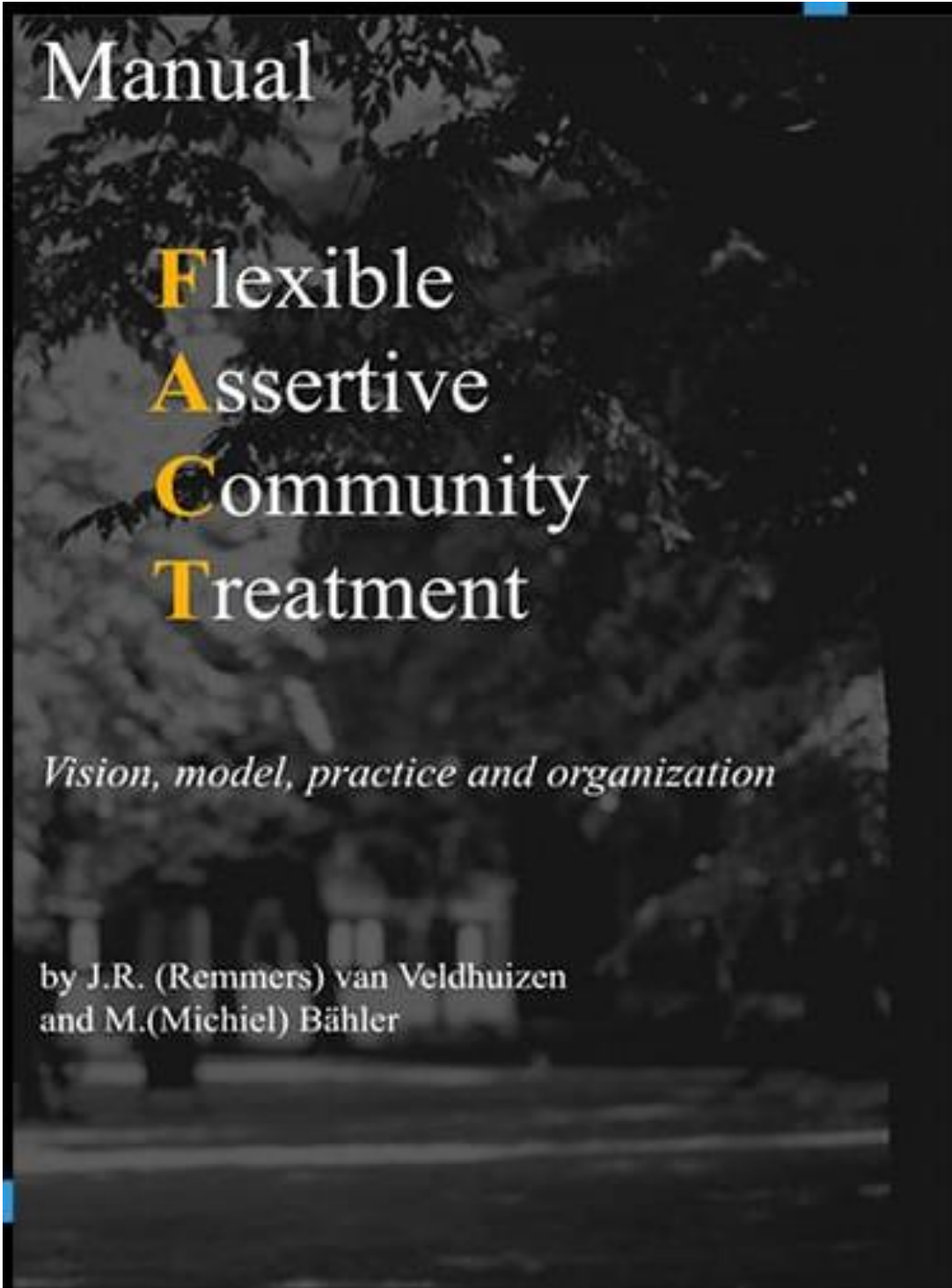
A large group of people, seen from above, are standing on a white surface and forming a large heart shape. The people are of various ages and are wearing colorful clothing. The heart shape is the central focus of the cover.

OUTREACH IN COMMUNITY MENTAL HEALTH CARE

A manual for
practitioners

SECOND EDITION

TOM BURNS & MIKE FIRN



Manual

Flexible
Assertive
Community
Treatment

Vision, model, practice and organization

by J.R. (Remmers) van Veldhuizen
and M.(Michiel) Bähler

Wesley E. Sowers · Hunter L. McQuiston ·
Jules M. Ranz · Jacqueline Maus Feldman ·
Patrick S. Runnels *Editors*

Textbook of Community Psychiatry

American Association for Community Psychiatry

Second Edition

 Springer

POSITIVE PSYCHIATRY

A CLINICAL HANDBOOK

Edited by

Dilip V. Jeste, M.D.

Barton W. Palmer, Ph.D.

Zespoły leczenia środowiskowego w Polsce

między projektem a rzeczywistością

- Lata 80-te – głównie Warszawa i Kraków (model ACT) = 12 ZLŚ
- Od połowy lat 90-tych = II Fala: Community Cares (Holandia) już istniejące zespoły oraz następne 9 ZLŚ
- 1997/99 = > 30 ZLŚ (Konferencje nt. ZLŚ w Dębie: wymiana doświadczeń
- Od 2000 r. = zmniejszenie liczby ZLŚ, zanik wcześniej rozwiniętych systemów (Toruń, Bielsko-Biała) – problemy z finansowaniem (*fee-for-service*)!
- Od 2008/2009 = stopniowa poprawa finansowania przez NFZ
- Od 2012 = „BOOM” na Zespoły Leczenia Środowiskowego!!!
- 2015-2019 = Ogólnopolskie Forum ZLŚ w Łodzi (coroczne)
- Od 2018 = pilotaż Centrów Zdrowia Psychicznego...
nadzieje - wyzwania - problemy

Zespoły Leczenia Środowiskowego w Polsce: *Boom* lat 2012-2015

- ▶ 2010 - 44 ZLŚ
 - ▶ 2012 - znaczna zmiana wyceny świadczeń w ZLŚ !
 - ▶ 2013 - 118 ZLŚ
 - ▶ 2014 - 138 ZLŚ
 - ▶ 2015 - 144 ZLŚ
 - ▶ 2018 - 193 ZLŚ
-
- ▶ 2010-2013: wzrost liczby ZLŚ o **168,2 %**
(PZP o 2,7 %, OD o 13,2%)
 - ▶ 2010-2014: wzrost kontraktów o **146,7%**
(PZP o 22%, OD o 33,9%)

Zespoły Leczenia Środowiskowego w Krakowie

Powstawanie:

- 1985: ZLŚ – Krowodrza, 1988: ZLŚ – Śródmieście, 1992: ZLŚ – Podgórze, 1994: ZLŚ - Nowa Huta itd.
- ... aż do 9 Zespołów Leczenia Środowiskowego (w 5 CZP!) przed pilotażem CZP w 2018 !

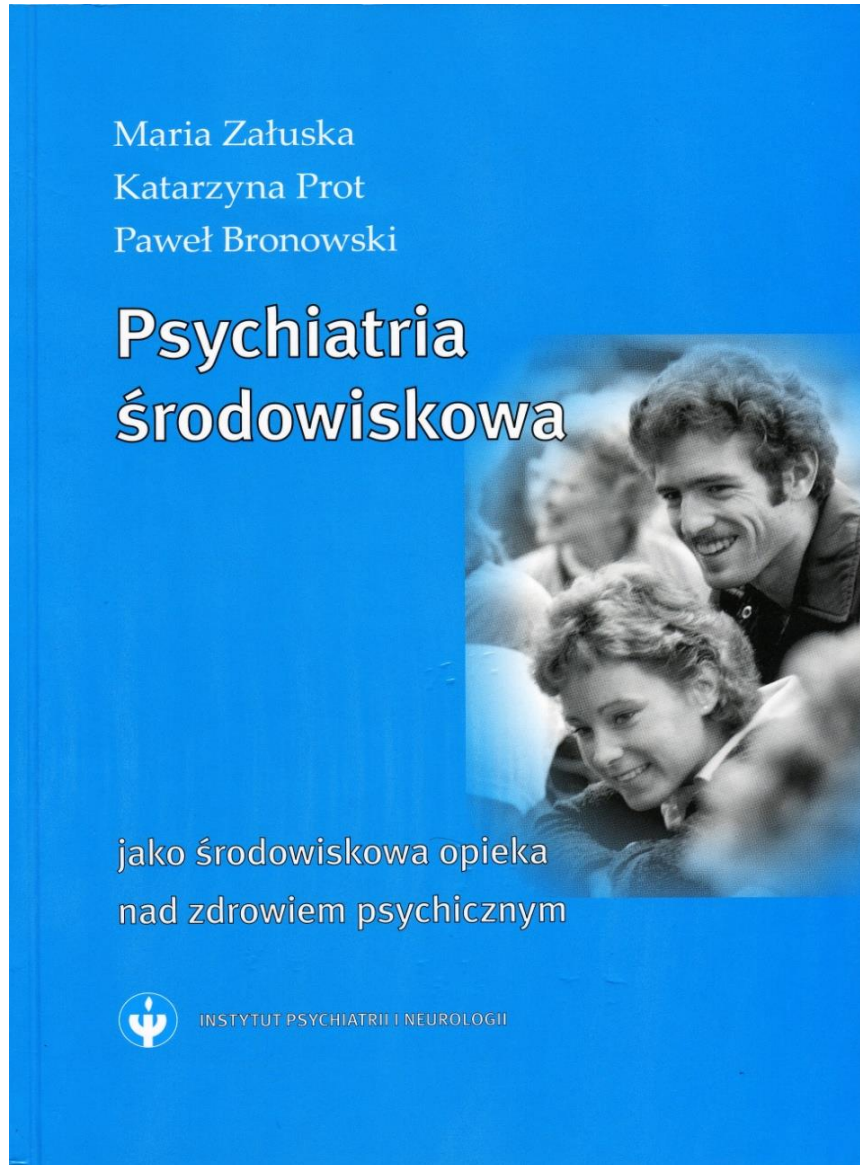
Trochę historii:

- 2010-2011 Konferencje nt ZLŚ w szpitalu Babińskiego (ogólnopolskie, w 2011 – udział Holendrów)
- Od 2013 narasta uwaga na wielkości wykonania w ZLŚ-iach szpitala (i poza nim?)
- 2015 – 29 ZLŚ w Małopolsce, w tym – 9 w strukturze Szpitala Klinicznego im. dr Babińskiego
- 2024 – liczne CZP w Małopolsce, w tym 2 w strukturze szpitala; pozostałe ZLŚ-ie – podwykonawstwo dla innych CZP (2) lub samodzielne (Miechów)

Aktualne informacje:

- Zespoły w składzie różnych CZP (2 - SK im. dr Babińskiego, po jednym w CZP: SK przy CMUJ, Rydygier i 5 Wojskowego Szpitala Klinicznego)
- Finansowanie **kapitacyjne** w pilotażowych CZP oraz archaiczne/anarchiczne *fee-for-service* w pozostałych ZLŚ-ach
- Duże zróżnicowanie wielkości (od 4 do 22 pracowników) i mniejsze w zakresie funkcjonowania: przeważają mutacje FACT – (przykład ZLŚ Myślenice – merytoryczne wystąpienie dr Tomasza Rewera na konferencji „Centra Zdrowia Psychicznego w Małopolsce – doświadczenia i perspektywy na przyszłość”, 18.03.2024)

Polska – ostatnie półwiecze



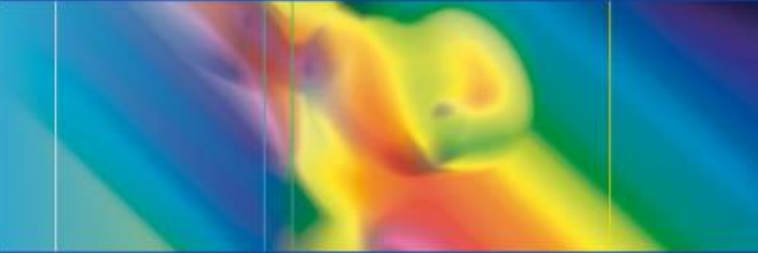
- Lata 70-te - 2024: **rozwój**
- Pilotaż CZP = **mutacje ZLŚ** czy „rozmycie modelu”:
 - „typowy” ZLŚ: brak standardu
 - zespoły mobilne
 - opieka czynna w CZP
 - moduł podstawowy CZP
 - zespoły diagnostyczno-terapeutyczne

„poradnia na kółkach” ?! (MZ i in.)

Jeszcze więcej

- Organizacja pracy zespołu środowiskowego – standardy, w tym: **standardy bezpieczeństwa personelu!**
- Kierownik zespołu: **zrównoważone kompetencje kliniczne, przywódcze i w zakresie zarządzania**
- Pożądane cechy osobowe i kompetencje personelu ZLŚ
- Częste problemy (wypalenie zawodowe, wierność modelowi ZLŚ, relacje z szerszym systemem: POZ, MOPS i inne)
- Superwizja, interwizja, szkolenie (dla i w ZLŚ)

Sandra Steingard
Editor



Critical Psychiatry

Controversies and
Clinical Implications

 Springer

Feci quod potui faciant meliora potentes