

„Psychiatria środowiskowa”, czyli zastrzyki

18 września 2019

Gdyby na wprowadzaną aktualnie reformę psychiatrii spojrzeć wyłącznie przez pryzmat wielkich haseł czy też słów-kluczy powtarzanych przez osoby lobbuujące za zmianami, należałoby być pełnym podziwu i nadziei. Gdyby zestawić to jeszcze z deklaratywną warstwą działalności Kongresu Zdrowia Psychicznego czy szczytnymi celami Fundacji EfKropka, organizacji mocno zaangażowanych w promocję reformy, można by wręcz wpaść w zachwyt, szczególnie, jeśli wziąć pod uwagę częste nawiązania do fińskiego modelu Open Dialogue. Tyle że, jeśli przyjrzeć się bliżej, wizja psychiatrii wprowadzana w życie w ramach reformy nie ma z Open Dialogue wiele wspólnego, a pod pięknymi słowami o psychiatrii środowiskowej zdają się kryć zupełnie inne realne działania. Z wierzchu błyszczący, w środku gnije.

Pomijam tu bardziej podstawowe kwestie, związane z charakterem samej psychiatrii jako instytucji społecznej, czy też pytania o przyczyny lub etiologię zaburzeń psychicznych. Warto tylko krótko wspomnieć, że wiele współczesnych badań wiąże je przede wszystkim z negatywnymi czynnikami społecznymi czy psychologicznymi – ubóstwem, przynależeniem do mniejszości, zaniedbaniem lub wykorzystywaniem w dzieciństwie, byciem ofiarą przemocy i in. Rodzi to pytania o to, czy to przypadkiem nie tymi zjawiskami powinniśmy się przede wszystkim zająć, jeśli na sercu leży nam zdrowie psychiczne Polaków i Polek. Spróbujmy się przyjrzeć, jakie konkretnie rozwiązania i argumenty kryją się pod hasłami o psychiatrii środowiskowej – szczególnie w kontekście schizofrenii.

Podstawowy argument, a jakże, jest finansowy. Podczas debaty eksperckiej (był to ten rodzaj debaty, w którym wszyscy występujący zgadzają się ze sobą i forsują jedną wizję) pt. „W

parze ze schizofrenią” (27 marca, 2019), według dr. n. med. Jakuba Gierczyńskiego, MBA, przedstawianego jako ekspert systemu ochrony zdrowia, oparcie farmakoterapii schizofrenii na tzw. długodziałających lekach (LAI), czyli zastrzykach podawanych co np. trzy miesiące, pozwoli zmniejszyć wydatki ZUS-u związane ze świadczeniami dla osób z diagnozą schizofrenii. Aktualnie koszty ZUS przekraczają wydatki NFZ i fakt ten można uznać za niepokojący, choć świadczy on przede wszystkim o nieskuteczności obecnego modelu leczenia zaburzeń psychiatrycznych. Co jednak kluczowe, Gierczyński zapytany przez osobę z sali o dane, które potwierdzałyby, że szersze stosowanie LAI prowadzi do zmniejszenia wydatków na opiekę społeczną – tuż po tym, jak przywoływał przykłady krajów, w których stosuje się je znacznie częściej niż w Polsce – posłużył się danymi z... kardiologii. Dlaczego przykład z kardiologii miałby mieć zastosowanie w psychiatrii? Zapewne wynika to z tego, że takich danych dla psychiatrii po prostu nie ma. Kraje, których rozwiązania właśnie chcemy skopiować, wydają i na psychiatrię, i na opiekę społeczną więcej, a pomimo wprowadzenia LAI (a może dlatego) – wydatki rosną, a efekty leczenia pozostają bez zmian lub nawet się pogarszają.

Pojawia się tutaj już zasadniczy wątek tego, jak „psychiatria środowiskowa” ma wyglądać według architektów reformy. Otóż ma to być po prostu zastąpienie farmakoterapii stosowanej w szpitalu farmakoterapią stosowaną ambulatoryjnie. W całej „antystygmatyzacyjnej” retoryce promowanie zastrzyków jest na tyle ważne, iż prowadzi wręcz do kuriozalnych stwierdzeń. Należy z nich wnioskować na przykład, że osoby z diagnozą schizofrenii są tak nieodpowiedzialne i nieprzewidywalne, że rodziny muszą kontrolować, czy przyjmują leki, a jedynym rozwiązaniem tej sytuacji są zastrzyki. „Bardzo istotną sprawą jest też dużo lepsza kontrola przyjmowania leku. Podawanie go domięśniowo zdejmuje z rodzin chorych ciężar odpowiedzialności za leczenie farmakologiczne” – przykładów podobnych wypowiedzi, także wprost z ust psychiatrów, można w ostatnim czasie znaleźć wiele. W tekście pod tytułem „Nowe leki

ratujące umysł”, którego nie powstydziliby się copywriter, a któremu wiarygodności dodaje prof. Agata Szulc („Dążymy do tego, by przechodzono z opieki szpitalnej na środowiskową, a leki o przedłużonym działaniu bardzo dobrze wpisują się w taki system leczenia i są jego ważnym elementem”) pojawia się też nazwa leku Xeplion. Producentem Xeplionu jest Janssen. I wydaje się, że nie jest przypadkiem, iż właśnie nazwa leku tego producenta tutaj pada.

Dokumentem, na który często powołują się osoby wprowadzające reformę, jest, jak go przedstawiają, opracowany przez Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego, raport pt. „Schizofrenia – kluczowe aspekty organizacyjne i finansowe. Model opieki psychiatrycznej nakierowany na wartość zdrowotną”. Nie dodają już jednak, że został on sfinansowany właśnie przez Janssen (choć trzeba przyznać, że strona uczelni wyraźnie o tym informuje). Jakie zalecenia płyną z tego raportu? „W celu poprawy skuteczności leczenia zapewnić dostęp do nowoczesnej farmakoterapii, w szczególności do leków długodziałających”. Nie jest to specjalnie zaskakujące, skoro na sprzedaży leków zawierających substancję czynną Xeplionu (pod różnymi nazwami handlowymi, m.in. Invega, Trevicta) – a więc właśnie długo uwalniających się leków – Janssen zarobił w 2016 roku 2,2 mld dolarów, ponad 2,5 mld dolarów w 2017 i prawie 1,5 mld tylko w pierwszej połowie 2018. Takie wyniki sprzedażowe wymagają oczywiście inwestycji w marketing. Jak podsumowuje profesor John Read, jeden z autorów niezależnego raportu opisującego wpływ koncernów farmaceutycznych na brytyjską służbę zdrowia: „Janssen dominuje, jeśli chodzi o szkolenia i sprzedaż, szczególnie odnośnie ich bardzo drogich »leków przeciwpsychotycznych« w zastrzykach (nie bardziej skutecznych niż »przeciwpsychotyczne« tabletki”).

Wszystko to zbiega się w czasie z wydaną w marcu 2019 decyzją o refundacji z budżetu Trevicty produkowanej przez Janssen (jest to ta sama substancja co Xeplion, tyle że w formule pozwalającej podawać zastrzyk co trzy miesiące zamiast co

miesiąc). W podsumowaniu uznano, że refundacja jest zasadna. Stało się tak wbrew uwagom mówiącym, iż „pomimo niskiej wiarygodności uzyskanych wyników” (jeśli chodzi o skuteczność – w porównaniu do Xeplionu) oraz pomimo że „wnioskodawca przedstawił również wyniki analizy minimalizacji kosztów, jednak ze względu na zastrzeżenia analityków do przyjętej przez niego metodyki tej analizy analitycy przedstawili swoje obliczenia” (konkretne kwoty utajniono) oraz wbrew akapitowi stwierdzającemu, jak trudno rzetelnie takie koszty oszacować, okraszonym jeszcze na koniec zdaniem: „Powyższe czynniki, mogą wpływać również na niekontrolowane zwiększenie populacji leczonej lekiem Trevicta”.

Jedna dawka Trevicty kosztuje około 2000 PLN, na schizofrenię leczonych jest ok. 200 tys. ludzi w Polsce. Niemal każda wypowiedź medialna na temat reformy związana jest ze wskazywaniem zastrzyków jako jej integralnego elementu. Można też spodziewać się w najbliższym czasie prób poszerzenia wskazań do refundacji o inne diagnozy, w których stosuje się leki przeciwpsychotyczne, np. zaburzenia afektywne dwubiegunowe.

Nie byłoby w tym wszystkim nic złego, gdyby nie fakt, że (jak już to wprost napisał prof. Read) dowody na to, iż LAI są skuteczniejsze od zwykłych tabletek, są w najlepszym wypadku – słabe. Metaanaliza opublikowana w 2018 r. w „Schizophrenia Bulletin” podsumowuje, że LAI nie zmniejszają ryzyka hospitalizacji oraz czasu hospitalizacji, a osoby otrzymujące LAI były w gorszym stanie niż osoby otrzymujące tabletki. Autorzy przypisują jednak te, niezbyt korzystne dla LAI wyniki, naturalistycznemu charakterowi badań. W tym również nie byłoby nic dziwnego, gdyby nie to, że we wcześniejszej metaanalizie z 2014 r. (ale już wyłącznie randomizowanych badań klinicznych), ci sami autorzy brak przewagi LAI nad tabletkami tłumaczyli tym, że... tę przewagę łatwiej dostrzec będzie w badaniach naturalistycznych, które lepiej odzwierciedlają rzeczywiste warunki leczenia.

Mamy więc do czynienia z paradoksem – LAI miały być skuteczniejsze, bo trudniej je pacjentowi odstawić, a odstawienie ma powodować nawroty – a jednak tych nawrotów jest właściwie tyle samo. Nawet inne metaanalizy mówią co najwyżej o małych (choć istotnych statystycznie) różnicach, jeśli chodzi o zapobieganie nawrotom, przy równoczesnym zwiększeniu skutków niepożądanych, np. laktacja u mężczyzn, objawy pozapiramidowe – czyli bolesne skurcze mięśni i/lub problemy z poruszaniem się i/lub mimowolne, czasem dziwaczne ruchy będące skutkiem ubocznym leczenia; podobne jest ryzyko innych skutków ubocznych, czyli w przypadku leków „nowoczesnych” przede wszystkim otyłości i cukrzycy. Można z tego wysnuć wniosek, że wprowadzenie LAI nie wpłynie istotnie na ilość i długość hospitalizacji. Zwiększy natomiast koszty funkcjonowania całego systemu, ponieważ – refundowane z budżetu – LAI są kilkadziesiąt razy droższe od tabletek.

Pierwsze dane z Centrów Zdrowia Psychicznego zdają się to potwierdzać, tj. wzrosła ogólna ilość świadczeń (co można uznać za rzecz pozytywną), jednak ilość hospitalizacji właściwie się nie zmieniła. Jak podaje facebookowy profil pilotażu reformy, od uruchomienia Uniwersyteckiego Centrum Zdrowia Psychicznego w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie, czyli od 1 października 2018 r., do końca czerwca 2019 r. liczba zrealizowanych świadczeń pomocy psychiatrycznej w Szpitalu Uniwersyteckim wynosiła prawie 70 tys., w tym na oddziałach stacjonarnych ponad 14 tys., na oddziałach dziennych prawie 10 tys., a w ambulatoriach ponad 45 tys. W tym samym okresie przed uruchomieniem UCZP liczba zrealizowanych świadczeń wynosiła prawie 45 tys., w tym na oddziałach stacjonarnych ponad 14,5 tys., na oddziałach dziennych prawie 9 tys., a w ambulatoriach prawie 21 tys.

O tym, że opieranie polityki zdrowotnej na raportach finansowanych przez koncerny farmaceutyczne to niekoniecznie dobry pomysł przekonali się ostatnio Amerykanie. Odnośnie panującej tam „epidemii opioidów”, były wysoki urzędnik FDA,

lekarz, pisał w prestiżowym „Journal of the American Medical Association” (JAMA): „Epidemia opioidów pokazała, że źródło finansowania ma znaczenie. Niektórzy występujący z wykładami lekarze przyznali się do szerzenia błędnych informacji, jeden z nich stwierdził »Wygłosiłem niezliczoną ilość wykładów w późnych latach 80. i 90. na temat uzależnień, które były nieprawdą«. Organizacje, które uzyskały znaczące finansowanie od producentów opioidów, to m.in. Federation of State Medical Boards, American Pain Society, American Geriatrics Society i American Academy of Pain Medicine. Wszystkie popierały wypowiedzi i raporty zachęcające lekarzy do przepisywania opioidów na przewlekły ból”.

Może jednak warto jakoś przełknąć te zastrzyki, jeśli przynajmniej zwiększy się dostępność pomocy psychologicznej czy realnych działań środowiskowych? Cóż, może by i tak było, ale jak wynika z informacji umieszczonej na grupie Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Psychologów, w rozporządzeniach dotyczących tworzenia Centrów Zdrowia Psychicznego nie ma ani słowa o wymogach kadrowych dotyczących zatrudnienia psychologów, psychologów klinicznych i psychoterapeutów. Uwagi OZZP w tym zakresie nie zostały uwzględnione. Cóż to za środowiskowy biopsychospołeczny model, w którym zapomina się o psychoterapeutach? Może to dlatego, że nie potrafią robić zastrzyków?

Wypowiadający się na grupie psycholodzy pracujący w już utworzonych CZP, mówią, że właściwie nic się w ich pracy nie zmieniło, poza tym, że przybyło obowiązków, głównie administracyjnych. Jeden z nich podsumowuje to tak: „CZP jest uciążliwe dla pacjenta, potrzebne są dalej skierowania. Nie ma też żadnej dyskusji o problemach w środowisku ani analiz. Psycholog jest w sumie dodatkiem, który ma być i tylko. Nie poprawiła się oferta terapeutyczna. Nastąpiła centralizacja do wielkiego szpitala i nie ma przez to nadzoru nad finansami”. Ktoś inny pisze, że brak wymogów dotyczących psychologów pozwoli w razie czego zastąpić ich tańszymi pracownikami, ktoś

jeszcze, że najwyraźniej reforma powstaje nie dla potrzebujących, a dla pracowników administracji, jeszcze ktoś, że najwyraźniej po to, żeby zwiększyć sprzedaż drogich refundowanych leków...

Czy więc nie lepiej, zamiast transferować setki milionów złotych do kasy koncernów farmaceutycznych, byłoby przeznaczyć te fundusze na stworzenie realnej opieki środowiskowej, mieszkania chronione, zwiększenie etatów oraz na podwyżki dla psychologów i pracowników opieki społecznej? Wreszcie, czy zamiast opierać się na wskazaniach opracowanych przez koncerny, nie lepiej byłoby twórców Open Dialogue – podejścia z najlepszymi wynikami na świecie, jeśli chodzi o terapię psychoz, w ramach którego, co ważne, leki przeciwpsychotyczne ogranicza się do minimum i stara ich nie stosować – zaprosić do współtworzenia reformy, zamiast wykorzystywać ich jako kwiatek do kożucha, legitymizujący zupełnie innego rodzaju podejście?

Jak radośnie informuje strona FB Pilotażu Centrów Zdrowia Psychicznego: „Wartość rynku psychiatrycznego urośnie w 2023 roku do 4 mld zł”. Prof. Heitzmann w wypowiedzi wybranej na tytuł artykułu o reformie informuje nas: „Zależy nam na udostępnieniu chorym na schizofrenię leków o tzw. przedłużonej formie uwalniania”. To nie ulega wątpliwości. Ale czy faktycznie zależy nam na skuteczniejszej pomocy ludziom z diagnozą schizofrenii?

Autorstwo: Anna Cienin

Źródło: NowyObywatel.pl

Od autorki

Ze względu na uwarunkowania zawodowe osoba ujawniająca informacje musiała pozostać anonimową. Użyto pseudonimu.

Bibliografia

1.

<https://www.medexpress.pl/schizofrenia-nowe-leki-ratujace-umysl/71497>

2.

https://www.facebook.com/ProfessorJohnRead/?__tn__=kC-R&eid=ARB7WaiaLI6-9jbH22I-cD25nP_Cmc5WaCuXrKHCikdgtynyTyifhQtM94QR2ENWHoM0L-IqKh7rj4t7&hc_ref=ARTGWVcgAbXig0q4rr11ARYzpUGAvnXuyJd6D_tAVV9KgoR_H00hlQdD32hrJ9c0Tuo&fref=nf

3.

<https://connect.springerpub.com/content/sgrehpp/20/3/156?fbclid=IwAR0JY95NDJ8AZn9Snz-8T3NesBfXCu6EBIt67RtP16Jvzip3cm1c-gH3kZ4>

4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29868849>

5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23256986>

6.

<http://www.cpn.or.kr/journal/view.html?uid=865&vmd=Full&#B11>

7. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2747687>