

dr hab. n. społ. Bernadetta Izydorczyk
Konsultant Krajowy w dziedzinie Psychologii Klinicznej
Instytut Psychologii Stosowanej
Uniwersytet Jagielloński
Kraków

Kraków, 2016.11.30

Sz. P. Krzyszof Łanda

Podsekretarz Stanu

Ministerstwo Zdrowia

Warszawa, ul. Miodowa 15

Dotyczy: uwag do projektu rozporządzeń Ministra Zdrowia zmieniających rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych zakresu leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz rehabilitacji leczniczej.

W nawiązaniu do potrzeby kompleksowości oddziaływań wobec pacjenta z szeroko pojętymi chorobami kardiologicznymi powinna zakładać uwzględnienie wszystkich potrzeb pacjenta na każdym etapie jego leczenia i rehabilitacji. Kompleksowość powinna uwzględniać przede wszystkim:

- a) **wczesne zapoczątkowanie oddziaływań** -rozumiane jako zarówno realizacja leczenia i rehabilitacji w oddziale szpitalnym- przed planowaną interwencją np. dotyczącą zabiegu kardiochirurgicznego, jak również po zabiegu operacyjnym;
- b) **interdyscyplinarność**- rozumiana jako udział w procesie leczenia specjalistów niezbędnych do realizacji opieki nad pacjentem; oprócz kardiologów i kardiochirurgów zespół stanowią również pielęgniarki, psychologowie kliniczni, fizjoterapeuci, dietetycy, terapeuci zajęciowi i pracownicy socjalni, a w przypadku dzieci także pedagodzy;
- c) **ciągłość** oddziaływań na rzecz pomocy pacjentowi w chorobie, obejmująca kontynuację leczenia w szpitalu i po opuszczeniu przez pacjenta oddziału szpitalnego;
- d) **powszechność** oddziaływań rozumiana jako umożliwienie dostępu do świadczeń wszystkim pacjentom, którzy tego potrzebują i obejmuje wszystkie specjalności w zespole interdyscyplinarnym-na poziomie leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego

i rehabilitacyjnego (zarówno w zakresie rehabilitacji przyłóżkowej w oddziale szpitalnym, stacjonarnej, hybrydowej czy domowej);

e) **zindywidualizowanie oddziaływań**- w zależności od obrazu klinicznego w wymiarach medycznych, psychologicznych i środowiskowych.

W nawiązaniu do powyższych założeń W imieniu Własnym i Konsultantów Wojewódzkich w dziedzinie Psychologii Klinicznej, zwracam uwagę na kwestie świadczeń psychologicznych w proponowanych projektach rozporządzeń.

Zarówno Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 05 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U.2016.1372), jak i aktualny projekt Rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, nie uwzględniają –pomimo nazwy- zasad kompleksowości udzielania świadczeń pacjentowi w ramach opieki po zawale serca w zakresie opieki psychologicznej w zakresie leczenia szpitalnego.

W załączniku do omawianego projektu Rozporządzenia Ministra Zdrowia można odnaleźć informację w rubryce „pozostały personel”, że powinien to być personel zgodny z warunkami realizacji świadczeń szpitalnych. Jednakże na oddziale Kardiologii i Kardiologii dzieci nie przewidziano żadnego etatu psychologicznego. W związku z powyższym proponuje się uzupełnienie wymogów kadrowych o : specjalistę psychologa klinicznego i psychologa z udokumentowanym co najmniej dwuletnim doświadczeniem w pracy klinicznej .

Uzasadnienie:

Etap leczenia szpitalnego jest również pierwszym etapem rehabilitacji pacjenta po zawale serca i /lub interwencji kardiologicznej. Oddziaływanie psychologiczne powinno być wdrażane jak najwcześniej po opanowaniu stanu zagrożenia życia pacjenta. Celem tego etapu jest ocena stanu psychicznego pacjenta, obniżenie poziomu lęku i udzielenie mu wsparcia. Na tym etapie można już rozpocząć elementy edukacji w zakresie czynników ryzyka chorób układu krążenia i motywować pacjenta do kontynuacji leczenia i rehabilitacji oraz zmiany stylu życia.

Badanie wskazują, że aż 80 % pacjentów przebywających na salach intensywnego nadzoru kardiologicznego wykazuje zaburzenia lękowe (Tylka, 2000). Głównymi objawami doświadczanymi przez pacjentów są odczucia subiektywne takie jak uczucie napięcia i strach

przed śmiercią i inwalidztwem oraz odczucia mierzalne, obiektywne np. tachykardia, przyspieszony oddech, obfite pocenie się, bezsenność, podwyższone ciśnienie tętnicze krwi, komorowe skurcze dodatkowe (ekstrasystolia komorowa). Na tym etapie opieki pacjent demonstruje często w szpitalu lęk przed bólem, objawami dusznicy a także niepokój związany z refleksją dotyczącą nowej sytuacji zdrowotnej i jej dalszym konsekwencjom. Lęk może się nasilać podczas informowania o diagnozie, rokowaniach, leczeniu lub przy stosowaniu nieprzyjemnych metod diagnostycznych. Najwyższy poziom lęku obserwowany jest w pierwszym i drugim dniu po zawale serca. W tym czasie zwiększa się również ryzyko zgonu – między innymi z powodów reakcji emocjonalnych. Szacuje się, że ryzyko zgonu z powodu chorób układu krążenia u pacjentów z najwyższym poziomem lęku jest 2,45 razy większe, niż u osób bez objawów lękowych. Wysoki poziom lęku u pacjentów po przebytych zawale serca powoduje 2,5–5-krotne zwiększenie ryzyka wystąpienia nawracającego niedokrwienia, ponownego zawału serca, migotania komór i nagłej śmierci sercowej. Lęk więc może powodować lub prowokować nasilenie zmian niedokrwieniowych serca. Wysoki poziom lęku u pacjentów hospitalizowanych z powodu zawału serca jest też niezależnym czynnikiem ryzyka wystąpienia powikłań niedokrwieniowych i zaburzeń rytmu. Objawy lękowe mogą współwystępować z objawami depresyjnymi, które zwykle pojawiają się u pacjentów w okolicach trzeciej – czwartej doby po zawale serca.

Opieka po zawale serca w zakresie rehabilitacji leczniczej

Zapisy dotyczące wymogów kadrowych w zakresie personelu świadczącego usługi psychologiczne zawarte w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 05 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U.2016.1372) nie są tożsame w zakresie zapisów zawartych w projekcie Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych zakresu rehabilitacji leczniczej.

W Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 05 sierpnia 2016 w zakresie przedmiotu postępowania: Rehabilitacja kardiologiczna w ośrodku lub oddziale dziennym wskazany jest wymóg : Psycholog- równoważnik co najmniej 1 etatu.

W Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 06 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. poz. 1522) w załączniku nr 1 w lp. 3 lit. e widnieje treść: „psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1/2 etatu

przeliczeniowego (równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego)”. Podobny zapis jest w projekcie Rozporządzenia w załączniku nr1 w pkt. e) rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w podpunkcie 4) (Pozostały personel) widnieje wymóg: psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej- równoważnik co najmniej 1/2 etatu przeliczeniowego.

W odniesieniu do tych powyższych danych oraz w związku z wymogiem dokonywania również przez psychologa kwalifikacji do kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej, oprócz dotychczasowych elementów świadczenia usług psychologicznych w zakresie rehabilitacji wymiar 1/ 2 etatu nie spełnia warunków do sumiennego wykonywania swojej pracy przez psychologa. Ponadto należy wskazać, że psycholog bezpośrednio po ukończeniu studiów psychologicznych,(np. o specjalności biznesowej)- nie ma żadnych umiejętności klinicznych. Stąd wskazane jest, aby wymogi dotyczące personelu świadczącego usługi psychologiczne w zakresie rehabilitacji kardiologicznej lub kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej w Rehabilitacji kardiologicznej prowadzonej w ośrodku lub oddziale dziennym miały następującą treść: Specjalista psycholog kliniczny – w wymiarze co najmniej 1/2 etatu przeliczeniowego i psycholog z udokumentowanym co najmniej dwuletnim doświadczeniem w pracy klinicznej w wymiarze 1/2 etatu przeliczeniowego. Łącznie nie powinno to być mniej niż równoważnik 1 etatu.

Rehabilitacja Kardiologiczna realizowana w warunkach stacjonarnych

W Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 05 sierpnia 2016 w zakresie przedmiotu postępowania: Rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych wskazany jest wymóg : specjalista psychologii klinicznej- równoważnik co najmniej 1/4 etatu.

W Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 06 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. poz. 1522) w załączniku nr 1 w lp. 4 lit. d widnieje treść: „psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej- udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1 etatu przeliczeniowego)”. Natomiast zapis w projekcie Rozporządzenia w załączniku nr1 w pkt. d) rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w podpunkcie 6) (Pozostały personel) widnieje wymóg: psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej- bez określenia wymogu etatowego.

W odniesieniu do tych powyższych danych oraz w związku z wymogiem dokonywania również przez psychologa kwalifikacji do kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej oraz realizacją wskazanych procedur w zakresie interwencji psychologicznych: takich jak 94.08 ocena stanu psychicznego pacjenta i prowadzenia terapii psychologicznej (wymóg 2 procedur ze wskazanego zakresu) wymiar równy $\frac{1}{4}$ czy $\frac{1}{2}$ etatu nie spełnia warunków do sumiennego wykonywania swojej pracy przez psychologa. Ponadto należy wskazać, że psycholog bezpośrednio po ukończeniu studiów psychologicznych, ale np. o specjalności biznesowej- nie ma żadnych umiejętności klinicznych. Stąd wskazane jest aby wymogi dotyczące personelu świadczącego usługi psychologiczne w zakresie rehabilitacji kardiologicznej realizowanej w warunkach stacjonarnych miały następującą treść: specjalista psycholog kliniczny – w wymiarze co najmniej 1 etatu przeliczeniowego i /lub psycholog z udokumentowanym co najmniej dwuletnim doświadczeniem w pracy klinicznej.

Uzasadnienie:

Etap leczenia poszpitalnego związany jest z realizacją rehabilitacji w warunkach stacjonarnych i ambulatoryjnych (II etap rehabilitacji). Stacjonarna forma rehabilitacji w II etapie jest często wskazana zwłaszcza dla osób starszych i/lub ze współistniejącymi schorzeniami. Do zadań psychologicznych związanych z psychoedukacją i terapią psychologiczną, dochodzą wówczas również oddziaływania – często głównie prowadzone podczas spotkań indywidualnych - mające na celu diagnostykę i terapię zaburzonych funkcji poznawczych.

Na tym etapie świadczenie usług psychologicznych związane są zarówno z czynnościami o charakterze diagnostycznym, jak również mają charakter terapii psychologicznej i psychoedukacji. Rola psychologa jest bardzo ważna z kilku powodów. Choroby układu sercowo-naczyniowego często dotyczą ludzi aktywnych zawodowo. Choroby układu krążenia są nadal główną przyczyną inwalidztwa i przedwczesnych zgonów nie tylko w Polsce, ale i na świecie. Pomimo coraz bardziej rozwiniętych i skutecznych metod interwencyjnego leczenia i profilaktyki, choroby układu krążenia są nadal ważnym problemem w Polsce w aspekcie medycznym, społecznym i ekonomicznym. Dowody naukowe wskazują wyraźnie, że psychologiczne czynniki rzutują w sposób znaczący na pogorszenie jakości życia i mają negatywny wpływ na rozwój i przebieg choroby serca.

Reasumując, na stronach 48, 51 i 74 przesłanego dokumentu, dotyczących zmian w zakresie rehabilitacji kardiologicznej lub kardiologicznej rehabilitacji hybrydowej, w wymogach dotyczących personelu pojawia się zapis: „ psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej.

Zakres kompetencji zawodowych psychologa jest znacznie węższy niż zakres kompetencji specjalisty psychologa klinicznego. Rozróżnienie tych kompetencji znalazło się w treści aktu Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 05.08.2016 r. Wielokrotnie na to rozróżnienie zwracaliśmy uwagę w pismach kierowanych do Ministerstwa Zdrowia.

Specjalizacja w zakresie psychologii klinicznej ma charakter jednostopniowy od 2009 r. Kształcenie specjalizacyjne w dziedzinie psychologii klinicznej kończy się złożeniem państwowego egzaminu specjalizacyjnego (PES) przed Komisją powołaną przez Dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi. Uzyskiwany wówczas tytuł to specjalista psycholog kliniczny.

Pragniemy również zwrócić uwagę, że opieka psychologiczna jest obecnie standardem europejskim w zakresie świadczenia usług zdrowotnych dzieci, młodzieży i dorosłych. Na stronie Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego można odnaleźć szereg cytowań wskazujących na istotne znaczenie pomocy psychologicznej w omawianym zakresie (<http://www.apa.org/helpcenter/heart-attack.aspx>).

Naszym zdaniem- jako Konsultantów i specjalistów psychologii klinicznej – posiadanie specjalisty psychologa klinicznego w ramach kompleksowej opieki kardiologicznej powinno być konieczne, a nie opcjonalne.

Ze względu na jakość proponowanych usług, proponujemy również uwzględnienie konieczności zabezpieczenia świadczeń specjalisty psychologa klinicznego, w pełnym wymiarze czasowym (pełen etat).

Będziemy wdzięczni za rozpatrzenie powyższych uwag i odniesienie się do nich w sposób uwzględniający podane powyżej uzasadnienia. Wyrażamy gotowość do dalszej współpracy w powyższej sprawie.

Łączę wyrazy szacunku
W imieniu Własnym
i Konsultantów Wojewódzkich
dr hab. n. społ. Bernadetta Izydorczyk