

RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

OCHRONA ZDROWIA PSYCHICZNEGO W POLSCE:
wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki

Raport RPO

Warszawa, maj 2014

Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki
Raport RPO

Opracowanie:
Raport powstał w ramach prac Komisji Ekspertów przy Rzeczniku Praw Obywatelskich

Opieka naukowa:
dr hab. Irena Lipowicz

Redakcja tomu:
prof. Jacek Wciórka

Autorzy:
Maria Augustyniak, Marek Balicki, Barbara Banaś, Daria Biechowska, Anna Bielańska, Regina Bisikiewicz, Paweł Bronowski, Janusz Chojnowski, Andrzej Cechnicki, Jolanta Gierduszewska, Ewa Giza, Dariusz Hajdukiewicz, Iwona Kamińska, Hubert Kaszyński, Elżbieta Kluska, Artur Kochański, Wanda Langiewicz, Agnieszka Lewonowska-Banach, Wojciech Lenard, Anna Liberadzka, Katarzyna Łakoma, Paweł Mierzejewski, Paulina Miśkiewicz, Jacek Moskalewicz, Krzysztof Ostaszewski, Magdalena Stacewicz, Tomasz Szafrański, Marek Świerad, Piotr Świtaj, Jacek Wciórka, Beata Wnęk, Maria Załuska, Krystyna Żaryn

Wydawca:
Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich
al. Solidarności 77, 00-090 Warszawa

Koncepcja edytorska:
Stanisław Ćwik, Jolanta Lipka-Wołowska

© Copyright by Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich
Warszawa 2014

ISBN 978-83-938366-3-5
Oddano do składu w maju 2014 r.
Podpisano do druku w maju 2014 r.
Wydanie I
Nakład: 2000 egz.

Projekt okładki:
Grażyna Dziubinska

Opracowanie DTP, korekta, druk i oprawa:
Agencja Reklamowo-Wydawnicza Arkadiusz Grzegorczyk
www.grzeg.com.pl

SPIS TREŚCI

Wstęp **5**
Irena Lipowicz

1. Ochrona zdrowia psychicznego we współczesnym świecie **11**
Tomasz Szafrański

2. Ochrona zdrowia psychicznego w dokumentach WHO **18**
Paulina Miśkiewicz

3. Ochrona zdrowia psychicznego w dokumentach UE **25**
Jacek Moskalewicz

4. Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce **34**
4.1. Stan i pilne potrzeby 34
4.1.1. Promocja 34
Krzysztof Ostaszewski
4. 1. 2. Prewencja 38
Daria Biechowska
4.1.3. Poszanowanie praw i godności chorujących 42
Anna Liberadzka
4.1.4. System lecznictwa psychiatrycznego 47
Wanda Langiewicz
4.1.5. System oparcia społecznego 53
Paweł Bronowski
4.1.6. System uczestnictwa społeczno-zawodowego 56
Hubert Kaszyński
4.1.7. Informatyzacja i badania 61
Paweł Mierzejewski
4.2. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego 65
4.2.1. Motywy, cele, priorytety 65
Jacek Wciórka
4.2.2. Realizacja 2013 i dalsza perspektywa 75
Andrzej Cechnicki
4.3. Bariery 80
4.3.1. Wartości i świadomość społeczna 80
Piotr Świtaj
4.3.2. Bariery polityczne 88
Marek Balicki
4.3.3. Finansowanie (na przykładzie uwarunkowań Mazowsza) 94
Dariusz Hajdukiewicz

4.3.4. Zdrowie psychiczne jako chroniona konstytucyjnie wartość w działalności Rzecznika Praw Obywatelskich 100
Katarzyna Łakoma
4.3.5. Bariery instytucjonalne 106
Maria Załuska
4.4. Dobre praktyki 111
4.4.1. Kraków: Stowarzyszenie „Otwórzcie drzwi" 111
Barbara Banaś
4.4.2. Wrocław: Fundacja Polski Instytut Otwartego Dialogu 114
Regina Bisikiewicz
4.4.3. Kraków: działania promocyjne w środowisku akademickim 117
Maria Augustyniak, Hubert Kaszyński, Marek Świerad
4.4.4. Kraków: Inicjatywy Cogito 120
Agnieszka Lewonowska-Banach
4.4.5. Radom: Przedsiębiorstwo Społeczne Gospoda „Jaskółeczka" 123
Jolanta Gierduszewska
4.4.6. Warszawa-Ochota: Środowiskowy Dom Samopomocy „Pod Skrzydłami" 126
Iwona Kamińska, Magdalena Stacewicz
4.4.7. Warszawa Targówek: dzielnicowy system oparcia społecznego 129
Paweł Bronowski, Wojciech Lenard, Beata Wnęk
4.4.8. Warszawa: Zespół Leczenia Środowiskowego w Szpitalu Bielańskim 131
Krystyna Żaryn
4.4.9. Grajewo: Oddział Psychiatryczny Szpitala Ogólnego 133
Janusz Chojnowski
4.4.10. Warszawa-Bemowo: lokalna koalicja na rzecz ochrony zdrowia psychicznego – „Razem skutecznie…" 137
Elżbieta Kluska
4.4.11. Kołobrzeg: system psychiatrii środowiskowej w powiecie 140
Ewa Giza
4.4.12. Lublin: lokalna opieka środowiskowa 145
Artur Kochański
4.4. 13. Kraków: środowiskowy system i program leczenia osób chorujących na psychozy 151
Anna Bielańska

Streszczenie 154

Summary 162

O autorach 169

Wstęp

Irena Lipowicz
Rzecznik Praw Obywatelskich

Czy stan ochrony zdrowia psychicznego wymaga radykalnych zmian administracyjnych i prawnych? Czy jest to „zapomniany obszar" praw człowieka i pacjenta w naszym kraju, a zaniedbania są fundamentalne czy też system ochrony zdrowia psychicznego jest po prostu częścią ogólnej „mizerii" polskiego systemu ochrony zdrowia? Na te pytania odpowiada w sposób jasny i syntetyczny przedstawiony Państwu zbiór opracowań wielu autorów. Już w pierwszym opracowaniu wskazano twarde fakty – z 6 psychiatrami i 18,8 pielęgniarkami pozostajemy w tyle nie tylko za bogatymi krajami (Niemcy 11,8/52, Francja 22/98), ale i za krajami o porównywalnym dochodzie narodowym (Czechy 12/33). W naszej „klasie dochodowej" powinno być, jak wynika z badań wydawane ponad 4% – a jest 3,5%, w dodatku o złej alokacji i słabej efektywności. Kolejnym dowodem na obiektywny charakter opóźnień rozwojowych jest niski procent osób z zaburzeniami psychicznymi doświadczających pomocy – to tylko ok. 25% chorych. Nie trzeba bliżej uzasadniać, że wskaźnik ten jest zbyt niski i generuje nowe zagrożenia społeczne. Logicznym rozwiązaniem byłoby okresowe skupienie aktywności organów państwa na naprawieniu zaniedbań przez Narodową Strategię i szczegółowe polityki poszczególnych resortów. Jak można prześledzić w poszczególnych artykułach, strategia istotnie została uchwalona a następnie pozostała bez realizacji. Z punktu widzenia autorytetu państwa to najgorsze, co może się zdarzyć.

Celem publikacji jest zwrócenie uwagi na dysfunkcyjny stan ochrony zdrowia psychicznego w Polsce, w tym zwłaszcza: przytoczenie podstawowych informacji o jego aktualnym funkcjonowaniu, zasobach i brakach oraz wskazanie pilnych potrzeb, przypomnienie celów przyjętego w 2010 r. przez parlament Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP), wskazanie barier blokujących jego realizację i ukazanie dobrych praktyk powstałych spontanicznie w różnych miejscach kraju. Ostatecznym celem jest przypomnienie o znaczeniu systemowej zmiany w funkcjonowaniu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce, przyspieszenie jego unowocześnienia oraz podniesienie rangi wśród zadań z zakresu zdrowia publicznego. Ich zaniechanie będzie pogłębiać bowiem niebezpieczne dla społeczeństwa procesy naznaczania ludzi chorych

i wyłączonych, nierównego traktowania i wykluczania społecznego osób z problemami zdrowia psychicznego. Grozi im obniżanie standardu jakości życia, zarówno ich samych jak ich najbliższego otoczenia. Problemy takie wg ostrożnych szacunków dotyczą – w różnym stopniu – pośrednio lub bezpośrednio, okresowo lub trwale około 5-8 mln osób w Polsce.

Publikacja ma szerokie grono adresatów, zwłaszcza wśród przedstawicieli i decydentów podmiotów realizujących NPOZP na różnych szczeblach administracji rządowej i samorządowej, wśród organizacji pozarządowych działających w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, mediów i placówek oferujących pomoc oraz wszystkich osób dobrej woli, które chcą uczestniczyć w jego pomyśle realizacji.

Największe zapóźnienie strukturalne notuje Polska w rozwoju psychiatrii środowiskowej. Szkodzi to zarówno, jak wskazano w tekście, dostępności jak i elastyczności opieki. Archaiczność kultywowanego modelu generuje też zbędne koszty; brak opieki środowiskowej wydłuża niepotrzebnie pobyt pacjentów w szpitalu psychiatrycznym. Polska ze wskaźnikiem hospitalizacji psychiatrycznej 145 na 100 tys. mieszkańców jest tylko nieco powyżej średniej europejskiej, ale czas hospitalizacji wynosi u nas ponad dwa miesiące i należy – jak wskazuje Jacek Moskalewicz – do najdłuższych w Europie. Brak realizacji Narodowego Programu oznacza nie tylko lukę w lecznictwie (tylko połowa ludzi z zaburzeniami jest objęta leczeniem), ale znacząco oddziałuje na stan praw człowieka w Polsce. Przebywanie długo, jak wskazuje autor, w wielkich izolowanych instytucjach z dala od rodzin i własnego środowiska, zwiększa ryzyko trwałego wykluczenia społecznego. Brak podejścia interdyscyplinarnego i międzyresortowego odbija się w szczególności na prewencji np. na braku szerokich programów zapobiegania samobójstwom. Jak wskazuje Krzysztof Ostaszewski w Polsce istnieją zasoby, które można lepiej wykorzystać dla promocji ochrony zdrowia psychicznego, gdyż podstawowa prawna infrastruktura przecież istnieje. Działa również niezwykle wartościowy „trzeci sektor" na rzecz zdrowia psychicznego. Ilość nowatorskich organizacji pozarządowych przełamujących bariery, działających środowiskowo, kreatywnych w swoich działaniach daleko wyprzedza sztywne reakcje administracji publicznej. Istniejąca (często) dobra wola samorządu w zakresie promocji zdrowia psychicznego jest realizowana chaotycznie i niekonsekwentnie. Jak wskazuje autor nie ma jasno określonego celu odbiorców i metod działania. Co prawda cztery kluczowe instytucje dotyczące uzależnień podjęły współpracę z Instytutem Psychiatrii i Neurologii tworząc system rekomendacji i ocen programów w tym zakresie, system ten jest jednak praktycznie nieznany samorządom. Należy podkreślić doniosłe ustalenia raportu: samo leczenia zaburzeń psychicznych nie poprawi w sposób

widoczny stanu zdrowia psychicznego naszego społeczeństwa. Niezbędne jest skoordynowane działanie instytucji publicznych w zakresie promocji i profilaktyki. Ważne jest także silne włączenie samorządów.

Skoro prewencja zaburzeń psychicznych jest tak ważna, należy zapytać o jej skuteczność. Daria Biechowska na podstawie głębokiej analizy i doświadczeń Zakładu Zdrowia Publicznego negatywnie ocenia działania Ministerstwa Zdrowia w tym zakresie. Zgadzam się z określeniem autorki, że jest to fiasko, za które osoby odpowiedzialne w resorcie powinny ponieść odpowiedzialność. Skoro opracowane na własne zlecenie resortu programy profilaktyczne nawet nie uzyskały akceptacji Agencji Oceny Technologii Medycznej (AOTM), było to już sygnałem alarmowym i wymaga wyjaśnienia. Tymczasem ogłoszone przez resort jak wskazuje Daria Biechowska trzy konkursy na przygotowanie pilotażowego wdrożenia programów zapobiegania samobójstwom i depresji miały kuriozalnie krótki czas na złożenia oferty (2,5 dnia), a na opracowanie programu 3 tyg. Oczywiste jest więc że zakończyły się niepowodzeniem i miały wszelkie cechy działania pozornego.

Z punktu widzenia Rzecznika Praw Obywatelskich podstawową kwestią jest poszanowanie praw i godności osób chorujących. Pisze o tym w raporcie Anna Liberadzka. Również tutaj konkluzja nie jest optymistyczna. Autorka ukazuje jak prawa tych osób są łamane nie tylko w praktyce, ale nawet na płaszczyźnie legislacyjnej. Autorka pokazuje mianowicie, które regulacje cywilnoprawne i karnoprawne mają charakter dyskryminacyjny lub przestarzały z punktu widzenia aktów prawa międzynarodowego. Lekarstwem na przedstawione problemy powinien być skuteczny system opieki psychiatrycznej: jego spójność bada w raporcie Wanda Langiewicz. Wniosek to niska skuteczność i sprawność, dezintegracja zarówno zarządzania jak i finansowania. Poprawa wystąpiła, jak diagnozuje autorka, tylko w zakresie dostępności opieki ambulatoryjnej. Brak natomiast uchwytnego procesu zmniejszania dużych placówek szpitalnych i tworzenia oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych, co jest najnowocześniejszym z europejskich trendów. Chciałabym zwrócić uwagę Czytelników, na przedstawione w Raporcie znaczenie systemu oparcia społecznego. To one przywracają podobnie jak system uczestnictwa społeczno-zawodowego chorych psychicznie i rekonwalescentów do życia społecznego i są najlepszym świadectwem solidarności społecznej. Kluczowym fragmentem Raportu jest ocena NPOZP, który wszedł w życie mocą ustawy z 23 lipca 2008 r.

Znajdujemy się w tej chwili w okresie działań planowanych na lata 2011-2015. Pozornie harmonogram realizacji robi bardzo korzystne wrażenie. Znajdujemy tu przecież poporządkowane cele szczegółowe, oraz konkretne zadanie z terminami realizacji i wskaźnikami monitorowania. Jeżeli jednak widzimy, że obowiązkowe sprawozdanie za rok 2011 opublikowano dopiero

w lipcu 2013 roku, mamy świadomość zaskakującej bezkarności opóźnień. Autor wskazuje na konieczność usunięcia z mapy Polski białych plam opieki psychiatrycznej. Należy podkreślić, że w 25 polskich powiatach brak jakiejkolwiek opieki psychiatrycznej, a w ponad 200 powiatach jest to najczęściej jedna poradnia. Trudno w tych warunkach mówić o modelu środowiskowym lub o nowoczesnym systemie opieki. Rzuca się także w oczy w świetle tych danych gorsze traktowanie ludności obszarów wiejskich pod względem dostępności do profilaktyki i leczenia psychiatrycznego. Raport nie ogranicza się do krytyki. Wskazuje postulowany model zintegrowanej opieki psychiatrycznej, mocno zanurzonej we wspólnocie lokalnej. Byłoby to centrum zdrowia psychicznego obejmujące poradnie, dziennie odziały psychiatryczne i formy środowiskowe. Rdzeń tego centrum stanowiłoby ambulatorium. Byłby to lepszy i tańszy model opieki, w dodatku o silnie prorodzinnym charakterze. Pozwalałby bowiem na współprowadzenie leczenia i rehabilitacji również w warunkach domowych.

Uwadze czytelników chciałabym polecić także artykuł Andrzeja Cechnickiego, osoby o wielkim doświadczeniu w zakresie działań środowiskowych na rzecz chorych psychicznie, twórcy pionierskich ośrodków integracyjnych, umożliwiającym chorym podjęcie pracy i działań społecznych. W artykule wskazano, że musimy raczej mówić o zarządzaniu kryzysowym, bo w takim stanie znajduje się program. Autor w ośmiopunktowym planie wskazuje konkretne działania, które należy podjąć dla uzdrowienia sytuacji. Takie podejście może sprzyjać postulowanemu przez autora stworzeniu szerokiego ruchu obywatelskiego na rzecz wyprowadzenia tego Narodowego Programu z kryzysu.

W kolejnej części Raportu, Piotr Świtaj skupia się na problemie wartości, analizując stygmatyzację chorób psychicznych w Polsce. Stygmatyzacja ta wyraża się m.in. w restrykcyjnej polityce refundacyjnej nowoczesnych leków przeciwpsychotycznych. Jak wskazuje autor taka polityka refundacyjna przyczynia się nawet prawdopodobnie do zawyżania rozpoznań schizofrenii, bo tylko takie rozpoznanie daje dostęp do nowoczesnych i mniej uciążliwych leków. Ponieważ jednak rozpoznanie schizofrenii stygmatyzuje najbardziej, sami sztucznie zawyżamy liczbę takich chorych. Zwiększenie puli refundacji nowoczesnych leków byłoby bardziej skuteczne niż najlepsze nawet, choć oczywiście pożyteczne, kampanie przeciw stygmatyzacji chorych. Autor wskazuje, że liczne działania przeciwko stygmatyzacji nie są poddawane systematycznej ewaluacji. To fakt równie zdumiewający jak odkrycie, że NCN nie stwarza dziś warunków do ubiegania się o skuteczne granty w zakresie badań nad chorobami psychicznymi.

Czy jednak sformułowana przez Marka Balickiego konkluzja, że NPOZP „nie działa" nie jest zbyt radykalna? Mówi on przecież wprost „[Program] w zasadzie

nie działa". A jedyny raport skierowany do Sejmu można określić za Andrzejem Cechnickim, jako „raport o zaniechaniu"? Podsumujmy fakty. Po pierwsze, istnieją znaczne opóźnienia w stosunku do terminów określonych w harmonogramie. Po drugie, nie uzyskano większości planowanych wskaźników. Kluczowa Rada ds. Zdrowia Psychicznego otrzymała swój statut dopiero w październiku 2013 r., a bez statutu nie mogła przecież działać. Przypomnijmy, że był to już półmetek programu. Rada ta zebrała się w ogóle tylko dwa razy. Po trzecie, nie zmienił się poziom finansowania po dwóch latach działania Programu. Po czwarte, NIK negatywnie ocenił w 2012 r. działania Ministra Zdrowia w zakresie sprawnej realizacji zadań jego resortu w ramach NPZOZ. Po piąte, Departament Zdrowia Publicznego (źródło – wyniki kontroli NIK) nawet nie poinformował innych komórek resortu o ich zadaniach w ramach NPOZP. Zbojkotowano również przewidziane w tym planie zatrudnienie niezbędnych pracowników. Wydaje się, że przedstawione dowody są wystarczające. Dla mnie, jako Rzecznika Praw Obywatelskich, najbardziej dramatycznym wnioskiem prawno-organizacyjnym opracowania Marka Balickiego, jest to że najnowocześniejsza i powszechnie akceptowana forma kompleksowych Centrów Zdrowia Psychicznego, w świetle ustawy o działalności leczniczej z 2011 r., jest niemożliwa do zrealizowania, ponieważ nie wolno łączyć opieki stacjonarnej i ambulatoryjnej w ramach jednego przedsiębiorstwa. Te Centra natomiast, które wbrew wszelkim przeszkodom powstały, nie maja zapewnionego finansowania. Co gorsza najnowsze Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 listopada 2013 r., jak podkreśla autor „nie przewiduje świadczeń udzielanych przez Centrum Zdrowia Psychicznego".

Jak wygląda aspekt finansowy rozwiazywania omawianych problemów? Ukazuje to, na przykładzie Warszawy, szczegółowo w swoim artykule Dariusz Hajdukiewicz. Autor pokazuje mechanizm, który sprawia, że samorządy mogą zaciemniać uzyskiwane w realizacji NPOZP wyniki uzależniając swoją aktywność od przekazania im nowych, odpowiednich środków finansowych. W artykule ukazano podstawowe dysfunkcje realizacji Programu. W obronie Ministra Zdrowia autor wskazuje, że nie otrzymał on środków finansowych koniecznych do restrukturyzacji lecznictwa psychiatrycznego. Podkreśla jednak, że nie wykorzystał możliwości opisania nowych produktów kontraktowych, a także powtórnego oszacowania rzeczywistych kosztów już kontraktowanych świadczeń. Przypomnijmy, że takim „nowym produktem kontraktowania" miały być właśnie Centra Zdrowia Psychicznego. Miały one przecież ruszyć od 2014 roku.

W artykule Marii Załuskiej znajdujemy znakomitą analizę problemów strukturalnych tego zagadnienia. Autorka diagnozuje niedostatek koordynacji na szczeblu centralnym, niedobór świadczeń i placówek, trudności restrukturyza-

cji, brak integracji świadczeń i wreszcie stosownej polityki informacyjnej. Jako podstawową barierę instytucjonalną wskazuje nieutworzenie Centralnego Ośrodka Koordynacji i Monitoringu.

Trudno wręcz pojąć jakiej energii i kreatywności wymaga w takich warunkach kreowanie dobrych praktyk, a tymczasem druga część Raportu to świetne idee i skuteczna ich realizacja w różnych regionach kraju. Publikacją w naszym Raporcie chcieliśmy wyróżnić i uhonorować wspaniałych ludzi, którzy potrafili stworzyć innowacyjne struktury i procedury. Na wyróżnienie takie zasługują państwo: Barbara Banaś, Maria Augustyniak, Hubert Kaszyński, Marek Świerad, Regina Bisikiewicz, Agnieszka Lewonowska-Banach, Jolanta Gierduszewska, Iwona Kamińska, Magdalena Stacewicz, Paweł Bronowski, Wojciech Lenard, Beata Wnęk, Krystyna Żaryn, Janusz Chojnowski, Elżbieta Kluska, Ewa Giza, Artur Kochański i Anna Bielańska, którym bardzo dziękuję.

Na zakończenie chciałabym zwrócić uwagę, iż w części dobrych praktyk znajdujemy zarówno refleksje nad wartościami, jak i konkretne propozycje działania. Innowacyjne, samorządowe rozwiązania i działania przełamujące inercje sztywnych struktur służby zdrowia. Są tu programy partnerskie i programy o charakterze międzynarodowym. Szczególna radość przynosi lektura zapisu sukcesu takich instytucji jak Pensjonat „U Pana Cogito" z Krakowa, Gospoda „Jaskółeczka" z Radomia czy wzorcowy, środowiskowy Dom Samopomocy „Pod Skrzydłami" mający siedzibę na warszawskiej Ochocie. Kreatywne mogą być także samorządy. Na wyróżnienie zasługuje np. system wsparcia w Dzielnicy Targówek m.st. Warszawy, prowadzący skutecznie do ograniczenia rehospitalizacji jego uczestników i podnoszący jakość ich życia. Świetne rekomendacje mają także lokalne koalicje na rzecz ochrony zdrowia psychicznego jak na przykład „Razem skutecznie" z warszawskiego Bemowa czy Stowarzyszenie takie jak „Feniks", powstały w 2000 roku. Wyróżnić trzeba także Lublin i Kraków za lokalną opiekę środowiskową. Nie musimy więc czerpać wzorców wyłącznie z zagranicy. W stosunkowo krótkim okresie przy bierności i zaniechaniach resortu, potrafiono stworzyć w Polsce nie tylko nowe modele środowiskowe opieki psychiatrycznej, ale także zmienić zasadniczo niektóre oddziały opieki stacjonarnej. Wszystkim, którzy się do tego przyczynili, w tym autorom niniejszego Raportu, moim współpracownikom na czele z Główną Koordynatorką Barbarą Imiołczyk i Dyrektor Katarzyną Łakomą oraz członkom pracującej społecznie Komisji RPO ds. osób z niepełnosprawnością chciałabym z całego serca, jako Rzecznik Praw Obywatelskich podziękować. Mam nadzieję, że prezentowany Państwu Raport przyczyni się do przełomu w społecznym myśleniu o obecnej sytuacji osób chorych i osób po kryzysach psychicznych.

1. Ochrona zdrowia psychicznego we współczesnym świecie

Tomasz Szafrański



grafika: Katarzyna Kowalska

Chociaż problemy dotyczące zdrowia psychicznego są bardzo częste, we współczesnym świecie większość osób z zaburzeniami psychicznymi nie korzysta z opieki zdrowotnej i nie ma możliwości skorzystania z niej. Także w Polsce.

Rozpowszechnienie

Badania epidemiologiczne pokazują, że od ¼ do 1/3 osób w populacji ma w danym roku jakieś zaburzenia psychiczne. Wskaźniki dotyczące krajów europejskich opublikowane w 2011 roku wskazują nawet na jeszcze wyższy odsetek – 38,2%, co odpowiada liczbie 164,8 milionów osób [Kessler i in., 2005; Moskalewicz i in., 2012; Wittchen i in., 2011].

Około 10-20% wszystkich przypadków może zostać ocenionych jako przejawiające ciężkie zaburzenia i najczęściej są to osoby, u których współwystępują różne zaburzenia psychiczne a ich przebieg ma charakter przewlekły [Kessler i in., 2005; Wittchen i in., 2011].

Przeprowadzone w Polsce badanie epidemiologiczne zaburzeń psychicznych EZOP, którego wyniki przedstawiono w 2012 roku pokazało, że co najmniej jedno zaburzenie psychiczne w ciągu życia można było rozpoznać u 23,4% osób to jest u ponad 6 milionów osób w naszym kraju. Badanie pokazało, że w populacji osób w wieku 18-64 lat około 20-30% skarżyło się na takie problemy jak stany obniżenia nastroju i aktywności, przewlekły lęk czy drażliwość [Moskalewicz i in., 2012].

Najczęstszym rodzajem zaburzeń występujących w populacji są zaburzenia lękowe – cierpi na nie w danej społeczności przeciętnie co szósta osoba. Jedna osoba na dziesięć boryka się z zaburzeniami nastroju, głównie z depresją. Około 7% osób cierpi na bezsenność, zaś uzależnienia to problem dotykający ponad 4% populacji [Kesler i in., 2005; Wittchen i in., 2011]. Część zaburzeń nie jest poważnie nasilona i nie ma istotnego wpływu na codzienne funkcjono-

wanie. Ale w wielu przypadkach łączy się to jednak z istotnym pogorszeniem jakości życia, upośledzeniem funkcjonowania i może prowadzić do powstania niepełnosprawności. Trzeba pamiętać, że zaburzenia psychiczne i choroby neurologiczne odpowiadają łącznie za ¼ wszystkich przyczyn niepełnosprawności. W zależności od wieku, różne choroby dominują. Z niepełnosprawnością w największym stopniu wiążą się cztery kategorie chorób: depresje, otępienia, uzależnienie od alkoholu i udar [Whiteford i in., 2013; Wittchen i in., 2011].

Niezaspokojone potrzeby

Powyższe dane obrazują ogromną skalę potrzeb w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Filip Wang opublikował w 2007 roku na łamach prestiżowego pisma Lancet wyniki badania przeprowadzonego pod egidą Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w 17 krajach świata. Badanie to miało na celu określenie, w jakim stopniu zaspokajane są potrzeby zdrowotne. Przeprowadzono wywiady z ponad osiemdziesięcioma tysiącami osób w krajach o różnym poziomie dochodów na jednego mieszkańca. Badanie objęło Chiny, Izrael, Japonię, Kolumbię, Liban, Meksyk, Nigerię, Nową Zelandię, Południową Afrykę, USA, oraz kraje europejskie Ukrainę, Belgię, Francję, Niemcy, Włochy, Holandię, Hiszpanię. Oceniono, w jakim stopniu osoby z zaburzeniami psychicznymi korzystały z jakichkolwiek usług ochrony zdrowia psychicznego w okresie 12 miesięcy. Odsetek osób korzystających w ogóle z systemu ochrony zdrowia psychicznego był niski i wynosił od 2% w Nigerii do 18% w USA. Generalnie można powiedzieć, że korzystanie z systemu ochrony zdrowia psychicznego było pozytywnie skorelowane z wielkością PKB (produktu krajowego brutto). Nasilenie zaburzeń psychicznych wiązało się z wykorzystaniem instytucji psychiatrycznych, jednakże tylko 11% pacjentów z poważnymi zaburzeniami psychicznymi w Chinach, zaś „aż" 61% w Belgii otrzymywało w poprzedzającym roku jakiś rodzaj opieki psychiatrycznej [Wang i in., 2007].

Jak wygląda sytuacja dotycząca korzystania z systemu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce? Zgłaszalność do placówek psychiatrycznych wynosi ok. 1,5 mln osób [IPiN-ZZP, 2011]. Wielkość populacji wymagającej pomocy w zakresie problemów zdrowia psychicznego to (wg badania epidemiologicznego EZOP) co najmniej 6 mln osób [Moskalewicz i in. 2012]. Na tej podstawie możemy ocenić, że z pomocy psychiatrycznej w Polsce korzysta ok. 25% osób potrzebujących. To oczywiście wskaźnik zbyt niski. Wprawdzie oczekiwanie, że jakikolwiek system ochrony zdrowia psychicznego obejmie wszystkie przypadki osób z zaburzeniami jest zupełnie nierealistyczne, przyjmuje się jednak, że powinno być to co najmniej 80% osób z poważnymi zaburzeniami psychiczny-

mi takimi jak otępienie czy schizofrenia, oraz co najmniej 33-50% osób z depresją czy uzależnieniami [Straathdee i Thornicroft, 1997].

W większości krajów uwzględnionych w badaniu Wanga system ochrony zdrowia psychicznego był oparty o podstawową opiekę zdrowotną. Kiedy oceniono ile osób rozpoczynających leczenie otrzymuje pomoc, która spełnia minimalny standard wynikający ze współczesnej wiedzy to w Nigerii było to 10%, zaś najlepszy wskaźnik w Francji, wynosił 42% [Wang i in., 2007].

Klęska humanitaryzmu

Ogromna luka w obecności, dostępności i jakości opieki psychiatrycznej w stosunku do potrzeb dotyczy zatem całego świata. Co oczywiste najbardziej zaznacza się w krajach najbiedniejszych, gdzie sytuacja jest często katastrofalna i bywa określana jako „klęska humanitaryzmu" [Kleinman, 2009]. Jednak także w tak zwanych krajach rozwiniętych osoby z zaburzeniami psychicznymi nadal należą do kategorii wykluczonych. Nawet w takich krajach jak USA, czy rozwiniętych krajach Europy Zachodniej ocenia się, że około 2/3 pacjentów z poważnymi zaburzeniami nie jest leczona. Dla porównania w przypadku cukrzycy liczba osób, która nie otrzymuje leczenia w Europie jest szacowana zaledwie na 8% [7,10]. Wittchen jest zdania, że pomiędzy 2005 a 2011 r. w Europie nie doszło do istotnej poprawy w zakresie niskiego odsetka osób leczonych, opóźnień w otrzymywaniu pomocy czy adekwatności proponowanego leczenia [Wittchen i in., 2011].

Tiihonen kilka lat temu opublikował wyniki badań przeprowadzonych w Finlandii, z których wynika, że osoby chorujące na schizofrenię żyją średnio o ponad 20-25 lat krócej niż osoby z populacji ogólnej [Tiihonen i in., 2009]. Pomimo zmian w sposobie leczenia, poprawie system opieki zdrowotnej na przestrzeni 10 lat (1996-2006) sytuacja w tym zakresie nie uległa istotnej zmianie. Podobne wskaźniki dotyczące oczekiwanej długości życia wśród osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi pochodzą ze Stanów Zjednoczonych. Tam również jest to ponad 20 lat mniej niż w populacji ogólnej. W badaniu z Australii wykazano, że od 1985 oczekiwana długość życia osób z zaburzeniami psychicznymi skróciła się o kolejne dwa lata, w porównaniu z osobami z populacji ogólnej [Lawrence i in., 2013]. Tylko mniejsza część tej zwiększonej śmiertelności wiąże się z większym ryzykiem samobójstw. Większość (60%-80%) stanowią inne czynniki – głównie zwiększona umieralność z powodu chorób somatycznych. Udowodniono, że osoby z poważnymi zaburzeniami psychicznymi mają gorszy dostęp do ogólnej opieki zdrowotnej, dłużej oczekują na diagnozę, są mniej efektywnie leczone, mają gorszy dostęp do nowoczesnych metod leczenia [Lawrence i in., 2013; Prince i in., 2007; Tiihonen i in 2009].

Nakłady

Jeżeli przyjrzymy się nakładom na ochronę zdrowia psychicznego to kraje o niskim poziomie dochodu narodowego przeznaczają na nią około 2,6% wydatków na świadczenia zdrowotne, zaś w krajach o wysokim poziomie dochodu jest to 6,88% całkowitych wydatków na zdrowie. W grupie krajów o wyższym średnim poziomie dochodu narodowego (*higher-middle income*) jest to 4,27%. Polska jest zaliczana do krajów z tej grupy, ale nakłady na ochronę zdrowia psychicznego w naszym kraju są niższe i wynoszą zaledwie około 3,5%. Nie ma wątpliwości, że realna zmiana systemu ochrony zdrowia psychicznego, wymaga zapewnienia odpowiednich środków budżetowych i umieszczenia ochrony zdrowia psychicznego wśród absolutnych priorytetów [Jacob i in., 2007; Saraceno i in. 2007; Saxena i in. 2007].

Kadry

Wskaźnikiem, który obrazuje poziom ochrony zdrowia psychicznego od strony kadr jest wskaźnik liczby psychiatrów i pielęgniarek psychiatrycznych na 100 tys. mieszkańców. W Polsce wskaźnik ten to 6 psychiatrów i 18,6 pielęgniarek/100 tys. Jest to wyraźnie mniej niż średnia w regionie europejskim, która wynosi 9,4 psychiatrów i 25,6 pielęgniarek/100 tys. Dla porównania kilka przykładów: w Czechach – to 12 psychiatrów i 33 pielęgniarki, na Węgrzech 9 psychiatrów i 19 pielęgniarek, w Niemczech 11,8 lekarzy psychiatrów i 52 pielęgniarki, we Francji 22 psychiatrów i 98 pielęgniarek zaś w Finlandii 22 psychiatrów i 180 pielęgniarek. W Chinach na 100 tys. mieszkańców przypada 1,29 psychiatry i 2 pielęgniarki, w Egipcie 0,9 psychiatry i 2 pielęgniarki, a te same wskaźniki w Indiach to odpowiednio – 0,2 i 0,05! [Saxena i in. 2007].

Solidarność

Odpowiednia liczba profesjonalnych kadr jest oczywiście niezbędna do zapewnienia pożądanego poziomu ochrony zdrowia psychicznego danej populacji. Jednakże należy mocno podkreślić, że nie oznacza to wcale, że całość takiej opieki ma być sprawowana przez „personel psychiatryczny". Przeciwnie, takie rozwiązanie także jest pułapką. Analiza potrzeb w zakresie ochrony zdrowia psychicznego jasno pokazuje, że nawet w najbardziej rozwiniętych systemach opieki zdrowotnej ogrom potrzeb spowodowanych rozpowszechnieniem zaburzeń psychicznych i koniecznością ich leczenia oraz prewencji przekracza możliwości ich zaspokojenia wyłączenie przez kadry specjalistów. Konieczne jest wykorzystanie środków wykraczających poza te, które są dostępne psychiatrii i zaangażowanie innych osób i instytucji, zarówno zatrudnionych w ochronie zdrowia jak i poza nią oraz społeczności lokalnych.

Kształtują się tutaj dwa podstawowe kierunki działań. Jeden z nich (zalecany przez WHO jako rozwiązanie dla krajów tworzących systemy ochrony zdrowia psychicznego) to zaangażowanie lekarzy i pracowników podstawowej opieki zdrowotnej. W takim modelu lekarz podstawowej opieki zdrowotnej bądź sam leczy większość zaburzeń psychicznych, bądź robi to po konsultacji ze specjalistą. To model analogiczny do funkcjonującego w innych specjalnościach w medycynie. Warunkiem jego powodzenia jest edukacja personelu podstawowej opieki zdrowotnej i ścisła współpraca ze specjalistami. Przyjmuje się, że bezpośrednio do specjalistów ma w takim wypadku trafiać jedynie około 10% osób z najpoważniejszymi zaburzeniami psychicznymi [Jacob i in., 2007; Saraceno i in. 2007; Strathdee i in., 1997].

Drugi kierunek, tak naprawdę jeszcze ważniejszy, to budowanie sieci wsparcia angażujących wszelkie możliwe instytucje, publiczne i prywatne, oraz społeczności lokalne w działania z zakresu ochrony zdrowia psychicznego. Zaniedbanie tego elementu sprawi, że środki zainwestowane w wysoki rozwój specjalistycznej służby ochrony zdrowia psychicznego nie przełożą się na wystarczające efekty. W gruncie rzeczy oznacza to konieczność wielodyscyplinarnej organizacji systemu ochrony zdrowia psychicznego, który wykracza poza ramy medyczne [Jacob i in., 2007; Strathdee i in., 1997].

Zadania

Zadania systemu ochrony zdrowia psychicznego to z jednej strony działania profilaktyczne, z drugiej zaś identyfikacja i diagnoza zaburzeń, zapewnienie efektywnej opieki, dostosowanej do potrzeb osoby leczonej, zapewnienie działań zmierzających do redukcji stresu pacjenta i jego rodziny, osób bliskich, działania edukacyjne adresowane zarówno do osób z zaburzeniami psychicznymi jak też ich rodzin, zapobieganie niepełnosprawności, samouszkodzeniom, samobójstwom, instytucjonalizacji [Strathdee i in., 1997].

Modele

Tradycyjny wywodzący się jeszcze z XIX wieku system ochrony zdrowia psychicznego był w gruncie rzeczy oparty na instytucjach „azylów", czyli dużych szpitalach psychiatrycznych, liczących często setki łóżek. Funkcjonowały one czasami jak autonomiczne organizmy, „miasteczka" z własnymi gospodarstwami rolnymi, pralniami i urzędami. Były ulokowane w oddaleniu od społeczności, z której pochodził pacjent spędzający w nich miesiące, a nierzadko całe życie. W latach 60. i 70. XX wieku w krajach europejskich rozpoczęła się zmiana tego systemu nazywana potocznie „otwarciem szpitali psychiatrycznych". Część cię-

żaru opieki przesunęła się wówczas na lecznictwo ambulatoryjne, zaś duże szpitale psychiatryczne zaczęły ustępować miejsca małym oddziałom, funkcjonującym zwykle w ramach szpitali ogólnych i bliżej miejsca zamieszkania pacjenta. W chwili obecnej wskaźnik łóżek psychiatrycznych w Polsce to 7,8 na 10 000 populacji i wskaźnik ten odpowiada średniej europejskiej. Jednakże cały czas 2/3 łóżek psychiatrycznych w naszym kraju znajduje się w wielkich szpitalach psychiatrycznych, zaś małe oddziały napotykają w swoim funkcjonowaniu na szereg problemów [Jacob i in., 2007; Saxena i in., 2007].

Pobyt w szpitalu psychiatrycznym, chociaż czasami niezbędny, jest tylko fragmentem opieki psychiatrycznej. Większość osób z zaburzeniami psychicznymi nie jest i nigdy nie musi być leczona w szpitalu. Dlatego tak istotne znaczenie ma stopień rozwoju pozaszpitalnych form ochrony zdrowia psychicznego.

Psychiatria środowiskowa

Współcześnie na świecie, za najlepszy model opieki psychiatrycznej uważa się ten określany mianem psychiatrii środowiskowej. Zakłada on powstanie takiego rodzaju pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi, który jest dostępny i położony w pobliżu miejsca zamieszkania. Jest zorientowany na osoby z zaburzeniami i oferuje im wszechstronne oddziaływania terapeutyczne. Umożliwia elastyczne podejście w zakresie czasu trwania i intensywności oddziaływań. Elastyczność oznacza również dostosowanie do specjalnych, indywidualnych potrzeb poszczególnych osób. Taki system jest dostosowany kulturowo, uwzględnia i angażuje zasoby społeczności lokalnych, normalizuje przez to naturalne systemy wsparcia, a nie odcina je lub marginalizuje. System ten powinien być skupiony na mocnych stronach osób zgłaszających się po pomoc a jego funkcjonowanie powinno podlegać systematycznej ewaluacji i ewentualnym modyfikacjom [Strathdee i in., 1997; Thornicroft i Tansella, 2011].

Prewencja i leczenie zaburzeń psychicznych to jedno z największych wyzwań z zakresu zdrowia publicznego, jakie stoją przed nami w XXI wieku. W Polsce jesteśmy niestety cały czas na początku drogi do budowania nowoczesnego sytemu ochrony zdrowia psychicznego. Aby taki system się ziścił, jego budowa musi się stać wspólną sprawą nas wszystkich.

Piśmiennictwo

1. IPiN-ZZP, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Zakład Zdrowia Publicznego (2011). Zakłady Psychiatrycznej i Neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik statystyczny 2010. Cześć I. Lecznictwo psychiatryczne. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
2. Jacob K.S., Sharan P., Mirza I., Garrido-Cumbrera M., Seedat S., Mari J.J., Sreenivas V., Saxena S. (2007). Mental health systems in countries: where are we now? *Lancet,* 370 (9592), 1061-77.
3. Kessler R.C., Demler O., Frank R.G., Olfson M., Pincus H.A., Walters E.E., Wang P., Wells K.B., Zaslavsky A.M. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *New England Journal of Medicine*, 352(24), 2515-23.
4. Kleinman A. (2009). Global mental health: a failure of humanity. *Lancet*, 374(9690), 603-4.
5. Lawrence D., Hancock K.J., Kisely S. (2013) The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based register. *BMJ*, 346, f2539.
6. Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B. (red.) (2012). Kondycja *psychiczna mieszkańców polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska"*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2012.
7. Prince M., Patel V., Saxena S., Maj M., Maselko J., Phillips M.R., Rahman A. (2007) No health without mental health. *Lancet,* 370(9590), 859-877.
8. Saraceno B., van Ommeren M., Batniji R., Cohen A., Gureje O., Mahoney J., Sridhar D., Underhill C. (2007) Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet,* 370(9593), 1164-74.
9. Saxena S., Thornicroft G., Knapp M., Whiteford H. (2007). Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet,* 370(9590), 878-89.
10. Strathdee G, Thornicroft G. (1997). Community psychiatry and service evaluation. W: Murray R., Hill P., McGuffin P. (Eds.) *The Essentials of Postgraduate Psychiatry, 3rd Edition.* Cambridge: Cambridge University Press.
11. Thornicroft G. (2007). Most people with mental illness are not treated. *Lancet,*370(9590), 807-808.
12. Thornicroft G., Tansella M. (2010). *W stronę lepszej psychiatrycznej opieki zdrowotnej*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
13. Tiihonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, Haukka J. (2009) 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet,* 374(9690), 620-627.
14. Wang P.S., Aguilar-Gaxiola S., Alonso J., Angermeyer M.C., Borges G., Bromet E.J., Bruffaerts R., de Girolamo G., de Graaf R., Gureje O., Haro J.M., Karam E.G., Kessler RC, Kovess V, Lane MC, Lee S., Levinson D., Ono Y., Petukhova M., Posada-Villa J., Seedat S., Wells J.E. (2007) Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet*, 370 (9590), 841-850.
15. Whiteford H.A., Degenhardt L., Rehm J., Baxter A.J., Ferrari A.J., Erskine H.E., Charlson F.J., Norman R.E., Flaxman A.D., Johns N., Burstein R., Murray C.J., Vos T. (2013) Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet,* 382(9904), 1575-86.
16. Wittchen H.U., Jacobi F., Rehm J., Gustavsson A., Svensson M., Jönsson B., Olesen J., Allgulander C., Alonso J., Faravelli C., Fratiglioni L., Jennum P, Lieb R, Maercker A, van Os J, Preisig M, Salvador-Carulla L., Simon R., Steinhausen H.C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-79.

2. Ochrona zdrowia psychicznego w dokumentach WHO

Paulina Miśkiewicz
Światowa Organizacja Zdrowia, Biuro w Polsce, Warszawa

Kwestie dotyczące problemów zdrowia psychicznego zajmują w pracach i dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) znaczące miejsce, a osiągnięcie dobrego zdrowia psychicznego zostało uznane za jeden z warunków osiągnięcia pełnego dobrostanu. Definicja zdrowia, zapisana w Konstytucji WHO [1948] wskazuje, że zdrowie to nie tylko brak choroby, lecz pełen dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny człowieka. Korzystanie z najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia jest jednym z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej bez różnicy rasy, religii, przekonań politycznych, warunków ekonomicznych lub społecznych. Także, jako jedno z głównych zadań WHO, a tym samym państw członkowskich Organizacji, wskazano wspieranie działań na polu zdrowia psychicznego, zwłaszcza tej działalności, która dotyczy harmonii stosunków między ludźmi (art. 2m Konstytucji WHO).

Zdrowie psychiczne było wielokrotnie dyskutowane na forum Światowego Zgromadzenia Zdrowia (*World Health Assembley* – WHA), głównego decyzyjnego organu WHO i znalazło odzwierciedlenie w licznych rezolucjach – formalnych zobowiązaniach państw do działań na rzecz poprawy zdrowia psychicznego. I tak przyjęto Rezolucję na temat Promocji Zdrowia Psychicznego [1975], Rezolucję w zakresie Psychospołecznych Czynników i Zdrowia[1976], Rezolucję na temat Upośledzenia Umysłowego [1977], oraz Rezolucję w zakresie Prewencji Psychicznych, Neurologicznych i Psychospołecznych Zaburzeń[1986]. Natomiast państwa Regionu Europejskiego przyjęły Deklarację Ateńską na temat Zdrowia Psychicznego, Katastrof i Cierpienia Spowodowanego przez Człowieka, Stygmatyzacji i Opieki Środowiskowej [2001a].

Ważnym wydarzeniem była publikacją Raportu na temat Zdrowia na Świecie w 2001 *Zdrowie Psychiczne: Nowe Zrozumienie, Nowa Nadzieja* [WHO 2001b].

W ostatnim dziesięcioleciu obserwuje się znaczący wzrost zainteresowania zdrowiem psychicznym i silne dążenie do zwiększenia wysiłków na rzecz jego

poprawy. Dotyczy to w zarówno poziomu globalnego, jak i samego Regionu Europejskiego WHO. Państwa europejskie uchwaliły Deklarację o Ochronie Zdrowia Psychicznego w Europie [2005], a w obecnie przyjęto dwa strategiczne dokumenty: Globalny Spójny Plan Działania w zakresie Zdrowia Psychicznego 2013-2020 [2013a] oraz Europejski Plan Działania [2013b].

Poniżej zostaną przedstawione w skrócie główne założenia czterech kluczowych dokumentów WHO dotyczących zdrowia psychicznego.

Raport *Zdrowie Psychiczne: Nowe Zrozumienie, Nowa Nadzieja* [WHO, 2001b]

Raport ten był siódmym, kolejnym raportem w historii WHO, kiedy to w 1995 r. została podjęta decyzja o publikowaniu przez Organizację raportów o stanie zdrowia na świecie, w których poruszane są najważniejsze problemy współczesnego zdrowia publicznego. Każdy raport jest poświęcony odrębnemu zagadnieniu w zakresie zdrowia publicznego i funkcjonowania systemów ochrony zdrowia. W omawianym raporcie zdrowie psychiczne zostało wskazane jako światowy priorytet zdrowia publicznego. Położono nacisk na fakt, iż zdrowie psychiczne stanowi kluczowy warunek osiągnięcia dobrostanu jednostki, społeczeństwa i państwa. Raport nawołuje do podjęcia pilnych działań w walce ze stygmatyzacją i dyskryminacją oraz podkreśla konieczność zapewnienia efektywnej prewencji i leczenia. Przedstawiony został nowy sposób zrozumienia problemów zdrowia psychicznego i wskazane zostały główne rekomendacje w postaci następujących działań:

- *zapewnienie leczenia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej* – opieka i leczenie zaburzeń psychicznych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej jest podstawowym krokiem, który zapewnia największej liczbie osób otrzymać łatwy i szybki dostęp do świadczeń zdrowotnych,
- *zapewnienie dostępu do leków psychotropowych* – leki te powinny być dostępne na każdym poziomie opieki zdrowotnej oraz powinny znaleźć się w każdym podstawowym i rekomendowanym krajowym receptariuszu,
- *umożliwienie opieki środowiskowej* – opieka środowiskowa jest bardziej efektywna niż opieka instytucjonalna, zarówno pod względem wyników, jak i pod względem jakości życia osób z przewlekłymi problemami zdrowia psychicznego,
- *edukacja społeczeństwa* – edukacja i kampanie publiczne zwracające uwagę na zdrowie psychiczne powinny być prowadzone we wszystkich państwach, tak aby zmniejszać bariery w leczeniu i opiece,
- *zaangażowanie społeczności, rodzin i konsumentów* – zarówno całe społeczności, rodziny, jak i konsumenci powinni być włączani w proces

przygotowania i podejmowania decyzji w zakresie polityk, programów i świadczeń,
- *rozwój i wdrażanie krajowych polityk, programów i prawodawstwa* – polityki, programy i akty prawne w zakresie zdrowia psychicznego powinno być koniecznym krokiem w zapewnieniu znaczących i trwałych działań; powinny opierać się na aktualnej wiedzy i respektować prawa człowieka,
- *rozwój kadry medycznej* – rozwój kadry medycznej ma znaczenie kluczowe; specjalistyczne zespoły powinny składać się ze specjalistów lekarzy, jak i nie-lekarzy, psychologów klinicznych, pielęgniarek opieki psychiatrycznej, pracowników socjalnych, terapeutów zawodowych, którzy mogą pracować razem, aby zapewnić kompleksowość opieki i integrację pacjenta w środowisku,
- *współpraca z innymi sektorami* – sektory takie jak edukacja, praca, opieka społeczna, sprawiedliwość oraz organizacje pozarządowe powinny być zaangażowane w poprawę zdrowa psychicznego w środowisku,
- *monitorowanie stanu zdrowia psychicznego społeczności* – jest ono konieczne, aby oceniać efektywność działań profilaktycznych i programów leczniczych,
- *badania i rozwój na rzecz zdrowia psychicznego* – potrzebnych jest więcej badań w zakresie biologicznych i psychospołecznych aspektów opieki zdrowotnej tak, aby zwiększyć zrozumienie zaburzeń psychicznych i rozwijać bardziej efektywne działania.

Europejska Deklaracja Ochrony Zdrowia Psychicznego i Plan Działania [WHO, 2005]

W 2005 r. podczas Konferencji Ministerialnej w Helsinkach, państwa członkowskie Regionu Europejskiego przyjęły tę deklarację, zwaną Deklaracją Helsińską, która wyraża pogląd, że **nie ma zdrowia bez zdrowia psychicznego,** ponieważ ma ono zasadnicze znaczenie dla poszczególnych osób, społeczeństwa, ekonomii i powinno być przez to postrzegane, jako integralna i istotna część pozostałych obszarów polityki publicznej. Należą do nich prawa człowieka, opieka społeczna, edukacja oraz zatrudnienie. Ministrowie zdrowia zobowiązali się w deklaracji dążyć do tego, aby wagę polityki ochrony zdrowia psychicznego powszechnie uznano także w innych sektorach i resortach oraz zapewniono ich faktyczne wdrażanie w życie. Deklaracja Helsińska wskazała podjęcie, następujących koniecznych działań:

- promowanie dobrostanu psychicznego całej populacji, poprzez środki i działania, których celem jest uświadomienie znaczenia zdrowia psychicznego oraz wprowadzanie zmian sprzyjających zdrowiu psychicznemu

poszczególnych osób, społeczności lokalnych, społeczeństwa obywatelskiego, w środowiskach edukacyjnych i zawodowych oraz w instytucjach rządowych i krajowych,
- docenienie potencjalnych wpływów polityk w zakresie spraw publicznych na zdrowie psychiczne, zwłaszcza na zdrowie psychiczne grup szczególnie zagrożonych, wskazując na centralne znaczenie zdrowia psychicznego dla budowania zdrowego, otwartego i produktywnego społeczeństwa,
- przeciwdziałania stygmatyzacji i dyskryminacji, zapewnienia ochrony praw i godności człowieka oraz wdrażania koniecznych przepisów prawnych, umożliwiających osobom narażonym na zagrożenia zdrowia psychicznego lub cierpiącym z powodu problemów zdrowia psychicznego i spowodowanej nimi niepełnosprawności, do uczestniczenia w życiu społecznym w pełni i na równych prawach,
- zapewnienie szczególnego wsparcia i pomocy dla osób narażonych na zwiększone ryzyko ze względu na okres ich życia, w szczególności w zakresie opieki rodzicielskiej i kształcenia dzieci i młodzieży oraz opieki nad osobami starszymi,
- opracowanie i wprowadzenie w życie środków, których celem jest zapobieganie przyczynom samobójstw oraz powstawania problemów zdrowia psychicznego i chorób im towarzyszących,
- rozwijanie wiedzy i umiejętności lekarzy i pracowników placówek podstawowej opieki zdrowotnej, działających we współpracy z wyspecjalizowaną opieką medyczną i pozamedyczną, by mogli trafnie rozpoznawać, oraz leczyć i udzielać skutecznej, wielostronnej pomocy osobom z problemami zdrowia psychicznego,
- zaoferowanie osobom z poważnymi problemami zdrowia psychicznego skutecznej i wielostronnej opieki i leczenia w zróżnicowanych ośrodkach i placówkach, w sposób, który zapewni poszanowanie ich osobistych preferencji oraz ochroni ich przed lekceważeniem i poniżającym traktowaniem,
- ustanowienie współpracy, koordynacji działań i kierownictwa w regionach, w krajach, pomiędzy sektorami publicznymi i instytucjami, które mają wpływ na ochronę zdrowia psychicznego oraz integrację społeczną jednostek, rodzin, grup i wspólnot lokalnych,
- opracowanie programów edukacji oraz szkolenia w celu stworzenia kompetentnego, wieloprofesjonalnego zespołu specjalistów,
- ocenianie stanu zdrowia psychicznego ludności, poszczególnych grup i jednostek w sposób pozwalający na dokonywanie porównań na poziomie kraju i na poziomie międzynarodowym,

– zapewnienie sprawiedliwych i odpowiednich źródeł finansowania dla realizacji powyższych celów,
– inicjowanie badań naukowych, wspieranie ewaluacji oraz ich upowszechniania.

Deklaracja Helsińska stworzyła fundamenty rozumienia i podejmowania działań w Europie, utrwalające pozycję zdrowia psychicznego jako priorytetu szeroko pojętego zdrowia publicznego i współpracy międzysektorowej, wskazując je jako integralną cześć polityk publicznych.

Wraz ze zmieniającą się sytuacją społeczno-ekonomiczną, stanem zdrowia populacji oraz pojawianiem się nowych wyzwań w zdrowiu w ostatnim dziesięcioleciu zaistniała konieczność uaktualnienia strategii WHO odnośnie zdrowia psychicznego zarówno na poziomie globalnym, jaki regionalnym. Wychodząc naprzeciw tym potrzebom państwa przyjęły nowe zobowiązania do działań zawarte w kolejnych dwóch omówionych niżej dokumentach, uchwalonych w roku 2013.

Spójny Plan Działania w zakresie Zdrowia Psychicznego 2013-2020 [WHO, 2013a]

Ten plan podkreśla przede wszystkim podstawowe znaczenie zdrowia psychicznego, jako warunku osiągnięcia zdrowia przez wszystkich. Oparty jest na podejściu uwzględniającym cały cykl życia i za cel stawia osiągnięcie sprawiedliwości w zdrowiu poprzez powszechny dostęp do opieki zdrowotnej oraz podkreślenie roli i znaczenia prewencji. W planie działania kraje postawiły cztery główne cele:

– bardziej efektywne przywództwo i zarządzanie w dziedzinie zdrowia psychicznego,
– zapewnienie wszechstronnych, zintegrowanych świadczeń zdrowotnych i społecznych udzielanych w jednostkach opieki środowiskowej,
– wdrożenie strategii zapobiegania i promocji zdrowia psychicznego oraz
– wzmocnienie systemów informacji, dowodów naukowych i badań na rzecz zdrowia psychicznego.

Europejski Plan Działania na rzecz Zdrowia Psychicznego [WHO, 2013b]

W tym samym roku Region Europejski przyjął zgodny z globalnym – plan europejski. Plan wychodzi naprzeciw aktualnym oczekiwaniom i wyzwaniom zdrowia psychicznego i jest w pełni zgodny z wartościami i priorytetami Nowej Europejskiej Polityki Wspierającej Działania Rządów i Społeczeństw na Rzecz

Zdrowia i Dobrostanu Człowieka – Zdrowie 2020 [WHO, 2012]. Plan Działania został przygotowany w odpowiedzi na zaniepokojenie krajów europejskich odnoszące się do zaniedbywania problemu chorób neuropsychiatrycznych (biorąc pod uwagę, iż są one główną przyczyną lat przeżytych z niepełnosprawnością – głównie z powodu depresji) w porównaniu do innych chorób niezakaźnych. W Regionie Europejskim zaburzenia neuropsychiatryczne stanowią drugą po chorobach niezakaźnych przyczynę chorób i są odpowiedzialne aż za 19% DALY[1]. Na podjęcie decyzji o sporządzeniu Planu wpływ miał kryzys gospodarczy i jego implikacje dla dobrostanu psychicznego. Plan Działania jest ściśle powiązany z innymi programami i politykami WHO, w tym przede wszystkim z polityką dotyczącą równości, zwalczania społecznych nierówności w zdrowiu, czynników ryzyka, zdrowia dzieci i młodzieży, aktywnego starzenia się, chorób niezakaźnych oraz systemów ochrony zdrowia. Plan Działania dotyczy zdrowia psychicznego i zaburzeń psychicznych w okresie całego cyklu życia. Nie podejmuje on natomiast kwestii uzależnień, które są przedmiotem innych osobnych, strategii WHO. Europejski Plan działa w oparciu na trzech komplementarnych wartościach i towarzyszących im wizji.

- *Sprawiedliwość*: każdy ma możliwość by osiągnąć możliwie najwyższy poziom psychicznego dobrostanu i jest wspierany proporcjonalnie do swoich potrzeb. Każda forma dyskryminacji, uprzedzenia czy zaniedbania, która uniemożliwia osiągnięcie pełnych praw osób z problemami zdrowia psychicznego i równego dostępu do opieki jest zwalczana.
- *Upełnomocnienie:* wszyscy ludzie z problemami zdrowa psychicznego mają poprzez całe życie prawo zachowania autonomii, możliwość odpowiedzialności za decyzje dotyczące ich życia, zdrowia psychicznego i dobrostanu, oraz mieć w nich udział.
- *Bezpieczeństwo i efektywność:* ludzie powinni mieć pewność, że wszystkie działania i interwencje zdrowotne są bezpieczne i efektywne. Działania te powinny być w stanie ukazać korzyści dla zdrowia psychicznego populacji lub dla dobrostanu ludzi z problemami zdrowia psychicznego.

Plan Działania przyjmuje także dalszych siedem celów operacyjnych: cztery podstawowe i trzy przekrojowe oraz proponuje w zakresie każdego z nich osiągnięcie konkretnych wyników. Przedstawia też przedstawia działania, dzięki którym możliwe jest ich osiągnięcie.

[1] DALY (*Disability Adjusted Lost Years),* utracone lata życia korygowane niesprawnością, zaproponowana przez Bank Światowy miara obciążenia populacji chorobami prowadzącymi do przedwczesnej śmierci lub niepełnosprawności.

Do celów podstawowych należą:
- każdy ma równe szanse by realizować dobrostan psychiczny podczas całego życia, zwłaszcza ci, którzy są najbardziej wrażliwi i narażeni na czynniki ryzyka,
- osoby z problemami zdrowia psychicznego są obywatelami, których prawa człowieka są w pełni respektowane, chronione i promowane,
- świadczenia opieki zdrowotnej są dostępne i osiągalne finansowo, dostępne w środowisku zgodnie z potrzebami,
- osoby mają prawo do pełnego poszanowania, oraz bezpiecznego i efektywnego leczenia.

Do celów przekrojowych należą:
- systemy opieki zdrowotnej dostarczają dobrej opieki psychiatrycznej dla wszystkich,
- opieka w zakresie zdrowia psychicznego funkcjonuje w dobrze koordynowanym partnerstwie z innymi sektorami,
- przywództwo w zakresie podejmowania decyzji na rzecz zdrowia psychicznego i ich realizacja powinno bazować na dobrej informacji i wiedzy.

Postanowienia rezolucji i planów działania są podstawą do realizacji wielu polityk i programów narodowych.

Piśmiennictwo

1. World Health Organization (1948). *Constitution of the World Health Organization.*
2. World Health Organization (1975). Resolution WHA 28.84. *Promotion of mental healt*h.
3. World Health Organization (1976). Resolution WHA 29.21. *Psychosocial factors and Health.*
4. World Health Organization (1977). Resolution WHA 30.38. *Mental Retardation*.
5. World Health Organization (1986). Resolution WHA 39.25. *Prevention of mental, neurological and psychosocial disorders.*
6. World Health Organization – Regional Office for Europe (2001a). Resolution EUR/RC51/R5. *The Athens Declaration on Mental Health and Man-Made Disasters, Stigma and Community Care.*
7. World Health Organization (2001b) *World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope.*
8. World Health Organization – Regional Office for Europe (2005). Resolution EUR/04/5047810/6 *Mental Health Declaration for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions*.
9. World Health Organization – Regional Office for Europe (2012). Resolution EUR/RC62/9. Health 2020 – *The European policy for health and well-being.*
10. World Health Organization (2013a). Resolution WHA66.8 *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020.*
11. World Health Organization – Regional Office for Europe (2013b). Resolution EUR/RC63/11 *European Action Plan*.

3. Ochrona zdrowia psychicznego w dokumentach UE

Jacek Moskalewicz
Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami,
Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa



Komisja Europejska stosunkowo niedawno uznała, że kwestie zdrowia psychicznego stanowią dla Unii Europejskiej (UE) poważne wyzwanie. Przełomowy dla podjęcia szerokiej debaty na ten temat była, opublikowana 14.10.2005 roku, tzw. **Zielona Księga** (*Green Paper*) zatytułowana *Poprawa zdrowia psychicznego ludności; w stronę strategii zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej* [Komisja Europejska, 2005]. Dokument stwierdzał, że koszty chorób psychicznych pochłaniają 3-4% PKB krajów członkowskich, zwracał uwagę, że zaburzenia psychiczne są główną przyczyną zgonów z powodu samobójstw, których liczba zbliża się do 60 tysięcy i przewyższa liczbę ofiar wypadków drogowych, ostrzegał, że ok. roku 2020 depresja może stać się główną przyczyną chorób w krajach rozwiniętych, podkreślał problem stygmatyzacji oraz nierówności w zdrowiu psychicznym. Ukoronowaniem podjętej dyskusji była konferencja Unii Europejskiej „Razem dla Zdrowia i Dobrostanu Psychicznego", która miała miejsce 13.06.2008 i na której przyjęto **Europejski Pakt na Rzecz Zdrowia Psychicznego i Dobrostanu** [Unia Europejska, 2008]**.** Pakt podejmował następujące priorytety:

- zapobieganie samobójstwom i depresji,
- promocja zdrowia psychicznego i dobrostanu wśród dzieci i młodzieży,
- promocja zdrowia psychicznego i dobrostanu w miejscu pracy,
- zdrowie psychiczne i dobrostan ludzi starszych,
- promowanie społecznej inkluzji i walka ze stygmatyzacją.

Niecałe dwa lata później, w przyjętym 30.03.2010 **Traktacie o Funkcjonowaniu UE** [Unia Europejska, 2010], w pierwszym artykule z rozdziału *Zdrowie Publiczne* ogłasza się, że:

Unia Europejska, uzupełniając polityki krajowe, będzie podejmować działania zmierzające do poprawy zdrowia publicznego, zapobiegać zaburzeniom i chorobom somatycznym i psychicznym, usuwać źródła ryzyka dla zdrowia somatycznego i psychicznego (art. 168).

W kolejnym artykule Państwa Członkowskie zachęcane są do szerokiej współpracy badawczej i wymiany doświadczeń.

Od czasu opublikowania Zielonej Księgi, nasiliły się w UE zagrożenia dla zdrowia psychicznego. Z jednej strony starzenie się społeczeństw UE powoduje narastanie zaburzeń związanych z wiekiem, z drugiej strony kryzys gospodarczy i cała organizacja życia społecznego zwiększa poczucie niepewności, nieprzewidywalności własnego losu, wykluczenia społecznego i braku zaufania. Wszystko to odbija się na zdrowiu psychicznym mieszkańców UE i prowadzi do rozpowszechniania depresji, nadużywania substancji, zaburzeń lękowych. W efekcie tych tendencji coraz groźniejsze staja się zjawiska związane z przemocą i samounicestwieniem.

Tabela 1. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w populacji generalnej (w wieku 15–65 lat)

Kraje	Zaburzenia psychiczne	Poważne zaburzenia psychiczne	Depresja	Rok
Austria	brak danych	brak danych		
Belgia	26,0% (dystres psychiczny)	14,2% (przypuszczenie choroby psychicznej)	9,5%	2008
Bułgaria	19,5%	brak danych	20% (pospolite choroby psychiczne)	2002-2006
Chorwacja	brak danych	brak danych	brak danych	-
Cypr	brak danych	brak danych	brak danych	-
Czechy	brak danych	brak danych	brak danych	-
Dania	brak danych	brak danych	1,4% (3,3% duża depresja)	2004
Finlandia	brak danych	brak danych	16% (objawy depresji)	2009
Francja	brak danych	2,8% (zespoły podobne do psychoz)	brak danych	2003/1999
Grecja	14%	7% (kwalifikuje się do leczenia)	brak danych	2009
Hiszpania	13,8%	brak danych	brak danych	2006
Holandia	18%	brak danych	5,2 (zaburzenia depresyjne)	2010
Irlandia	14%	brak danych	brak danych	2007
Litwa	brak danych	brak danych	brak danych	
Luksemburg	brak danych	brak danych	brak danych	
Łotwa	brak danych	brak danych	brak danych	
Malta	15%	brak danych	6,6% (kiedykolwiek w życiu)	2008

Niemcy	brak danych	brak danych	10,7% (każde zaburzenie nastroju)	2008
Norwegia	brak danych	brak danych	brak danych	
Polska	23% (kiedykolwiek w życiu)	brak danych	3% (kiedykolwiek w życiu)	2011/12
Portugalia	22,9% (ostatni rok)	brak danych	7,9% (ostatni rok)	2010
Rumunia	13,4% (oszacowanie)	brak danych	brak danych	2006/2003
Słowacja	brak danych	brak danych	12,8% (duża depresja, 6-miesięczna chorobowość)	2006/2003
Słowenia	brak danych	brak danych	5%	2005
Szwecja	brak danych	brak danych	brak danych	
Węgry	15%	brak danych	6% (przewlekła depresja)	2002/2009
Wielka Brytania	23%	0,4%	17,6% (oszacowania wszystkich pospolitych zaburzeń psychicznych)	2007
Włochy	8%	brak danych	9,4% (objawy depresji)	2009/2007

Źródła: [Komisja Europejska, 2013], s. 501-502; dane dla Polski: [Moskalewicz, J. i wsp., 2012]

Porównawcze dane epidemiologiczne, takie jak w tabeli 1, mają swoje ograniczenia. Badania epidemiologiczne w populacji generalnej realizowano w ostatnie dekadzie w mniej niż połowie Państw Członkowskich. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych waha się od niecałych 10% do ponad 20%. Podobnie jest z rozpowszechnieniem poszczególnych zaburzeń lub ich grup. Zróżnicowanie to wynika nie tylko z problemów metodologicznych, w tym z różnych metod szacowania rozpowszechnienia zaburzeń, ale może przede wszystkim z tego, że badanie epidemiologiczne zaburzeń psychicznych jest również badaniem zjawisk kulturowych; uświadomienie sobie różnych symptomów, skłonność do ich potwierdzenia, gotowość do udziału w badaniach zależy od pozycji zaburzeń psychicznych w kulturze, poziomu stygmatyzacji, percepcji psychiatrycznej opiek zdrowotnej.

Dane z lecznictwa, które mogą być traktowane jako pośredni wskaźnik rozpowszechnienia, są również dalece zróżnicowane. W zestawieniu z najnowszej publikacji Komisji Europejskiej *Mental Health Systems in the European Union Member States* [Komisja Europejska, 2013] widać, że rozpowszechnienie hospi-

talizacji z powodu schizofrenii oraz zaburzeń schizotypowych i urojeniowych waha się od trzech na 100 tys. mieszkańców w Danii do ponad trzystu na Litwie.

Tabela 2. Wskaźniki hospitalizacji (przyjęcia) oraz przeciętny czas hospitalizacji pacjentów z powodu schizofrenii, zaburzeń schizotypowych i urojeniowych.

Kraj	Liczba hospitalizacji (na 100 tys. mieszkańców)	Przeciętny czas hospitalizacji (w dniach)
Dania	3	11.86
Irlandia	6	35.27
Holandia	13	28.64
Francja	19	3.91
Belgia	23	12.34
Portugalia	40	23.60
Wielka Brytania	47	110.89
Malta	48	55.65
Cypr	63	31.56
Hiszpania	88	20.42
Czechy.	106	72.12
Luksemburg	127	20.88
Słowenia	144	52.36
Polska	145	61.37
Słowacja	149	36.67
Niemcy	165	34.64
Włochy	178	19.33
Austria	182	31.22
Węgry	196	29.57
Chorwacja	258	54.26
Łotwa	299	35.87
Noregia	302	27.57
Finlandia	316	57.78
Litwa	338	35.12
Średnia dla UE	**137**	**38.50**

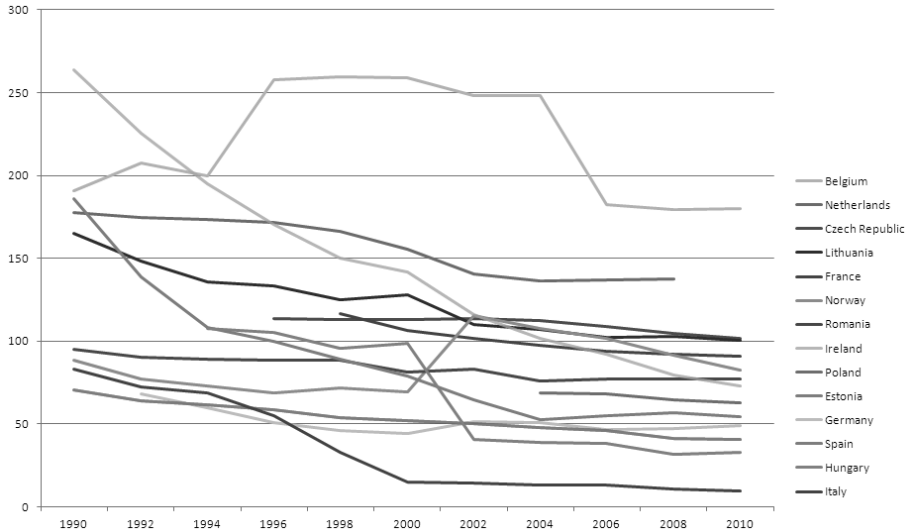
Źródło: [Komisja Europejska, 2013], s. 491

Ponad stukrotne zróżnicowanie nie odbija z pewnością rzeczywistego zróżnicowania w rozpowszechnieniu tych zaburzeń, ale jest refleksem podejścia do nich, dominującego modelu opieki, poziomu jej instytucjonalizacji. Ogromne zróżnicowanie istnieje także w czasie trwania hospitalizacji, który we Francji trwa niecałe cztery dni a w Wielkiej Brytanii blisko 110 dni. Można by się spodziewać, że czas hospitalizacji jest odwrotnie proporcjonalny do wskaźnika

hospitalizacji, gdyż mała ich liczba może sugerować, że do szpitali trafiają najcięższe przypadki. Okazuje się, że nie jest to regułą albowiem w Danii, kraju o najniższym wskaźniku hospitalizacji, czas hospitalizacji należy do najkrótszych w UE i nie przekracza 12 dni. Polska, ze wskaźnikiem hospitalizacji 145 na 100 tys. lokuje się nieco powyżej średniej dla UE ale czas hospitalizacji (ponad dwa miesiące) należy do najdłuższych.

Jednym z celów reform psychiatrycznych przeprowadzonych w wielu krajach UE jest ograniczanie hospitalizacji na rzecz opieki środowiskowej. Doprowadziło to do wyraźnego zmniejszenia liczby łóżek psychiatrycznych w wielu krajach.

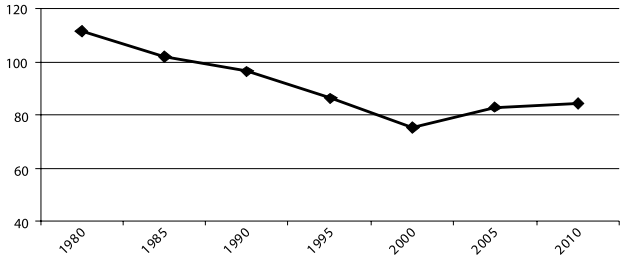
Rycina 1. Psychiatryczne łóżka szpitalne na 100 tys. mieszkańców w wybranych krajach UE.



Źródło: [WHO] *European Health for All* Data base

W latach 1990-2010 najbardziej spadła liczba łóżek w Irlandii z ponad 250 na 100 tys. w roku 1990 do 75 dwadzieścia lat później. Mimo ogólnego trendu, zróżnicowanie we wskaźnikach jest nadal w UE bardzo znaczne od 190 łóżek na 100 tys. w Belgii do ok. 10 we Włoszech. Na tym tle Polska „mieści się" gdzieś w pobliżu średniej UE. Po wyraźnym ograniczeniu liczby łóżek do końca lat dziewięćdziesiątych, polskie statystyki wykazują stabilizację, a nawet lekki wzrost. Trudno powiedzieć czy odwrócenie wieloletniego trendu wynika z większego zapotrzebowania na hospitalizację czy też jest pochodną reformy finansowania ochrony zdrowia.

Rycina 2. Psychiatryczne łóżka szpitalne (rzeczywiste) na 100 tys. mieszkańców w Polsce.



Źródło: *(IPiN-ZZP 2011]*

Jak widać, mimo podejmowanych od blisko 10 lat wysiłków, UE stawia pierwsze kroki w stronę wspólnego stanowiska wobec wyzwań zdrowia psychicznego, zarówno jeśli chodzi o budowę solidnej bazy danych jak i organizację opieki psychiatrycznej. Świadomość istniejących w tej dziedzinie zaniedbań jest coraz wyraźniejsza w Państwach Członkowskich. Świadczy o tym dobitnie dokument Rady Unii Europejskiej pt.: *Konkluzje Rady na temat Europejskiego Paktu na Rzecz Zdrowia Psychicznego i Dobrostanu: rezultaty i przyszłość* [2011]. Rada Unii Europejskiej, w której skład wchodzą ministrowie reprezentujący wszystkie Państwa Członkowskie, jest zasadniczym ciałem decyzyjnym w UE a jej konkluzje są dokumentem ustępującym rangą tylko traktatom i prawom UE. W swych konkluzja Rada Unii Europejskiej umieszcza kwestie zdrowia psychicznego w szerokim kontekście innych priorytetowych zagadnień takich jak bieda czy bezrobocie podkreślając, że „dobrostan psychiczny jest zasadniczym elementem zdrowia i jakości życia" i jest istotnym czynnikiem dla rozwoju gospodarczego. Rada wzywa Państwa Członkowskie, aby w swoje polityce zdrowotnej nadały priorytet zdrowiu psychicznemu, kładły nacisk na zapobieganie zaburzeniom psychicznym, w tym na poprawę czynników środowiskowych promujących zdrowie i dobrostan psychiczny. Wzywa również Państwa Członkowskie i Komisję Europejską do podjęcia **Wspólnej Akcji na Rzecz Zdrowia Psychicznego i Dobrostanu** (*Joint Action on Mental Heath and Well-being*). Wspólne Akcje Unii Europejskiej są finansowane solidarnie przez Komisję Europejską i kraje członkowskie. Głównym celem rozpoczętej Akcji jest sformułowanie zestawu rekomendacji, które pozwolą przezwyciężyć ograniczenia dotychczasowych działań i stworzyć trwałe podstawy do ich wprowadzenia w życie. Szczegółowe cele Akcji obejmują:

- ewaluację postępu dokonanego w Unii Europejskiej i krajach członkowskich oraz wymianę doświadczeń w kwestiach zdrowia psychicznego,
- stworzenie ram działania zarówno na poziomie UE jak i krajów członkowskich,

– popieranie i zaangażowanie krajów członkowskich i innych interesariuszy w skutecznych działaniach na polu zdrowia psychicznego w Europie przez wzmocnienie krajowych i europejskich sieci,
– podniesienie kwalifikacji i umiejętności w zakresie polityki wobec zdrowia psychicznego w Europie.

Praca w ramach Wspólnej Akcji została podzielona na pięć modułów roboczych:
– promowanie, opartych na dowodach, działań przeciwko depresji i samobójstwom (koordynacja Węgry, Holandia),
– zarządzanie przekształceniami od opieki instytucjonalnej do opieki środowiskowej (koordynacja Portugalia),
– promowanie zdrowia psychicznego w miejscu pracy (koordynacja Niemcy),
– promowanie zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży (koordynacja Włochy),
– promowanie i włączenie zdrowia psychicznego we wszystkie polityki i strategie (koordynacja Finlandia).

Wspólna Akcja została zainicjowana w marcu 2013 r. i będzie trwała trzy lata. Zdrowie psychiczne stało się priorytetem dla wielu krajów. W tym roku Litwa, w ramach swojej prezydencji w UE, zorganizowała konferencję *Zdrowie psychiczne – wyzwania i możliwości*. Organizatorzy konferencji zidentyfikowali kilka najważniejszych wyzwań:

*1. Interdyscyplinarny i międzysektorowy wymiar problemu zdrowia psychicznego, a co za tym idzie, potrzeba wielowymiarowego podejścia do prewencji i promocji***.** Mimo dokonanego postępu promocja zdrowia psychicznego pozostawia wiele do życzenia. W szkołach, w miejscach pracy, społecznościach lokalnych niewykorzystywane są możliwości integracji działań tych instytucji.

2. Nierówności, społeczna inkluzja i możliwości partycypacji na rynkach nauki i pracy. Społeczna inkluzja, sukcesy w szkole i w pracy, należą do kluczowych czynników ochronnych zdrowia psychicznego. Jednak bezrobocie wśród osób z zaburzeniami psychicznymi jest bardzo wysokie. Wysokie bezrobocie wśród młodych ludzi w niektórych krajach może stanowić poważne zagrożenie dla zdrowia psychicznego całych pokoleń.

3. Luka w lecznictwie. Tylko połowa ludzi z zaburzeniami psychicznymi jest objęta leczeniem. Opieka psychiatryczna jest często niedostępna z powodu braku odpowiednich służb, niskiej jakości usług, ograniczonych zasobów, a także w związku ze stygmatyzacją. Wielu pacjentów nie dowierza psychiatrycznej służbie zdrowia, wynosi złe doświadczenia z pierwszego kontaktu i nie kontynuuje leczenia.

4. Prawa człowieka. Ciągle zbyt wielka liczba osób z zaburzeniami psychicznymi przebywa w wielkich instytucjach bez szans na społeczną inkluzję. Pracownicy ochrony zdrowia nie zawsze mają wystarczające kwalifikacje do pracy

z pacjentami z zaburzeniami psychicznymi, brak jest odpowiednich programów i modułów interwencji. Szczególnie dotkliwe są zróżnicowania regionalne, różnice pomiędzy miastem a wsią. Migracja specjalistów, zwłaszcza migracja za granicę, stanowi dodatkowe wyzwanie.

5. Pracownicy i opiekunowie. Wiele krajów boryka się z właściwym liczebnie rozwojem podstawowej i specjalistycznej kadry pracowników przygotowanych do świadczenia nowoczesnej i efektywnej ochrony zdrowia psychicznego oraz interwencji przywracających dobrostan, włączając w to wykorzystanie zastosowań e-zdrowia. Dodatkowym wyzwaniem dla kompetencji pracowników są nierówności i skutki migracji. Niedostatecznie doceniona i wspierana jest rola nieformalnych opiekunów.

6. Brak wspólnej informacji i luki w badaniach. Brak systematycznej ewaluacji, zróżnicowanej oferty promocyjnej, brak uzgodnionego zestawu wskaźników zdrowia psychicznego, utrudniają porównanie różnych działań i wymianę doświadczeń.

W konkluzjach z konferencji, wzywa się Państwa Członkowskie i Komisję Europejską do utrzymania wysokiego priorytetu dla kwestii zdrowia psychicznego, którego pogorszenie będzie stanowić hamulec rozwoju społecznego i gospodarczego UE. Poprawy wymagają wszystkie segmenty polityki wobec zdrowia psychicznego: promocja, prewencja oraz leczenie i rehabilitacja a także badania naukowe, w tym zbieranie odpowiednich danych. Konieczna jest realizacja hasła ***Zdrowie psychiczne we wszystkim*.** Oznacza ono, że wszelkie polityki i strategie, w tym polityka gospodarcza, społeczna, kulturalna i zdrowotna powinny uwzględniać perspektywę zdrowia psychicznego. Zdrowie psychiczne może zapewnić właściwa organizacja życia społecznego w miejscu zamieszkania, pracy, nauki a nie tylko edukacja i leczenie.

Może jeszcze bardziej niż gdzie indziej, w zakresie zdrowia psychicznego obserwuje się głęboką dysproporcję między rozwojem medycyny leczniczej (*curative*), postępującą standaryzacją procedur diagnostycznych oraz algorytmów leczenia farmakologicznego a poważnym zapóźnieniem w dziedzinie zdrowia publicznego. Impulsy idące z Unii Europejskiej, również ze strony Światowej Organizacji Zdrowia zmierzają do przezwyciężenia tej dysproporcji. Ignorowanie tych impulsów, faktyczny priorytet dla medycyny leczniczej, kosztem strategii z zakresu zdrowia publicznego doprowadziło do tego, że dziś zaburzenia psychiczne mają największy udział w utraconych, skorygowanych o niesprawności, latach życia obywateli UE a koszty pośrednie i bezpośrednie, w tym koszty leczenia stanowią coraz wyraźniejszą barierę nie tylko dla ochrony zdrowia, ale przede wszystkim dla rozwoju społecznego i gospodarczego.

Piśmiennictwo

1. IPiN-ZZP, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Zakład Zdrowia Publicznego. (2011) Zakłady psychiatrycznej i neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik statystyczny 2010. Część I. Lecznictwo psychiatryczne. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
2. Komisja Europejska (2005) *Green Book. Improving the mental health of the population – Towards a strategy on mental health for the European Union*; dostęp: http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/health_determinants_lifestyle/c11570c_en.htm#
3. Komisja Europejska (2013). *Mental health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health. European profile of prevention and promotion of mental health* (EuroPoPP-MH). The Institute of Mental Health, Nottingham.
4. Lithuanian Presidency Conference: *Mental Health: Challenges and Possibilities*, Conclusions. Vilnius, 10-11.10. 2013; dostęp: http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/lt_presidency_vilnius_conclusions_20131010_en.pdf
5. Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B. (2012): *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski . Raport z badań Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska*. Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii.
6. Rada Unii Europejskiej (2011) *Council conclusions on "The European Pact for Mental Heath and Well-being: results and future action"*; dostęp: https://www.google.pl/search?q=http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf&ie=utf-8&oe=utf-8&rls=org.mozilla:pl:official&client=firefox-a&channel=np&source=hp&gws_rd=cr&ei=Pla9UpLgLo3EswaZ4IDABw#channel=np&q=council+conclusions+european+pact+for+mental+health+and+wellbeing&rls=org.mozilla:pl:official
7. Unia Europejska (2008) *European Pact for Mental Heath and Well-being.* Eu High-Level Conference Together For Mental Health and Wellbeing, Brussels, 12-13 June; dostęp: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf
8. Unia Europejska (2010) *The Treaty on the Functioning of the European Union*; dostęp: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2008:115:0058:0199:en:PDF
9. WHO, World Health Organization. *European Health for All.* Data Base; dostęp: http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db

4. Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce

4.1. Stan i pilne potrzeby

4.1.1. Promocja

Krzysztof Ostaszewski
Zakład Zdrowia Publicznego, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Dla uzyskania znaczącej poprawy zdrowia współczesnych społeczeństw potrzebne jest nowe podejście. Odpowiedzią na to zapotrzebowanie jest promocja zdrowia, dla której najważniejszym celem jest aktywne doskonalenie zdrowia, a nie tylko ochrona przed chorobami czy patologią. Promocja zdrowia jest definiowana jako proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad zdrowiem i jego poprawę. Realizacja tej idei wymaga wielosektorowych działań, do których należą:

1. aktywne kreowanie polityki zdrowia publicznego,
2. tworzenie środowisk sprzyjających zdrowiu,
3. wzmacnianie działań i inicjatyw społecznych na rzecz zdrowia,
4. rozwijanie indywidualnych umiejętności i
5. reorientacja świadczeń zdrowotnych [Karski i in., 1992].

Zdrowie psychiczne jest jednym z priorytetowych obszarów promocji zdrowia. Dobre zdrowie psychiczne (dobrostan psychiczny) ma *zasadnicze znaczenie dla jakości życia, umożliwiając ludziom doświadczać życia jako sensownego, pozwalając im być twórczymi i aktywnymi obywatelami* (Deklaracja o Ochronie Zdrowia Psychicznego dla Europy, 2005, s. 15). Dlatego najpierw w Planie Działań na Rzecz Ochrony Zdrowia Psychicznego Dla Europy (2005), a następnie w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego [2010] przyjęto, że promocja zdrowia psychicznego będzie jednym z najważniejszych instrumentów poprawy zdrowia psychicznego całej populacji, w tym również osób z problemami psychicznymi i ich opiekunów. U podstaw tej koncepcji leży pozytywna definicja zdrowia psychicznego ujmowana w kategoriach dobrego samopoczucia, zaspokajania potrzeb, realizowania zadań rozwojowych, rozwijania umiejętności [Sęk i Ziarko, 2000].

Promocja zdrowia psychicznego to działania z zakresu edukacji i polityki społecznej ukierunkowane na całe populacje (np. populację dzieci i młodzieży szkolnej, ludzi w wieku senioralnym, ludzi z zaburzeniami psychicznymi i opiekunów), których nadrzędnym celem jest wzmacnianie zdrowia psychicznego oraz procesów wspomagających utrzymywanie dobrego zdrowia. Chodzi tu o wzmacnianie czynników chroniących i procesów odpornościowych (*resilience)*, które sprzyjają

zdrowiu i pozytywnemu rozwojowi jednostek oraz stanowią przeciwwagę dla czynników ryzyka, sytuacji kryzysowych, wyzwań i trudności napotykanych w ciągu życia [Borucka i Ostaszewski, 2008]. Przykładami działań z zakresu promocji zdrowia psychicznego i wspierania zasobów odpornościowych jednostek są np. warsztaty rozwijania umiejętności twórczego myślenia, pozytywnej motywacji, radzenia sobie ze stresem, złością, lękiem oraz inne różnorodne zajęcia zmierzające do rozwijania indywidualnych umiejętności życiowych i mocnych stron jednostek. Na poziomie polityki społecznej przykładami działań z tego zakresu jest tworzenie podstaw prawnych i organizacyjnych dla prowadzenia edukacji zdrowotnej w szkołach, tworzenie infrastruktury i podstaw prawnych dla rozwoju programów promocji zdrowia psychicznego w zakładach pracy, rozwijanie przez samorządy kapitału ludzkiego w społecznościach lokalnych. Promocja zdrowia psychicznego to działalność ofensywna, nastawiona na pomnażanie (wzmacnianie) zdrowia psychicznego i tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu psychicznemu.

Zasoby

W Polsce są zasoby, które można lepiej wykorzystać dla promocji zdrowia psychicznego. Do nich niewątpliwie należą uregulowania prawne dotyczące ochrony zdrowia psychicznego, w tym Ustawa o Ochronie Zdrowia Psychicznego, Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, które tworzą prawną infrastrukturę dla działań promocyjnych i profilaktycznych w obszarze zdrowia psychicznego na wszystkich szczeblach administracji państwowej i w instytucjach samorządowych. Do zasobów tego rodzaju należy również prawo oświatowe, na mocy, którego zadaniem szkoły jest edukacja zdrowotna i kształtowanie u uczniów nawyku (postaw) dbałości o zdrowie własne i innych ludzi oraz umiejętności tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu[2]. Istotnymi zasobami są również realizowane w Polsce, i mające już pewną tradycję, siedliskowe projekty promocji zdrowia: „Szkoła promująca zdrowie", „Zdrowe miasto", „Promocja zdrowia w miejscu pracy" i „Szpital promujący zdrowie". Do naszych zasobów należy także dodać działania trzeciego sektora na rzecz zdrowia psychicznego. Jest wiele organizacji pozarządowych, które wspierają ruch promocji zdrowia psychicznego w Polsce. Są to, na przykład, działania na rzecz rozwijania umiejętności psychospołecznych dzieci i młodzieży, umiejętności wychowawczych rodziców, destygmatyzacji osób cierpiących na choroby i zaburzenia psychiczne.

Braki

Niedostatki wiedzy. „Promocja zdrowia psychicznego" jest często hasłem, którego nie umiemy wypełnić konkretną treścią. Badanie stanu promocji zdro-

[2] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. 2009, Nr 4, poz. 17 z p. zm.).

wia psychicznego w samorządach, organizacjach pozarządowych, instytucjach publicznych i zakładach pracy województwa mazowieckiego przeprowadzone w latach 2008-09 wykazało, że jedną z poważnych barier jest brak adekwatnej wiedzy na ten temat [Okulicz-Kozaryn i in., 2010]. Termin „promocja zdrowia psychicznego" był niejasny i rodził nieporozumienia. Przedstawiciele niektórych badanych instytucji/organizacji jako powód niepodejmowania działań z zakresu promocji zdrowia psychicznego mówili, że… *„u nas nie ma psychicznie chorych, w związku z tym my nie potrzebujemy promocji zdrowia psychicznego".* Niedostateczna wiedza lub nieadekwatne rozumienie problemu powoduje, że promocja zdrowia psychicznego kojarzona jest przede wszystkim z działaniami na rzecz osób cierpiących na choroby lub zaburzenia psychiczne. W związku z tym działania z zakresu promocji zdrowia psychicznego adresowane są do osób problemami psychicznymi, a nie do ogólnej populacji.

Negatywna definicja zdrowia. Bardzo charakterystyczne i powszechne jest opisywanie stanu zdrowia społeczeństwa w kategoriach negatywnych. Ten paradoks jest tak mocno zakorzeniony w świadomości społecznej, że działa jak schemat poznawczy: zdrowie psychiczne = problemy z psychiką. W świadomości społecznej zdrowie psychiczne kojarzone jest więc z jego odwrotnością, z problemami, zaburzeniami i chorobami psychicznymi. Podstawą takiego myślenia jest negatywna definicja zdrowia psychicznego, w ramach której jest ono po prostu brakiem występowania chorób psychicznych, zaburzeń emocjonalnych lub behawioralnych oraz brakiem zakłóceń w sferze społecznego funkcjonowania. Rzadziej zdarza się, że zdrowie psychiczne ujmowane jest w kategoriach pozytywnych. W tym sensie oznacza – najogólniej rzecz biorąc – optymalne funkcjonowanie lub dobre samopoczucie.

Promocja zdrowia psychicznego wymaga pozytywnego języka opisu zdrowia psychicznego, wymaga odwagi w przełamywaniu stereotypowego (negatywnego) podejścia do zdrowia psychicznego ograniczonego do jego zaburzeń, objawów i chorób. Dlatego niezwykle istotne jest propagowanie pozytywnego (salutogenetycznego) rozumienia zagadnień zdrowia psychicznego [Antonovsky, 1997]. Kształcenie lekarzy, psychologów, pedagogów, pracowników socjalnych oraz przedstawicieli innych profesji „pomocowych" koncentruje się na negatywnej stronie zdrowia (czynnikach ryzyka, objawach, zaburzeniach, chorobach) pomijając pozytywna stronę zdrowia (zasoby odpornościowe, umiejętności służące zdrowiu, aktywne radzenie sobie z problemami zdrowotnymi, korzystanie z pomocy itd.).

Niska jakość podejmowanych działań. Prawie wszyscy specjaliści dostrzegają rozdźwięk pomiędzy tym, co faktycznie robi się pod szyldem „promocja zdrowia" a tym co wiadomo na temat warunków jej skuteczności. Badania prowadzone przez Instytut Psychiatrii i Neurologii wskazują, że większość działań z zakresu promocji zdrowia psychicznego podejmowanych w województwie mazowieckim nie miało

jasno określonego celu, odbiorców, ustalonych metod realizacji celu. Innymi słowy, nie spełniało podstawowych kryteriów skutecznego działania (Okulicz-Kozaryn i in., 2010). W ostatnich latach cztery instytucje kluczowe dla promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki w Polsce: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Ośrodek Rozwoju Edukacji i Instytut Psychiatrii i Neurologii podjęły współpracę, żeby poprawić jakość działań z zakresu promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki. Efektem tej współpracy jest opracowanie Systemu Rekomendacji i Oceny Programów Profilaktyki i Promocji Zdrowia Psychicznego (http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=106179). Jego sukces zależy od tego, czy ludzie w szkołach, organizacjach pozarządowych, samorządach lokalnych i administracji państwowej zaczną stosować ten system w praktyce.

Niedostatek rozwiązań systemowych. Barierą utrudniająca realizację działań z zakresu promocji zdrowia, jest niedostatek rozwiązań systemowych, a w szczególności brak środków na tworzenie i realizację programów promocji zdrowia psychicznego. Nie ma w strukturach Ministerstwa Zdrowia ani innych ministerstw instytucji, która byłyby odpowiedzialna za kreowanie polityki państwa w tym zakresie. Wiele instytucji tłumaczy swój brak aktywności w tej dziedzinie właśnie trudnościami ze znalezieniem środków finansowych.

Potrzeby – najpilniejsze zadania

W celu budowania pozytywnego zdrowia psychicznego naszego społeczeństwa niezbędne wydają się następujące działania:

- zwiększanie wiedzy na temat pozytywnego zdrowia psychicznego oraz opracowanie zrozumiałego języka dotyczącego promocji zdrowia psychicznego służącego komunikacji ze społeczeństwem,
- wypracowanie rozwiązań systemowych dla opracowywania, finansowania i realizacji programów promocji zdrowia psychicznego,
- wprowadzenie problematyki pozytywnego zdrowia psychicznego do podstawy programowej kształcenia lekarzy, nauczycieli, psychologów, pracowników socjalnych i innych profesji związanych z niesieniem pomocy,
- tworzenie modelowych programów promocji zdrowia psychicznego dla różnych grup społecznych (przede wszystkim dla rodzin, dla systemu opieki nad dziećmi i młodzieżą, dla osób w podeszłym wieku),
- budowanie środowiska specjalistów (praktyków i badaczy).

Mam nadzieję, że ta publikacja będzie dobrą okazją do przekonywania decydentów i przedstawicieli opinii publicznej, że samo leczenie zaburzeń psychicznych nie poprawi w sposób widoczny stanu zdrowia psychicznego naszego społeczeństwa. Dla uzyskania radykalnej poprawy niezbędna jest oparta na wiedzy promocja zdrowia psychicznego i profilaktyka zaburzeń psychicznych (Jane-Llopis i Anderson, 2005).

Piśmiennictwo

1. Antonovsky A. (1997). Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia, [w:] Heszen -Niejodek I., Sęk H. (red.) *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 206-231.
2. Borucka, A., Ostaszewski, K. (2008). Koncepcja resilience. Kluczowe pojęcia i wybrane zagadnienia. *Medycyna Wieku Rozwojowego*. XII, 2, część I. s. 587 – 597.
3. Deklaracja o Ochronie Zdrowia Psychicznego dla Europy i Plan Działań na Rzecz Ochrony Zdrowia Psychicznego Dla Europy (2005). *Podjąć wyzwania, szukać rozwiązań*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
4. Jane-Llopis E., Anderson P. (2005). *Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym. Polityka dla Europy* (tłumaczenie B. Mroziak). Nijmegen: Radbound University Nijmegen,
5. Okulicz-Kozaryn K., Borucka A., Pisarska A. (2010) Stan promocji zdrowia psychicznego w Polsce na przykładzie województwa mazowieckiego; [w:] *Okulicz-Kozaryn K., Ostaszewski K. (red.)*: *Promocja zdrowia psychicznego. Badania i działania w Polsce, część druga*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, s. 23-41.
6. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 roku w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (2010) Dziennik Ustaw Nr 24, poz. 128, 1698-1734.
7. Wybrane materiały źródłowe i dokumenty podstawowe dotyczące promocji zdrowia: Karta Ottawska.(1992) [w:] Karski J., Słońska Z., Wasilewski B. (red.), *Promocja zdrowia. Wprowadzenie do zagadnień krzewienia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Ignis, s. 422-428.
8. Sęk H., Ziarko M. (2000). Działania na rzecz promocji zdrowia psychicznego w Polsce na tle informacji z innych krajów europejskich. [w:] Czabała J. Cz. (red.) *Zdrowie psychiczne. Zagrożenia i promocja*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, s. 327—377.

4. 1. 2. Prewencja

Daria Biechowska
Zakład Zdrowia Publicznego, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Prewencja zaburzeń psychicznych to zespół działań, w których wykorzystuje się metody i środki psychologiczne celem zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia zaburzeń w funkcjonowaniu somatycznym, psychologicznym i społecznym. Cel ten osiąga się poprzez przeciwdziałanie czynnikom ryzyka i wzmacnianie zasobów [Sęk, 2000]. Do określenia działań nastawionych na zapobieganie różnym formom patologii używa się takich określeń, jak profilaktyka względnie psychoprofilaktyka, prewencja albo też prewencja psychologiczna. Terminu profilaktyka używano w Europie już w latach 30. poprzedniego wieku, natomiast termin prewencja upowszechnił się w Stanach Zjednoczonych, gdzie powstała nawet subdyscyplina nazwana psychologią prewencyjną [Felner i in., 1983]. W tym opracowaniu terminy te będą używane zamiennie. Caplan [1964] zaproponował podział prewencji na pierwotną, wtórną oraz trzeciego stopnia. Pierwotna prewencja obejmuje wszystkie starania zmierzające do zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia zaburzeń psychicznych poprzez przeciwdziałanie szkodliwym warunkom, zanim będą one

zdolne wywołać chorobę. Polega zatem ona na promocji zdrowia psychicznego i minimalizacji zagrożeń dla tego zdrowia poprzez oddziaływanie na osoby i grupy osób znajdujące się w obszarze ryzyka, poprzez zastosowanie specjalistycznych środków zapobiegawczych oraz metod psychologicznych wykorzystujących w sposób świadomy i intencjonalny wiedzę o czynnikach genetycznych zdrowia i choroby oraz o sposobach uzyskiwania celów prewencyjnych. Wtórną prewencję stosuje się, gdy wykryte zostaną wczesne sygnały zaburzeń. Ma ona na celu powstrzymanie rozwoju zaburzeń i skrócenie czasu ich trwania (wczesna interwencja). Prewencja trzeciego stopnia ma na celu zapobieganie skutkom przebytej choroby i hospitalizacji oraz przeciwdziałanie nawrotom choroby, ale także minimalizację wtórnych uszkodzeń związanych z przebytą chorobą i ewentualnych dysfunkcji (rehabilitacja i opieka środowiskowa). Rozumienie prewencji jako działalności zmierzającej do zapobiegania wystąpieniu zaburzeń poprzez dwa rodzaje oddziaływań:

– zmniejszanie czynników ryzyka i
– wspieranie rozwoju kompetencji i zasobów

przedstawia się w postaci tzw. równania ryzyka. Według tego równania prawdopodobieństwo patologii jest zależne od stosunku czynników ryzyka (biologicznych, psychologicznych, społecznych i ekologicznych) do zasobów (cechy podmiotowe i otoczenia, które warunkują prozdrowotną transakcję człowieka ze środowiskiem i stresem). Równanie to uwzględnia zatem szereg kontekstów rozwojowych (cechy strukturalne i funkcjonalne organizmu; cechy osobowości, które ujawniają się i kształtują w toku rozwoju). Z równania tego wyprowadza się dwie strategie prewencji:

– negatywną – polegającą na zmniejszaniu czynników ryzyka i
– pozytywną – polegającą na zwiększaniu odporności człowieka poprzez rozwijanie jego kompetencji życiowych i umiejętności przeciwdziałania zagrożeniom, także przez korzystne oddziaływanie na środowisko.

Dla osiągnięcia pożądanych efektów strategie te powinny być stosowane równolegle. Wyodrębnienie oddziaływań na podmiot i otoczenie pozwala wyróżnić w działaniach prewencyjnych dwie podstawowe strategie postępowania: wzmacnianie kompetencji ludzi przez wyposażanie ich w umiejętności i uodparnianie, oraz organizowanie otoczenia tak, by sprzyjało rozwojowi i nie zawierało źródeł stresu.

Strategie te sprowadzają się, więc do stymulowania rozwoju osoby poprzez wpływ bezpośrednio na nią i na jej otoczenie. Cowen [1983] zwraca uwagę na specyficzny charakter działań prewencyjnych, mających na celu zapobieganie zaburzeniom psychicznym. Pierwotna prewencja psychologiczna jest, według niego, pojęciem węższym (podobnie jak promocja zdrowia psychicznego), oznaczającym zespół działań, które zmierzają do wzmocnienia psychologicznych zasobów i do przeciwdziałania psychologicznym i społecznym czynnikom ryzyka. Należy do niej prewencja nerwic, zaburzeń osobowości oraz zapobieganie uzależnieniom, a także

patologii społecznej. Psychologiczna prewencja psychopatologii powinna dotyczyć osób, które mają subiektywne poczucie zdrowia, ale należą do grup ryzyka.

W projektowaniu pomocy o cechach profilaktyki bardzo ważna jest diagnoza jakości i nasilenia czynników ryzyka oraz badanie posiadanych zasobów, zwanych czynnikami ochronnymi. Pomoc mająca na celu zapobieganie patologii może mieć miejsce w pracy psychologa z jedną osobą (doradztwo profilaktyczne, indywidualny program pomocy, interwencja kryzysowa). Często jednak wiąże się z projektowaniem i realizowaniem programów profilaktycznych.

W 1994 roku amerykański Institute of Medicine wprowadził klasyfikację poziomów profilaktyki – uniwersalny (obejmujący całe populacje), selektywny, ukierunkowany na jednostki i grupy zwiększonego ryzyka) i wskazujący (ukierunkowany na jednostki/grupy wysokiego ryzyka demonstrujące pierwsze objawy zaburzeń psychicznych), która bardziej precyzyjnie niż klasyfikacja Caplana wytycza granice między profilaktyką a promocją zdrowia psychicznego. Nowe poziomy profilaktyki są oparte na pierwotnym znaczeniu terminu „profilaktyka", wedle którego ma ona przede wszystkim charakter uprzedzający a nie naprawczy [za: Ostaszewski, 2010].

Prewencja w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego

Zgodnie z Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) realizowanym od 2011 roku pierwszym z trzech głównych celów jest promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym. Cel ten powinien być realizowany na wszystkich poziomach, poczynając od organów administracji rządowej, jednostki samorządu terytorialnego, podmioty lecznicze, placówki systemu oświaty, organizacje pomocy społecznej, ale również zakłady pracy, organizacje pozarządowe i inne organizacje społeczne.

Należy przygotować programy interwencji profilaktycznych opartych na dowodach naukowych, dla różnych zidentyfikowanych grup ryzyka, którym zagrażają zaburzenia psychiczne. Skierowanie interwencji do docelowych grup ryzyka może zmniejszyć nadmierne koszty opieki zdrowotnej i społecznej, jakie mogą powstać.

Bariery i trudności pojawiające się w działaniach profilaktycznych, to przede wszystkim brak ośrodka monitorującego i koordynującego realizację NPOZP oraz niezapewnienie środków budżetowych na działania w ramach NPOZP na wszystkich szczeblach jego realizacji.

Głównymi realizatorami zadań z zakresu ochrony zdrowia, a tym samym podmiotami odpowiedzialnymi za stworzenie pozytywnych gwarancji ochrony praw pacjenta, są jednostki samorządu terytorialnego wszystkich szczebli: gmina, powiat i samorząd wojewódzki. Gmina i powiat powinny koordynować działania polegające na wdrażaniu programów zdrowotnych na terenach im podległych. Zadania samorządu województwa to kolejny szczebel systemu realizacji programów zdrowotnych.

Analiza rocznych sprawozdań samorządów terytorialnych z realizacji NPOZP skłania do refleksji, że nie realizują one prawie wcale zadań wynikających z NPOZP. Jednocześnie angażowanie się jednych samorządów na rzecz działania profilaktyki chorób psychicznych, a bierność innych samorządów stwarza sytuację, w której dochodzi do niejednolitych rozwiązań w zakresie profilaktyki z całym kraju, podejmowanie zadań tylko przez zasobniejsze gminy, a tym samym brak koordynacji działań w tym zakresie.

Dlatego należy nalegać na opracowanie programów profilaktyki zaburzeń psychicznych w skali kraju. Niestety dotychczasowe działania Ministerstwa Zdrowia (MZ) w tym zakresie zakończyły się fiaskiem. Opracowane na zlecenie MZ programy profilaktyczne nie uzyskały akceptacji Agencji Oceny Technologii Medycznych. W tym roku MZ ogłosiło trzy konkursy na przygotowanie pilotażowego wdrożenia programów zapobiegania samobójstwom, zapobiegania depresji oraz wczesnej diagnostyki i interwencji w zaburzeniach rozwoju dzieci w wieku przedszkolnym. Czas na złożenie oferty wynosił 2,5 dnia, a na opracowanie raportu – 3 tygodnie. W związku z działaniami Ministerstwa (a raczej ich brakiem) do tej pory, choć minęły już dwa lata, nadal nie udało się opracować programów profilaktycznych, chociaż wg NPOZP powinny być one realizowane od lipca 2011 roku.

Analiza zagadnienia działań prewencyjnych wskazuje również na pozytywne praktyki. Coraz bardziej aktywnie rozwija się i działają na rzecz profilaktyki zaburzeń psychicznych: ruch użytkowników opieki psychiatrycznej (*service users involvemen*t), organizacje pozarządowe, firmy badawcze zajmujące się ewaluacją systemów opieki zdrowotnej, czy wreszcie organizacje zrzeszające pracowników socjalnych, psychologów.

Na zapobieganie zaburzeniom psychicznym przeznacza się bardzo niewielkie środki, mimo możliwości zysków nie tylko zdrowotnych, ale również społecznych i ekonomicznych dla społeczeństwa. Środki przeznaczane na profilaktykę zaburzeń psychicznych powinny być proporcjonalne do obciążenia problemami zdrowia psychicznego. Zapobieganie zaburzeniom psychicznym prowadzi do zdrowia, zysków społecznych i ekonomicznych, zmniejsza wykluczanie społeczne przy zwiększeniu wydajności ekonomicznej, może również ograniczyć ryzyko zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania przy mniejszych kosztach opieki społecznej i zdrowotnej.

Piśmiennictwo

1. Caplan, G. (1964). Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books.
2. Cowen, E. (1983). Primary prevention in mental health: Past, present and future. W: L. D. Felner, R.D., Jason, L.A., Moritsugu, J.N., Farber, S.S. (red.) (1983). Preventive psychology. New York: Pergamon Press.
3. Sęk, H. (2000). Wybrane zagadnienia psychoprofilaktyki. W: H. Sęk (red.), Społeczna psychologia kliniczna (wyd. 4, s. 9-16). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
4. Ostaszewski K. (2010). Kompedium wiedzy o profilaktyce, (w:) Przewodnik metodyczny po programach promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki, Warszawa: Fundacja ETOH.

4. 1. 3. Poszanowanie praw i godności chorujących

Anna Liberadzka
Stowarzyszenie „Otwórzcie drzwi", Kraków



Stan obecny

Mówiąc o poszanowaniu praw i godności osób chorujących psychicznie trzeba na początek uzmysłowić sobie, jakie to są prawa, rozważyć, co to znaczy godność. Podstawowym błędem, powtarzanym po wielokroć w różnych kontekstach, często także przez profesjonalistów, jest ograniczanie praw osób chorujących psychicznie do praw pacjenta. Nie jesteśmy tylko pacjentami, bywamy nimi, kiedy jesteśmy hospitalizowani lub kiedy odwiedzamy gabinet psychoterapeuty. Przede wszystkim jesteśmy ludźmi, którzy zasługują na szacunek i, których prawa określają dokumenty takie jak Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej czy Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, czy wreszcie Europejska Konwencja Praw Człowieka. Sytuując siebie na pozycji tych, którzy są ponad osobami chorującymi psychicznie, traktując ich inaczej niż pozostałe osoby, równocześnie wyrażamy przyzwolenie na Orwellowskie „równi i równiejsi". Dlatego powtórzę: przestańmy ograniczać prawa osób chorujących do praw pacjenta, zobaczmy w osobie chorującej psychicznie człowieka, któremu przysługują prawa człowieka.

Przyjmując ten punkt widzenia należy zadać pytanie: czy dziś w Polsce są respektowane prawa osób chorujących psychicznie? Odpowiedź jest jednoznaczna: zdecydowanie nie. Można wymienić różne płaszczyzny łamania tych praw. Jedną z nich jest płaszczyzna legislacyjna. Warto zaznaczyć, że przytoczone poniżej zapisy są nie tylko przykładami dyskryminacji osób chorujących psychicznie, ale też absurdalnymi przykładami, kiedy prawo łamie prawo, albowiem wszystkie poniższe zapisy są niezgodne bądź z Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, bądź z Powszechną Deklaracja Praw Człowieka, bądź z Europejską Konwencją Praw Człowieka.

Pierwszy przykład dotyczy czynności prawnych, oświadczeń woli oraz dziedziczenia ustawowego i testamentowego. Kodeks Cywilny zawiera sformułowanie:

Testament jest nieważny, jeżeli został sporządzony w stanie wyłączającym świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenia woli (choroba psychiczna) (Kodeks Cywilny, art. 945),

a także sformułowanie:

Nieważne jest oświadczenie woli złożone przez osobę, która z jakichkolwiek powodów znajdowała się w stanie wyłączającym świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli. Dotyczy to w szczególności choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego chociażby nawet przemijającego zaburzenia czynności psychicznych. (Kodeks cywilny, art. 82).

Należy dodać, iż każda czynność prawna dokonana przez osobę z diagnozą choroby psychicznej może być uznana za nieważną.

Drugim przykładem dyskryminacji na poziomie legislacyjnym są unormowania związane z zawarciem małżeństwa:

Nie może zawrzeć małżeństwa osoba dotknięta chorobą psychiczną albo niedorozwojem umysłowym. Jeżeli jednak stan zdrowia lub umysłu takiej osoby nie zagraża małżeństwu ani zdrowiu przyszłego potomstwa i jeżeli osoba ta nie została ubezwłasnowolniona całkowicie, sąd może jej zezwolić na zawarcie małżeństwa. (Kodeks rodzinny i opiekuńczy, art. 12).

Warto też nadmienić, że uprzednio obowiązujący Kodeks Karny zawierał zapis, który w praktyce oznaczał odmowę „chorym psychicznie" prawa do podejmowania współżycia seksualnego, ponieważ mogło to prowadzić do ukarania partnera. Kodeks przewidywał karalność każdego czynu nierządnego, a

za każdy czyn nierządny należy rozumieć stosunek seksualny osoby zdrowej z osobą chora psychicznie, z osobą pozbawioną całkowicie lub w znacznym stopniu zdolności rozpoznania znaczenia czynu lub kierowania swym postępowaniem (Kodeks Karny, art. 169).

Te zapisy świadczą o nikłej wrażliwości etycznej oraz braku elementarnej wiedzy medycznej z zakresu zdrowia psychicznego u tych, którzy to prawo stanowili, ale mówią sporo także o nas wszystkich, którzy te prawa milcząco akceptujemy.

Warto im przeciwstawić konstytucyjną gwarancję: *równości wobec prawa i zakaz dyskryminacji* (Konstytucja RP, art. 32) lub zapis stanowiący, że Wszyscy *ludzie rodzą się wolni i równi pod względem swej godności i swych praw* (Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, art. 1).

Dyskryminacja nie dotyczy tylko zapisów zawartych w prawie. Ma ona także swoje odbicie w nieludzkim i poniżającym traktowaniu. Przykładów niestety wciąż jest dużo, niektóre z nich są nagłaśniane, jak chociażby te na oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży w Starogardzie Gdańskim, gdzie stosowane były takie „formy terapii" jak: wielogodzinne stanie na baczność, bezpodstawne zamykanie pacjentów na wiele tygodni w izolatce, lodowaty prysznic za niesubordynację czy aplikowanie bolesnych zastrzyków z obojętnej terapeutycznie soli fizjologicznej.

Praktyki te oraz do nich podobne, o których mówią pacjenci, świadczą o głębokiej dehumanizacji osób, które przecież z własnego wyboru swoją dro-

gę zawodową związały z pracą na rzecz osób chorujących psychicznie. Chcemy wierzyć, że takich sytuacji jest coraz mniej.

Jest także poziom dyskryminacji wynikający z niewiedzy, a co za tym idzie lęku, strachu. Z tego rodzą się takie postawy: *Nie zatrudnię osoby chorującej psychicznie, bo się jej boję. Nie podejdę do chorującego studenta, bo on może być agresywny". Dla mojego komfortu i poczucia bezpieczeństwa niech „oni" będą jak najdalej."* Są to sytuacje, które przypominają zachowanie strusia – jeśli schowam głowę w piasek i nie będę widział, to znaczy, że nie ma problemu, a dana sytuacja mnie nie dotyczy. Chowanie się za murem obojętności, źle pojętej asertywności, odcinanie się od osób chorujących psychicznie do niczego nie prowadzi, a dla osób, które doświadczyły kryzysu psychicznego często oznacza to brak dostępu do takich zasobów jak nauka czy praca, a czasem i leczenia. Tak działo się na przykład w Toruniu, gdzie chory, który zgłosił się na pogotowie z silnym bólem w klatce piersiowej, nie otrzymał pomocy, dlatego, że był osobą chorującą psychicznie. Gdy ów chory na pytanie lekarza, czy choruje na inne choroby, odpowiedział, że ma schizofrenię paranoidalną, został odesłany z pogotowia, bez udzielenia pomocy. Zmarł na ławce na terenie szpitala wojewódzkiego w Toruniu na atak serca.

Brak poszanowania praw i godności osób chorujących przejawia się także na poziomie werbalnym, kiedy czasami zupełnie bezrefleksyjnie etykietujemy, naznaczamy, piętnujemy, używając w odniesieniu do osób chorujących psychicznie takich chociażby sformułowań jak: „wariat, czubek, świr, down, szajbus, fijoł, szurnięty, obłąkany, pomylony, porąbany, nawiedzony, stuknięty, odmieniec, wyrzutek, gamoń, nierozgarnięty, ciemniak, dureń, idiota, kretyn, imbecyl, debil, jołop, matoł" (Wciórka J., 2008).

Rzadko zdajemy sobie sprawę, piętnując zarówno poprzez werbalne, jak i behawioralne formy, że w ten sposób nie tylko wyrażamy brak szacunku dla drugiego człowieka, nie tylko nie respektujemy jego praw, ale częstokroć przyczyniamy się do gorszego przebiegu klinicznego jego choroby. Badania wskazują bowiem, że na skutek piętna zwiększa się ryzyko zaostrzenia objawów i ryzyko nawrotu choroby. Piętno, które mniej lub bardziej świadomie wywieramy na osoby chorujące psychicznie oddziałuje tak silnie, że często nazywane jest „drugą chorobą" (Świtaj P., Waszkiewicz J., 2007).

Mówiąc o poszanowaniu praw i godności osób chorujących psychicznie, zdecydowanie widać poważne braki w tym zakresie. Jednak na pytanie, czy mamy w tej mierze jakieś zasoby, także można odpowiedzieć twierdząco. Moim zdaniem zasobem jest to, że tworzy się w Polsce przestrzeń do rozmowy, osoby, które chorowały są zapraszane do debaty, mają szanse wypowiedzi a ich opowieści zaczynają być traktowane jako wiarygodne źródło. Ten głos jest coraz silniejszy. To, co wydaje mi się tu istotne, to aby mówić rzeczywiście swoim głosem opartym na doświadczeniu i niekoniecznie po to, by spełniać oczekiwania profesjonalistów.

Potrzeby

Do potrzeb w zakresie poszanowania praw i godności osób chorujących psychicznie należą potrzeby regulacji prawnych, ale przede wszystkim trzeba wskazać na konieczność zmian świadomościowych. Można tego dokonać poprzez kształtowanie właściwych postaw społecznych. Jakich? Punktem wyjścia jest dla mnie stwierdzenie krakowskiego profesora psychiatrii Antoniego Kępińskiego: *Podstawą wszelkich stosunków międzyludzkich jest traktowanie drugiego człowieka jako człowieka*. (Kępiński A., 2000). Jeśli bowiem uda nam się zobaczyć w osobie chorującej psychicznie człowieka, nie tylko pacjenta, nawet nie osobę chorującą psychicznie, nie świra, wariata, szajbusa, idiotę, odmieńca czy nawiedzonego to nie będziemy się zastanawiać, czy ten człowiek, ta osoba może głosować, dziedziczyć, uczyć się, pracować, leczyć, wchodzić w relacje małżeńskie, rodzić i wychowywać dzieci. Do tego jednak potrzeba czasu. Jurgen Habermas, niemiecki filozof, twierdził, że ustrój polityczny zmienia się sześć miesięcy, ustrój gospodarczy sześć lat, a postawy społeczne zmieniają się w przeciągu lat sześćdziesięciu. Nie oznacza to bynajmniej, że nic nie możemy zrobić dzisiaj. Aby zmiany mogły następować, trzeba im wyznaczyć kierunek i nadać siłę rozpędu. Jan Paweł II pisał: „Przyszłość zaczyna się dziś, nie jutro". To my kształtujemy przyszłość, decydujemy nie tylko o tym, co tu i teraz, ale także o tym, jak będzie się żyło naszym dzieciom i wnukom. A to zobowiązuje.

Spodziewane korzyści

O spodziewanych korzyściach wygranej walki z piętnem można mówić w co najmniej dwóch wymiarach.

Pierwszy z nich, odnoszący się do perspektywy indywidualnej, to, używając modnego dziś sformułowania, poprawa jakości życia osób chorujących psychicznie. To stwierdzenie zawiera w sobie takie elementy, jak: lepszy dostęp do nauki, do pracy, stabilne miejsca pracy i godziwa płaca, lepsza opieka medyczna, system legislacyjny respektujący prawa wszystkich obywateli i równy dla wszystkich, ale też nawiązywanie i utrzymywanie relacji społecznych, rozwijanie swoich zdolności, umiejętności i zainteresowań. Poprawa jakości życia to także mniejsza liczba zachorowań, mniej nawrotów choroby, jej łagodniejszy przebieg, a także mniej samobójstw. Wbrew pozorom, poprawa jakości życia osób chorujących daje wymierne korzyści całemu społeczeństwu, także ekonomiczne. Każda osoba po wygranej walce z chorobą psychiczną, która nie napotyka na bariery stygmy wraca do społeczeństwa. To oznacza, zdobycie pełniejszego wykształcenia, powrót lub wejście na rynek pracy. To oznacza także, że te osoby płacą podatki, nie pobierają świadczeń, zasiłków, rent. Wówczas, gdy postawa pasywna zmienia się w aktywną a bierność zastępuje działanie, to już nie państwo ich utrzymuje, a oni utrzymują wspólną przestrzeń, którą nazywany państwem.

Drugim wymiarem spodziewanych korzyści wygranej walki z piętnem jest wymiar społeczny. Dla mnie oznacza to, że stajemy się lepsi jako społeczeństwo, ewoluujemy. Potrafimy stworzyć przestrzeń, w której osoby z jakiekolwiek powodu słabsze są włączane a niewykluczane, stajemy się społeczeństwem inkluzyjnym zamiast ekskluzyjnym. Znamienne jest, że w dzisiejszych czasach zadajemy pytanie: czy ja mam moralne prawo, aby pomóc drugiej osobie? Społeczeństwo inkluzyjne to takie, w którym wiemy, że mamy nie tylko moralne prawo, ale i moralny obowiązek pomóc drugiej osobie. Społeczeństwo inkluzyjne to takie, w którym rozumiemy co oznacza odpowiedzialność za drugiego człowieka. I wreszcie, społeczeństwo inkluzyjne stwarza miejsce wolne od piętna, dyskryminacji, agresji, wolne od lęku i nienawiści.

Najpilniejsze zadania

Najpilniejszym zadaniem wydaje mi się wsparcie edukacji. Badania jednoznacznie wskazują (Świtaj P., Waszkiewicz J., 2007), że jedyne sukcesy na drodze walki z piętnem społecznym są możliwe przy pomocy edukacji, która wykorzystuje bezpośredni kontakt z osobą chorującą psychicznie. Uważam, że należy stworzyć rozwiązania systemowe, z solidnymi programami i stabilnymi źródłami ich finansowania. Dla przykładu w Szkocji rząd co roku przeznacza milion funtów na walkę z piętnem i uważa, że patrząc na możliwe skutki zaniechania tych czynności (wydatki na leczenie, rehabilitacje i powrót do społeczeństwa), to i tak „opłaca się" inwestować w kampanie antystygmatyzacyjne i edukację („Voices", 2009).

Drugim niezwykle istotnym zadaniem jest wspieranie ruchów beneficjentów, tych, którzy w swoim życiu doświadczyli choroby i potrafili przekuć owo doświadczenie w wartość. Swoistym zasobem jest fakt otwarcia się na debatę, zaproszenia do niej osób z doświadczeniem choroby.

Tylko osoby, które wyzdrowiały, mogą zaświadczyć o swej drodze powrotu do rzeczywistego świata, dać nadzieje innym chorującym. To właśnie beneficjenci najskuteczniej będą uczyć, uwrażliwiać, oni bowiem doskonale rozumieją, jak ważne jest, aby „getto prawne" się rozpadło, znikły bariery i piętno. Niektórzy z nich już podjęli ten wysiłek, we wstępie do publikacji pisałam z H. Kaszyńskim, iż: „Spośród 1,5 miliona osób z doświadczeniem choroby psychicznej w Polsce tylko jednostki decydują się na to, aby dać świadectwo swojego zdrowienia. Robiąc to, wiele ryzykują. Na jednej szali stawiają poczucie bezpieczeństwa „dzisiaj", na drugiej poczucie bezpieczeństwa wszystkich osób po kryzysach psychicznych „jutro" (Cechnicki A., Bielańska A., Kaszyński H., Liberadzka A., 2009).

Piśmiennictwo

1. Cechnicki A., Bielańska A., Kaszyński H., Liberadzka A., (red.) „Umacnianie i zdrowienie. Trzeba dać świadectwo", Wydawnictwo Dla Nas, Kraków 2009.
2. Kodeks Cywilny ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r.
3. Kodeks Karny, ustawa z dnia 19 kwietnia 1969.
4. Kodeks Rodzinny i Opiekuńczy, ustawa z dnia 25 lutego 1964 r.
5. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.
6. Kępiński A., „Rytm życia", Wydawnictwo Literackie, Kraków 2000.
7. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, 10 grudzień 1948, Paryż.
8. Świtaj P., Waszkiewicz J., „O walce z piętnem choroby psychicznej", (w:) Anczewska M., Wciórka J. (red.) „Umacnianie nadzieja czy uprzedzenia" Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2007).
9. Wciórka B., Wciórka J., „Osoby chore psychicznie w społeczeństwie. Komunikat z badań", Centrum Badania Opinii Społecznej, 2008.
10. Voices – film, A SPORA FILMS Production, reż. Ricard Faura & Josetxu Zuazu, Barcelona, 2009.

4.1.4. System lecznictwa psychiatrycznego

Wanda Langiewicz
Zakład Zdrowia Publicznego, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

System psychiatrycznej opieki zdrowotnej podlegał po roku 1990, podobnie jak cały system ochrony zdrowia, wielu zasadniczym zmianom obejmującym przede wszystkim wymiar finansowy, ale także organizacyjny. Najważniejsza zmiana polegała na zastąpieniu finansowania budżetowego, ubezpieczeniowym, przy jednoczesnym zrównaniu podmiotów publicznych z prywatnymi w prawie do ubiegania się o środki publiczne na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Po wielu zmianach i modyfikacjach obecnie najważniejszymi aktami prawnymi, tworzącymi ramy dla funkcjonowania całego systemu opieki zdrowotnej są:

- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Dla obszaru obejmującego zagadnienia zdrowia psychicznego najważniejsze regulacje znajduję się ponadto w:

- Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994, w tym zwłaszcza w Rozporządzeniu Rady ministrów z 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Odrębność psychiatrycznej opieki zdrowotnej zaznaczają także odmienne uregulowania, w obszarze finansowania oraz w metodach gromadzenia danych statystycznych.

Ustawa „psychiatryczna" – wśród wielu zagadnień specyficznych dla tego obszaru, takich jak promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym oraz ochrona praw obywatelskich – określa model opieki, zapewniający wielostronną i powszechnie dostępną opieką osobom z zaburzeniami psychicznymi. Szczegóły docelowego modelu zostały ujęte w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP), który wyznacza na kilka najbliższych lat konkretny plan działań, przewidziany dla wielu podmiotów zobowiązanych do jego realizacji.

Całość systemu opieki psychiatrycznej, tworzą placówki o zróżnicowanych formach opieki oraz o różnorodnym profilu dostosowanym do potrzeb osób z określonym rodzajem zaburzeń, bądź w określonej grupie wieku. Wewnątrz systemu osobne miejsce – organizacyjnie i programowo – zajmują różne formy specjalistycznej opieki przewidziane dla osób uzależnionych od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.

System lecznictwa psychiatrycznego

Głównymi formami ciągle tradycyjnego modelu opieki są placówki ambulatoryjne oraz stacjonarne, obok których występują znacznie mniej liczne tzw. formy opieki pośredniej, tj.: oddziały dzienne, zespoły opieki środowiskowej, hostele. W wyniku przemian ostatniego dwudziestolecia obserwuje się rosnącą rolę niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej w organizacji placówek udzielających świadczeń psychiatrycznych, przede wszystkim w formie ambulatoryjnej. Pozostałe rodzaje świadczeń (stacjonarne, dzienne i inne) nadal realizowane są głównie przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej.

Poradnie zdrowia psychicznego są najbardziej powszechną formą opieki ambulatoryjnej i dostępną w prawie wszystkich powiatach (93%) kraju. Korzystanie ze świadczeń tych placówek jest ustawowo ułatwione i nie wymaga skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Według statystyk za 2011 rok do 1094 poradni, zgłosiło się łącznie 1 108,7 tys. osób, którym udzielono 4 359,6 tys. porad, głównie (84%) lekarskich, a 145,7 tys. objęto świadczeniami psychoterapeutycznymi. Ciągle bardzo niewiele poradni specjalizuje się w ofercie świadczeń dla osób z wybranych grup rozpoznań, takich jak np. organiczne zaburzenia psychiczne lub zaburzenia nerwicowe.

Mimo dynamicznego rozwoju tej formy opieki, czego wyrazem jest jej ponad dwukrotny wzrost liczby poradni w porównaniu z rokiem 2000, zakres oferowanych w nich świadczeń jest niejednakowy. Połowa dysponuje rozbudowaną ofertą, na którą składają się oprócz porad lekarskich i psychologicznych, także sesje psychoterapii indywidualnej oraz rzadziej inne świadczenia. Pozostałe oferują usługi ograniczone do podstawowego poradnictwa lekarsko-psychologicznego, bądź wyłącznie lekarskiego. Dotyczy to przede wszystkim 30%

poradni funkcjonujących w ograniczonym wymiarze czasu (1-3 dni tygodniowo), usytuowanych najczęściej w mniejszych miejscowościach.

Poradnie „pełnowymiarowe", tj. czynne przez 5 dni w tygodniu i oferujące pełny zakres świadczeń, powinny stanowić zalążek podstawowego wariantu Centrum Zdrowia Psychicznego, tj. połączonego z zespołem środowiskowym, realizującym opieką czynna wobec pacjentów z określonego obszaru i współpracującego z opieka dzienną i stacjonarną.

Poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży są poradniami wyspecjalizowanymi, przewidzianymi dla populacji do 18 roku życia. W 2011 roku było ich 175 i obejmowały opieką nieco ponad 100 tys. osób, udzielając blisko pół miliona porad (468, 2 tys.). W skali kraju, proporcje porad lekarskich oraz pozostałych (głównie psychologicznych) są w poradniach dla dzieci i młodzieży dość wyrównane, a nawet z niewielką przewagą porad nielekarskich.

Niedostateczną – w stosunku do potrzeb – liczbę tych poradni, powoduje utrzymujący się od lat niedobór lekarzy z wymaganą specjalizacją z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży.

Poradnie psychologiczne uzupełniają działalność poradni zdrowia psychicznego. Ich liczba w ostatnich kilku latach znacząco wzrosła. W porównaniu z rokiem 2004, w którym odnotowano działalność 24 poradni, w roku 2011 było ich 268 i tylko, co piąta (20%) funkcjonowała w obrębie samodzielnych publicznych zakładów opieki. Ogółem poradnie psychologiczne udzieliły w 2011 r. ćwierć mln porad prawie 50 tys. osobom.

Dynamiczny rozwój poradnictwa psychologicznego nastąpił przede wszystkim dzięki stworzonym możliwościom niezależnego ubiegania się o finansowanie ze środków publicznych.

Zespoły leczenia środowiskowego są szczególnie ważną formą, przewidzianą przede wszystkim dla pacjentów o przewlekłym przebiegu zaburzeń psychicznych, pozostających w trakcie opieki w swoim środowisku. Cechą wyróżniającą pracę zespołów są częste wizyty środowiskowe w miejscu zamieszkania pacjentów oraz utrzymywanie kontaktów z pacjentami w innych formach zajęć (np.: kluby pacjentów). W 2011 r. całym kraju działało 68 zespołów, głównie w dużych ośrodkach miejskich, obejmując opieką rocznie 9,6 tys. osób.

W bardziej dynamicznym rozwoju zespołów leczenia środowiskowego przeszkadzają zarówno bariery organizacyjno-finansowe, jak i kadrowe (niedostatek wyszkolonych terapeutów środowiskowych). Jest to tak ważne ogniwo środowiskowego modelu opieki, że brak istotnych zmian w tym zakresie może spowodować niepowodzenie całej reformy lecznictwa psychiatrycznego.

Oddziały dzienne stanowią bardzo ważna środowiskową formę opieki, zapewniającą pacjentom świadczenia lecznicze i rehabilitacyjne przez 8-10 godzin dziennie przez 5 dni w tygodniu, na ogół w miejscowości zamieszkania, a więc z zacho-

waniem więzi rodzinnych i społecznych. W 2011 roku w ponad 100 zakładach opieki funkcjonowały 173 oddziały psychiatryczne dla dorosłych z 3,9 tys. miejsc oraz 24 oddziały dla dzieci i młodzieży z 814 miejscami. Rocznie ze świadczeń tej formy korzysta ponad 20 tys. osób. Według przewidywań NPOZP liczba miejsc w oddziałach dziennych powinna w ciągu kilku lat wzrosnąć o kilka tysięcy.

Psychiatryczna opieka całodobowa. W 2011 roku psychiatryczna opieka całodobowa dysponowała ponad 24,6 tys. łóżek (poza 7,7 tys. – dla uzależnionych), z których ponad połowa (56 %) zlokalizowana była w oddziałach szpitali psychiatrycznych, a tylko 24% w oddziałach szpitali ogólnych. Pozostałe 20%, to łóżka o profilu opiekuńczym, często w obiektach dawnych dużych szpitali psychiatrycznych, z których zostały wydzielone organizacyjnie. W strukturze bazy łóżkowej ogólne oddziały psychiatryczne dominują (58%) nad opiekuńczymi (21%), psychiatrii sądowej (8%) i dziecięco-młodzieżowymi (4%).

Wyrównywanie dostępności psychiatrycznej opieki całodobowej przebiega od wielu lat dwutorowo, z jednej strony, poprzez powolny proces zmniejszania dużych szpitali, z drugiej – przez tworzenie oddziałów przy szpitalach ogólnych lub innych specjalistycznych.

- ***Szpitale psychiatryczne.*** Obecny system opieki szpitalnej obciążony jest pozostałościami izolacyjnego modelu opieki, o nadmiernej koncentracji łóżek w szpitalach budowanych poza miastami, często w odległych, słabiej zaludnionych rejonach. Proces zmniejszania dużych szpitali odbywa się powoli od lat, głównie poprzez wyzbywanie się technicznie zużytych lub niewykorzystanych obiektów oraz poprawę warunków (rozgęszczenie) w obiektach wyremontowanych. W rezultacie w okresie ostatnich 20 lat liczba łóżek szpitalnych zmalała o ponad 17 tys., z czego ponad 5 tys. – po roku 1999. Obecnie tylko dwa szpitale można uznać za bardzo duże, tj., liczące powyżej 800 łóżek, podczas gdy w roku 1990 było ich 10. W końcu 2011 roku funkcjonowały w kraju 52 szpitale psychiatryczne z 13 888 łóżek o profilu psychiatrycznym (oprócz ok. 3 tys. łóżek dla uzależnionych).
- ***Oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych.*** Jest to szczególnie promowana od lat forma opieki całodobowej, ponieważ funkcjonując w strukturach placówek niepsychiatrycznych, z jednej strony zmniejsza stygmatyzację osób hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych, z drugiej – przybliża miejsce leczenia do miejsca zamieszkania. W 2011 roku w strukturze 96 szpitali innych niż psychiatryczne działało 139 oddziałów psychiatrycznych, o łącznej liczbie 5,9 tys. łóżek. Proces ich powstawania przebiega dość wolno, przyspieszając jedynie w latach wdrażania przez resort zdrowia specjalnych programów dofinansowujących takie zadania.
- ***Hostele*** – to najmniej dostępna forma opieki, polegająca na prowadzeniu profilowanych programów psychoterapeutycznych rehabilitacyjnych

w zbliżonych do domowych warunkach chronionego zakwaterowania, pozwalających na przywrócenie umiejętności społecznych w warunkach codziennego funkcjonowania osobom z zaburzeniami psychicznymi niewymagającymi leczenia szpitalnego. W roku 2011 na terenie 7 województw zlokalizowanych było 19 hosteli, w większości dla osób uzależnionych, do których trafiło 649 osób.

– ***Zakłady opiekuńczo – lecznicze (ZOL) i pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO).*** Są formą opieki, wyrosłą z jednej strony z dawnych domów pomocy społecznej, pozostawionych na początku transformacji w resorcie zdrowia a z drugiej – z części dużych szpitali psychiatrycznych, z których wydzielono część obiektów wraz z pacjentami przewlekle hospitalizowanymi, którzy całkowicie utracili kontakt ze swoim środowiskiem. Łącznie z nowymi placówkami w 2011 roku było ich 52 z 4,8 tys. łóżek. Wraz ze starzeniem się populacji, a więc także osób z zaburzeniami psychicznymi, należy spodziewać się rosnącego zapotrzebowania na oddziały opiekuńcze o przyzwoitym standardzie dla osób, które nie utrzymają się samodzielnie w środowisku. Należy jednak zauważyć, że dotychczasowa praktyka kierowania do zakładów opiekuńczych w pewnym stopniu dowodzi niewydolności systemu opieki psychiatrycznej, ponieważ brakuje alternatywnych form opieki, które dla sporego odsetka pacjentów tych zakładów byłyby realną alternatywa, pozwalającą na dalsze funkcjonowanie we własnym środowisku rodzinnym i społeczności lokalnej (m. in. dzięki aktywnemu wsparciu leczniczymi i opiekuńczymi świadczeniami środowiskowymi, w różnych formach zamieszkiwania chronionego).

Podsumowanie

Przedstawiony system opieki psychiatrycznej cechuje stosunkowo niska – w stosunku do oczekiwań – skuteczność i sprawność, a opisane wyżej jego elementy, zdezintegrowane ze względu na wielość podmiotów zarządzających oraz sposób finansowania, nie tworzą spójnego, nastawionego na jeden cel systemu.

W rezultacie, poszczególne formy opieki, działające nawet w tej samej jednostce, nie podlegają mechanizmowi systemowego współdziałania i koordynacji. Trudności ulegają zwielokrotnieniu, gdy na określonym obszarze formy te są zarządzane przez różne podmioty lecznicze (np. będące i niebędące przedsiębiorcami). Jedynym sposobem skutecznie promującym pożądane działania i wymuszającym zmianę powinien być odpowiedni mechanizm finansowy, którego wprowadzenia należy oczekiwać od NFZ.

Analizując poziom dostępności, można powiedzieć, że etap poprawy w zakresie opieki ambulatoryjnej jest dość zaawansowany. Z kolei poprawa dostępności opieki całodobowej wymaga kontynuacji procesu zmniejszania dużych

placówek szpitalnych i tworzenia nowych oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych.

Za szczególnie niekorzystne zjawisko należy uznać nikły wzrost liczby zespołów leczenia środowiskowego, które w zespoleniu z poradniami oraz oddziałami opieki dziennej i całodobowej mogłyby umożliwiać tworzenie sieci ***Centrów Zdrowia Psychicznego***, a wiec systemu zintegrowanej opieki, zapewniającemu na określonym terytorium ciągłość i kompleksowość świadczeń.

Niestety, jako samospełniającą się przepowiednię, można potraktować fragment z uzasadnienia do Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie NPOZP.

Z realizacją Programu będzie wiązało się ponoszenie kosztów w sektorze finansów publicznych – zarówno wynikających z potrzeby restrukturyzacji i rozbudowy infrastruktury, jak i zwiększenia zatrudnienia w tej dziedzinie opieki zdrowotnej. Realizatorami zadań będą jednostki budżetu państwa związane z określonymi działami gospodarki narodowej oraz – w przeważającej części – jednostki samorządu terytorialnego.

Uwzględniając sytuację budżetu państwa oraz budżetów jednostek samorządu terytorialnego i biorąc pod uwagę możliwe trudności w pozyskaniu tak licznej grupy wykwalifikowanych pracowników, w projekcie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego założono, że w wyniku realizacji programu, w latach 2011-2015, zostanie uzupełniona jedynie część stwierdzonego niedoboru.

Także sprawozdania z dwóch kolejnych lat realizacji Programu, tj. za rok 2011 i 2012 (opracowane przez Ministerstwo Zdrowia) nie napawa optymizmem, zważywszy że także podmiot odpowiedzialny za koordynację realizacji Programu, czyli resort zdrowia, w znakomitym stopniu wywiązuje się ze swoich działań.

Piśmiennictwo

1. IPiN – ZZP, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Zakład Zdrowia Publicznego. Zakłady psychiatrycznej i neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik statystyczny 2010. Warszawa 2011 oraz Rocznik statystyczny 2011 (w druku).
2. MZ, Ministerstwo Zdrowia (2013) Informacja o realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w 2011 roku (2013). Warszawa: Druk sejmowy nr 1614.
3. MZ, Ministerstwo Zdrowia (2011) Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia.
4. Thornicroft G., Tansella M. (2010) W stronę lepszej psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
5. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, (Dz.U.2013, poz.217).
6. Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994, (Dz.U.1994 nr 111 poz. 535 z późn. zm.).
7. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2008, nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)

4.1.5. System oparcia społecznego

Paweł Bronowski
Instytut Psychologii Stosowanej, Akademia Pedagogiki Specjalnej, Warszawa

Nowoczesne systemy oparcia stanowią fundament umożliwiający prowadzenie samodzielnego i satysfakcjonującego życia w społecznościach lokalnych. W przypadku osób chorych psychicznie wiąże się to z koniecznością pokonywania licznych trudności związanych z objawami choroby oraz niechętnymi postawami społecznymi.

Ważnym i zarazem pomijanym problemem jest dotkliwe osamotnienie osób chorych psychicznie. Często dotyka ono osób chorujących na schizofrenię, u których indywidualne sieci społeczne są szczególnie nieliczne. Zwykle nie przekraczają one 10 osób. W większości przypadków są one tworzone jedynie przez członków najbliższej rodziny. Z badań nad otoczeniem społecznym osób chorujących wynika, że ulega ono destrukcji po kolejnych hospitalizacjach. Powoduje to dotkliwe poczucie samotności, przyczynia się do gorszego radzenia sobie z sytuacjami trudnymi związanymi z codziennym życiem i nawrotami choroby. Nieliczne i niewydolne w zakresie udzielania wsparcia otoczenie społeczne osób chorujących psychicznie negatywnie wpływa na poczucie ich satysfakcji życiowej [Hardiman i Segal, 2003, Goldberg i in., 2003].

Podobny wpływ na jakość życia chorych ma również inny czynnik, jakim są trudności w pełnieniu takich ról społecznych jak: bycie uczniem, rodzicem, małżonkiem, lub pracownikiem. Przeszkody w realizacji jednej z podstawowych ról życiowych czyli „pracownika" wydają się kluczowe dla funkcjonowania osób chorych psychicznie. Ich sytuacja na rynku pracy, duże trudności w pozyskiwaniu i utrzymaniu zatrudnienia wywołują poczucie nieprzydatności, zmniejszają znacząco szanse na uzyskanie samodzielności i niezależności.

Innym ważnym elementem wpływającym negatywnie na satysfakcję z życia w społecznościach lokalnych jest zjawisko stygmatyzacji osób chorujących psychicznie. Często są one społecznie naznaczone, postawy wobec nich są niechętne lub obojętne. Stygmatyzacja wywołuje poczucie odrzucenia, mniejszej wartości i nieprzydatności. Jest czynnikiem przyczyniającym się do izolacji społecznej i marginalizacji. U wielu osób chorujących skutkuje unikaniem relacji ze „zdrowymi".

Wymienione czynniki silnie oddziałują na proces zdrowienia osób chorujących psychicznie. Korzystając z terminologii psychologii pozytywnej można powiedzieć, że utrudniają im prowadzenie „dobrego życia". Często powodują poczucie wyobcowania i postępującą marginalizację. Niezbędne jest więc skuteczne umacnianie chorych w społecznościach lokalnych. Działania takie są obecnie możliwie dzięki niemedycznym środowiskowym programom wsparcia. W stosunku do potrzeb jest ich wciąż w Polsce zbyt mało, można jednak uznać, że w wielu społecznościach lokalnych są dobrze rozwinięte, w ich ramach wypracowano skuteczne metody działania. Programy te są prowa-

dzone przez organizacje pozarządowe, pomoc społeczną oraz samorządy lokalne. Do najbardziej popularnych i dostępnych obecnie w Polsce niemedycznych programów oparcia środowiskowego należy zaliczyć:

Środowiskowe Domy Samopomocy. Dzienne ośrodki zapewniające rehabilitację społeczną i oparcie. Ich programy są oparte na treningach umiejętności społecznych, terapii zajęciowej oraz różnych formach aktywizacji społecznej. Placówki te nastawione są w największym stopniu na podtrzymanie chorych w ich funkcjonowaniu społecznym oraz zapobieganiu hospitalizacji.

Ośrodki Wsparcia. Dzienne placówki o profilu zbliżonym do ŚDS. Oferta zawiera w sobie wsparcie psychologiczne, kompensowanie sieci społecznych oraz terapię zajęciową. Nakierowane przede wszystkim na podtrzymanie funkcjonowania w społeczności lokalnej poza całodobowymi placówkami psychiatrycznymi i opiekuńczymi.

Warsztaty Terapii Zajęciowej. Dzienne ośrodki przygotowujące do podjęcia zatrudnienia. Oferują dość intensywny program rehabilitacji społecznej i aktywizacji zawodowej. Zawierają elementy wsparcia zawodowego polegające na doradztwie zawodowym i pomocy w zdobywaniu miejsc pracy. Ich program jest bardziej intensywny niż w ŚDS lub OW. Podstawą jest nacisk na nabywanie kwalifikacji niezbędnych do podjęcia pracy.

Kluby. Oferują możliwość zagospodarowania wolnego czasu oraz nawiązywania kontaktów interpersonalnych. Programy te działają zwykle w godzinach popołudniowych, są niezbyt intensywne, ale łatwo dostępne. Formy udzielanego wsparcia są w nich zróżnicowane: pomoc psychologiczna, organizacja wolnego czasu, wspólne spędzanie świąt, możliwość zjedzenia posiłku, skorzystanie z komputera lub pralki.

Specjalistyczne Usługi Opiekuńcze. Program adresowany głównie do osób przejawiających duże trudności w funkcjonowaniu społecznym. Realizowany poprzez regularne wizyty domowe terapeutów. Obejmuje szeroki zakres działań, zawierający pomoc w przełamywaniu izolacji, interwencje kryzysowe oraz wspieranie w procesie leczenia.

Chronione Zakwaterowanie. Dostępne w formie hosteli lub mieszkań chronionych. Zapewniają bezpieczne miejsce do życia oraz wsparcie terapeutów. Pozwalają na pobyt w okresie dłuższym lub krótszym (treningowym). Zwykle stanowią fundament dla uczestnictwa w innych programach oparcia.

Programy Aktywizacji Zawodowej. Obejmują szeroką gamę działań: od punktów aktywizacji zawodowej oferujących pomoc w zakresie poszukiwania miejsc pracy, diagnozę zawodową i pomoc psychologiczną aż do kompleksowych projektów oferujących zatrudnienie.

Siedem wymienionych programów stanowi podstawową ofertę oparcia społecznego dla osób chorujących psychicznie. Działania prowadzone w ich ramach są zróżnicowane, dostosowane do potrzeb i możliwości osób w różnych stadiach procesu zdrowienia. Programy można podzielić na dwie grupy. Do pierwszej należą te nastawione na podtrzymanie poziomu funkcjonowania i zapobieganie hospitalizacjom. Należy do nich zaliczyć Środowiskowe Domy Samopomocy, Ośrodki Wsparcia, Kluby i Specjalistyczne Usługi Opiekuńcze. W drugiej grupie znajdują się Warsztaty Terapii Zajęciowej, Mieszka-

nia Chronione oraz Programy Aktywizacji Zawodowej. Są one nastawione w większym stopniu na wzmacnianie samodzielności i niezależności.

W ramach programów realizowane są zróżnicowane oddziaływania: poradnictwo psychologiczne, treningi umiejętności społecznych, wspieranie codziennego funkcjonowania, kompensowanie deficytów w sieciach społecznych oraz poradnictwo dla członków rodzin. Warto podkreślić, że działania te prowadzone są przez interdyscyplinarny personel. W jego skład wchodzą psychologowie, terapeuci zajęciowi, pedagodzy, pracownicy socjalni, trenerzy pracy i doradcy zawodowi. Zróżnicowanie kwalifikacji terapeutów stanowi warunek niezbędny do tego, aby udzielać wszechstronnego wsparcia na różnych etapach procesu zdrowienia.

Efektywność programów została zbadana w Warszawie, Krakowie i Lublinie w grupie uczestniczących w nich 302 osób chorujących na schizofrenię. W miastach tych stworzone zostały kompleksowe systemy oparcia społecznego. W skład każdego z nich wchodzą wymienione powyżej programy. Działają stabilnie od wielu lat, dysponują licznym i dobrze przygotowanym personelem. Programy wchodzące w skład systemów są ze sobą powiązane. Koncentrując się na takich wskaźnikach jak liczebność sieci społecznych, poziom funkcjonowania społecznego oraz odczuwana jakość życia zbadano, czy uczestnictwo w programach wspiera proces zdrowienia. Uzyskane wyniki pokazują, że w porównaniu z osobami, które nie były nimi objęte, ich uczestnicy dysponują dwukrotnie liczniejszymi sieciami społecznym, ujawniają również wyższy poziom funkcjonowania społecznego oraz deklarują wyższy poziom odczuwanej jakości życia. W okresie korzystania z programów rzadziej trafiają do szpitali psychiatrycznych. Dane te jednoznacznie przekonują, że udział w programach oparcia środowiskowego wpływa pozytywnie na proces zdrowienia (Bronowski, 2012). Programy oparcia stanowią ważny czynnik skutecznie umacniający osoby chore psychicznie. Są istotnym elementem podtrzymującym funkcjonowanie w społecznościach lokalnych oraz zapobiegają nawrotom choroby. Pomagają w uzyskaniu samodzielności, wzmacniają samoocenę i dają nadzieję na lepsze życie.

Programów tych jest nadal zdecydowanie zbyt mało. Są standardem w dużych miastach, lecz poza nimi dostęp do nich jest zdecydowanie trudniejszy. W przypadku niektórych programów ich finansowanie odbywa się w systemie grantowym, jest więc niestabilne i wymaga ciągłego poszukiwania środków na kontynuację, nie zawsze zakończonego sukcesem.

Warto jeszcze wspomnieć o elemencie istotnym dla efektywności realizowanych działań czyli o wsparciu szkoleniowym dla prowadzących je zespołów. Terapeuci z programów środowiskowych pracują długoterminowo i intensywnie z osobami chorymi psychicznie. Niezbędne jest zapewnienie im dostępu do kompleksowego programu podnoszącego kwalifikacje. Doświadczenia płynące z nielicznych jeszcze w skali kraju tego typu projektów szkoleniowych i superwizyjnych są obiecujące.

Efektywność programów oparcia środowiskowego w zakresie umacniania i wspierania procesu zdrowienia należy ocenić wysoko. Jest ona jednak w dużym

stopniu zależna od tego, czy poszczególne programy są powiązane w lokalne systemy. Najbardziej optymalnym rozwiązaniem jest sytuacja, w której w jednej społeczności lokalnej działają wszystkie wymienione rodzaje programów oparcia. Możliwa jest wówczas kooperacja między nimi i dostosowanie zakresu i intensywności interwencji do dynamiki procesu zdrowienia. Wieloletnie korzystanie z jednej tylko placówki (dotyczy to zwykle Środowiskowych Domów Samopomocy, Ośrodków Wsparcia lub Warsztatów Terapii Zajęciowej), może utrudnić nabywania samodzielności życiowej. Dlatego też najlepszym rozwiązaniem jest skoncentrowanie wszystkich dostępnych programów na poziomie społeczności lokalnej i wykorzystywanie ich w możliwie pragmatyczny sposób. Tak dzieje się w systemach oparcia w Krakowie, Lublinie i Warszawie. Niestety obecnie w Polsce znacznie częściej mamy do czynienia z pojedynczymi, osamotnionymi placówkami. Planując uruchamianie kolejnych programów oparcia warto robić to z myślą o budowaniu kompleksowych, lokalnych systemów oddziaływań.

Piśmiennictwo

1. Hardiman E., Segal S. (2003). Community membership and social networks in mental health self-help agencies, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27, 25-33.
2. Goldberg R., Rollins A., Lehman A. (2003). Social network correlates among people with psychiatric disabilities, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 4, 393-402.
3. Bronowski P. (2012). *Środowiskowe systemy wsparcia w procesie zdrowienia osób chorych psychicznie.* Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.

4.1.6. System uczestnictwa społeczno-zawodowego

Hubert Kaszyński
Instytut Socjologii, Uniwersytet Jagielloński, Kraków

Na instytucjonalnej mapie rozwiązań z zakresu uczestnictwa społeczno-zawodowego pierwszoplanowe miejsce pełnią organizacje obywatelskie. Ich rola polega na podejmowaniu działań ukierunkowanych na tworzenie w środowisku lokalnym konkretnych programów, których cele sprowadzają się do:

- wzrostu poziomu przygotowania do aktywności społecznej, zarobkowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych oraz tych, u których wystąpiły psychospołeczne konsekwencje długotrwałego braku pracy oraz
- zatrudniania tej kategorii osób w tzw. warunkach „wspieranych", tworzonych w ramach zróżnicowanych projektów pracy, przedsiębiorstw społecznych, lub też poszukiwaniu możliwości zatrudniania wspieranego na otwartym rynku.

Szczególne znacznie mają tutaj zapisy Ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. Nr 96, poz. 873), definiujące m.in. kwestie dotyczące podejmowania odpłatnej i nieodpłatnej działalności statutowej, które umożliwią stowarzyszeniom, fundacjom, związkom charytatywnym aktywność na pograniczu działalności gospodarczej.

Warto zwrócić uwagę, iż stosowanie przez pracowników szeroko rozumianej pomocy środowiskowej nowych metod wspierania uczestnictwa społeczno-zawodowego osób chorujących psychicznie wymaga od nich umiejętności budowania partnerskich relacji z osobami wymagającymi pomocy, stymulowania samopomocy, promowania i tworzenia realnych rozwiązań oraz posiadania podstawowych kompetencji w zakresie terapii społecznej, edukacji zawodowej, inicjowania przedsiębiorczości społecznej, jak również pracy zgodnej z promowanym we współczesnej polityce społecznej podejściem międzysektorowym. Bez tego kanonu kompetencji kluczowych trudno sobie wyobrazić, że wprowadzane w Polsce nowe rozwiązania będą faktycznie sprzyjały integracji osób z głębokimi problemami psychicznymi.

Nowe rozwiązania w zakresie aktywizacji społeczno-zawodowej np. kluby lub centra integracji społecznej, spółdzielnie socjalne, lub przedsiębiorstwa społeczne stanowią wartościowe uzupełnienie istniejącej od wielu lat oferty rehabilitacyjnej adresowanej przede wszystkim do osób niepełnosprawnych z problemami psychicznymi obejmującej: warsztaty terapii zajęciowej, zakłady aktywności zawodowej oraz środowiskowe domy samopomocy i ośrodki wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi (ryc. 3). Do tych instytucji powinniśmy zdecydowanie odwoływać się, planując – na poziomie każdego powiatu w naszym kraju – standard leczenia, rehabilitacji i uczestnictwa społeczno-zawodowego osób chorujących psychicznie.

Rycina 3. Podstawowe formy uczestnictwa społeczno-zawodowego osób chorujących psychicznie w Polsce.

PODSTAWOWE FORMY AKTYWIZACJI I REHABILITACJI SPOŁECZNO-ZAWODOWEJ:
- kluby integracji społecznej
- centra integracji społecznej
- **warsztaty terapii zajęciowej**
- **środowiskowy dom samopomocy, ośrodki wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi**

MIEJSCA ZATRUDNIENIA I REHABILITACJI SPOŁECZNO-ZAWODOWEJ:

W ramach chronionego rynku pracy:
- **zakłady aktywności zawodowej**

W ramach otwartego rynku pracy:
- spółdzielnie socjalne
- przedsiębiorstwa społeczne

podejmujące odpłatną działalność pożytku publicznego lub działalność gospodarczą

Warsztaty terapii zajęciowej (WTZ) były organizowane w Polsce już od 1992 roku. Oznaczają one wyodrębnioną organizacyjnie i finansowo placówkę stwarzającą osobom niepełnosprawnym aktualnie niezdolnym do podjęcia pracy możliwość rehabilitacji społecznej i zawodowej w zakresie pozyskiwania lub przywracania umiejętności niezbędnych do podjęcia zatrudnienia. Realizacja tego celu odbywa się przy zastosowaniu technik terapii zajęciowej, zmierzających do rozwijania umiejętności wykonywania czynności życia codziennego oraz zaradności osobistej, psychofizycznych sprawności oraz podstawowych i specjalistycznych umiejętności zawodowych, umożliwiających uczestnictwo w szkoleniu zawodowym albo podjęcie pracy. W kraju działa ponad 660 warsztatów terapii zajęciowej, które obejmują rehabilitacją ponad 20 tysięcy osób niepełnosprawnych (Barczyński, 2013)[3]. Szczegółowa analiza funkcjonowania WTZ przeprowadzona w 2008 roku (PFRON, 2009) dostarczyła informacji, iż osoby z upośledzeniem umysłowym stanowią ponad połowę uczestników warsztatów (56%). Porównując te wyniki do danych za 2005 rok, autorzy raportu zwracają uwagę na fakt, iż udział w warsztatach osób z upośledzeniem umysłowym spadł o 8 punktów procentowych (z 64% w 2005 roku do 56% w 2008 roku). Warto również podkreślić, iż drugą, co do częstości występowania wśród uczestników warsztatów przyczyną niepełnosprawności są choroby psychiczne (18%). Dane z roku 2008 informują o wzroście występowania w WTZ osób z chorobami psychicznymi o 5 punktów procentowych (z 13% w 2005 roku do 18% w 2008 roku).

W tym miejscu należy wspomnieć o środowiskowych domach samopomocy oraz ośrodkach wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, które będąc placówkami oparcia społecznego i samopomocy, stanowią jednocześnie skuteczną formą socjoterapeutyczną dla osób mających problemy w uczestniczeniu w zajęciach WTZ. O miejsce w domu lub ośrodku wparcia może ubiegać się każda osoba, która jest leczona psychiatrycznie. W 2012 roku w tego typu terapii uczestniczyło szacunkowo ponad 20 tysięcy osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi [MPiPS, 2012].

Warsztaty terapii zajęciowej wbrew intencjom ustawodawcy, które zostały zawarte w już w pierwszym rozporządzeniu w sprawie szczegółowych zasad tworzenia, działania i finansowania warsztatów terapii zajęciowej z roku 1992[4], nie są zintegrowane z chronionym rynkiem pracy. Od wielu lat mamy do czynienia z pro-

[3] Autor zwraca uwagę, iż „w okresie ponad 20. lat ewolucji systemu rehabilitacji zawodowej i społecznej można zaobserwować utrwalające się zjawisko istotnego lokalnego zróżnicowania liczb poszczególnych podmiotów realizujących bezpośrednio procesy rehabilitacji. Zjawisko to można zaobserwować już na poziomie województw, a pogłębia się jeszcze bardziej na poziomie powiatów". Fakt ten jest istotny z perspektywy planowania uczestnictwa społeczno-zawodowego osób chorujących psychicznie w poszczególnych środowiskach lokalnych naszego kraju.

[4] Nieobowiązujące już *Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 8 września 1992 r. w sprawie zasad tworzenia, działania i finansowania warsztatów terapii zajęciowej* (Dz.U. Nr 71, poz. 357).

blemem braku ciągłości pomiędzy rehabilitacją społeczno-zawodową w warsztatach a rehabilitacją zawodową, która powinna być podejmowana między innymi przez zakłady pracy chronionej. Brak miejsc pracy dla chorujących psychicznie jest szczególnie dotkliwy, ponieważ rehabilitacja społeczno-zawodowa w psychiatrii ma swój sens, kiedy istnieje stała współpraca między placówką rehabilitacyjną a zakładami pracy gotowymi zaoferować chorującym zatrudnienie.

Odpowiedzią na to szczególne zapotrzebowanie środowiska osób związanych z niepełnosprawnością było wprowadzenie w życie Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 21 stycznia 2000 r. w sprawie zakładów aktywności zawodowej (Dz. U. Nr 6, poz. 77). Podstawowym celem działalności ***zakładów aktywności zawodowej*** (ZAZ) jest zatrudnienie i rehabilitacja zawodowa osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, jak również przygotowanie ich w miarę możliwości do samodzielnego życia i funkcjonowania w społeczeństwie. W ZAZ – podobnie jak w warsztatach terapii zajęciowej – prowadzona jest rehabilitacja społeczna, zawodowa i lecznicza, z tą jednak różnicą, że główny nacisk kierowany jest na rehabilitację zawodową. Zakład aktywności zawodowej umożliwia prowadzenie działalności gospodarczej w obszarze rehabilitacyjnym. Gmina, powiat oraz fundacja, stowarzyszenie lub inna organizacja społeczna, której statutowym zadaniem jest rehabilitacja zawodowa i społeczna osób niepełnosprawnych, może utworzyć wyodrębnioną organizacyjnie i finansowo jednostkę i uzyskać dla niej status zakładu aktywności zawodowej, jeżeli co najmniej 70% osób zatrudnionych w tej jednostce stanowią osoby niepełnosprawne, zaliczone do znacznego stopnia niepełnosprawności lub zakwalifikowane do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, u których stwierdzono autyzm, upośledzenie umysłowe lub chorobę psychiczną. W kraju funkcjonuje ponad 60 zakładów aktywności zawodowej [Barczyński, 2013]. Pod koniec 2008 roku zatrudniały one 1903 osoby niepełnosprawne, z czego 23% stanowiła podgrupa niepełnosprawnych z powodu chorób psychicznych [TNS OBOP, 2009]. Z perspektywy rozwoju wspólnot lokalnych i środowiskowo zorientowanej psychiatrii ważną funkcją zakładów aktywności zawodowej jest wypracowanie dobrych praktyk promujących rozwój inicjatyw społeczno-gospodarczych. Ich celem ma być zatrudnianie osób niepełnosprawnych, w tym z powodu chorób psychicznych.

Inicjatywy te określamy jako ***przedsiębiorstwa społeczne*** (PS). Ważną kwestią jest określenie profilu działalności gospodarczej planowanych inicjatyw, a tym samym poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, jaką pracę mogą podejmować osoby chorujące psychicznie. Często posługujemy się uproszczeniami, próbując stworzyć kategorię prac możliwych i dostosowanych do stanu zdrowia psychicznego przyszłych pracowników. Interesującą analizę w tym zakresie przedstawili Mechanic i in. [2002]. Ich ustalenia jednoznacznie dowodzą, iż pracownicy chorujący psychicznie, włączając również tych manifestujących poważne zaburzenia

psychotyczne, zajmują na otwartym rynku podobne stanowiska pracy jak osoby zdrowe (!). Należy podkreślić, iż osoby chorujące psychicznie pracują również na stanowiskach wymagających wysokich kompetencji zawodowych i społecznych. Na szczególną uwagę zasługuje koncentracja pracowników chorujących w zawodach związanych ze świadczeniem usług (z wyłączeniem tych związanych z ochroną i opieką nad gospodarstwem domowym). Informacja ta stanowi ważną przesłankę przy planowaniu przedsiębiorstwa społecznego, którego celem jest tworzenie miejsc pracy dla osób chorujących. Jednakże, biorąc pod uwagę uzyskany w badaniu równomierny rozkład pracowników we wszystkich kategoriach zawodowych, należy jednoznacznie stwierdzić, iż nie ma „specjalnego miejsca pracy" dla chorującego pracownika. Stanowisko to ma być przede wszystkim dostosowane do jego poziomu wykształcenia i przygotowania zawodowego. Autorzy cytowanego raportu podkreślają, iż kluczowym wskaźnikiem możliwości zatrudnienia i utrzymania pracy na stanowiskach kierowniczych zawiązanych z zarządzaniem i administracją jest poziom wykształcenia. Poziom wykształcenia determinuje także prawdopodobieństwo znalezienia pracy. Osoby chorujące psychicznie, legitymujące się wyższym wykształceniem mają od dwóch do pięciu razy większą szansę na zatrudnienie aniżeli osoby, które go nie posiadają.

Przedsiębiorstwa są jednostkami gospodarczymi ekonomii społecznej stworzonymi w celu zapewnienia pracy osobom mającym znaczne trudności w funkcjonowaniu na ogólnym rynku pracy. Wypełniają swoją misję społeczną poprzez produkcję poszukiwanych na rynku dóbr i świadczenie usług. Ich cena nie musi być podyktowana warunkami rynku. Jednakże warunkiem koniecznym jest wypracowanie dochodu potrzebnego do opłacenia zatrudnionych pracowników. Równocześnie przedsiębiorstwa te, prowadząc działalność gospodarczą, respektują specyficzne potrzeby zatrudnionych osób. Pojedyncze polskie przykłady przedsiębiorstw społecznych, zatrudniających osoby z zaburzeniami psychicznymi, to między innymi:

- pierwsza w kraju, powstała w połowie lat dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia, firma społeczna *Kawiarnia Miodowa 9*, zarządzana przez Krakowską Fundację „Hamlet";
- wzór rehabilitacji społeczno-zawodowej osób chorujących psychicznie *Pensjonat i Restauracja „U Pana Cogito"*, prowadzona przez Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne";
- przejaw obywatelskiego zaangażowania radomskich rodzin osób chorujących psychicznie, przekuty w *Gospodę Jaskółeczka*, w której zatrudnienie znalazło ponad 20 osób chorujących psychicznie;
- firma *EKON* zatrudniająca kilkaset osób z zaburzeniami psychicznymi, będąca ogólnokrajowym sukcesem wypracowanym w Warszawie przez Stowarzyszenie Niepełnosprawni dla Środowiska „EKON".

Rozwijające się w Polsce przedsiębiorstwa społeczne są ważnym ogniwem w procesie zdrowienia i włączania społecznego osób chorujących psychicznie. Równocześnie stanowią one wraz z innymi formami uczestnictwa społeczno-zawodowego, w tym z zatrudnieniem wspieranym w ramach rynku otwartego, jedną z najbardziej efektywnych metod transferu środków przeznaczanych na działania utrwalające wyniki leczenia psychiatrycznego. Stanowią one niezbędne uzupełnienie dostępnych w psychiatrii i pomocy społecznej sposobów walki z szeroko rozumianym ubóstwem coraz liczniejszej grupy osób szukających wsparcia w radzeniu sobie z zaburzeniami psychicznymi.

Piśmiennictwo

1. Barczyński A. (2013). Warsztaty terapii zajęciowej – stan i perspektywy. *Nasze Sprawy. Magazyn Informacyjny Osób Niepełnosprawnych;* dostęp: http://www.naszesprawy.com.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=3463:warsztaty-terapii-zajciowej-stan-i-perspektywy&catid=17:opinie&Itemid=37 [data odczytu: 11.11. 2013 r.] .
2. Mechanic, D., Bilder, S., McAlpine D. (2002). Employing Persons With Serious Mental Illness. *Health Affairs* 21(5), 242-253.
3. MPiPS (2012). Statystyka Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej za 2012 rok; dostep: http://www.mpips.gov.pl/pomoc-spoleczna/raporty-i-statystyki/statystyki-pomocy-spolecznej/statystyka-za-rok-2012/#akapit2
4. PFRON (2009). *Analiza działalności warsztatów terapii zajęciowej w 2008 roku. Raport z badania zrealizowanego przez Centrum Badań Marketingowych INDICATOR dla Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych*. Warszawa: Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
5. TNS OBOP (2009). *Zakłady Aktywności Zawodowej. Raport z badania TNS OBOP*, Warszawa: Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

4.1.7. Informatyzacja i badania

Paweł Mierzejewski
Zakład Farmakologii, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Informatyzacja

Zmiany w ochronie zdrowia są w dużym stopniu pochodną postępu technologicznego. Ostatnie lata to intensywny rozwój informatyzacji, trend ten jest ogólnoświatowy. Decyzje i rozwiązania, które obecnie przyjmujemy będą rzutowały na funkcjonowanie całego systemu przez kolejne dziesięciolecia.

Główne założenia, co do kierunków polityki informacyjnej w ochronie zdrowia zawarto w Programie Informatyzacji Ochrony Zdrowia (PIOZ), realizowanego

od roku 2008. Podstawą prawną tego działania jest Ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia z dnia 28 kwietnia 2011 r. Zakłada się powstanie centralnych rejestrów medycznych, w tym systemów ewidencji, systemów monitorowania, platform gromadzenia i wymiany danych, rozwoju systemów teleinformatycznych, centralnego systemu informacji medycznej. Obecnie trwają prace nad nowelizacją ustawy, której wiele założeń okazało się trudnych lub niemożliwych do realizacji.

Zgodnie z PIOZ w Polsce realizowane są obecnie dwa projekty P1 i P2. P1 to bardzo duży projekt, którego celem jest utworzenie Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych. Platforma P1 ma zrewolucjonizować obieg dokumentacji medycznej dając do niej łatwy dostęp zarówno pacjentowi, jak i lekarzowi. Platforma jest obecnie w fazie testów. Ustawa nakłada na pacjenta obowiązek autoryzacji wszystkich danych, procedur itp., a także możliwość decydowania o zakresie udostępnianych danych. W przypadku pacjentów psychiatrycznych (np. urojeniowych) może to być jednak bardzo trudne, prawdopodobnie projekt nie przeszedł odpowiednich konsultacji w tym zakresie. Projekt P2 to Platforma udostępniania on-line przedsiębiorcom usług i zasobów cyfrowych rejestrów medycznych.

Cyfryzacja dokumentacji medycznej ma się opłacać. Badania naukowe przeprowadzone w 2009 r. w sześciu krajach UE przez firmę Gartner na zlecenie rządu szwedzkiego wskazują, że elektronizacja dokumentacji medycznej i umożliwienie dostępu do niej pacjentom za pośrednictwem Internetu, tylko w sześciu krajach członkowskich (Szwecja, Holandia, Wielka Brytania, Czechy, Hiszpania, Francja) znacząco poprawi efektywność wykorzystania łóżek szpitalnych przyczyniając się do zwolnienia ponad 9 milionów łóżek rocznie i oszczędności na poziomie 3,7 miliarda euro.

Warto przy tym podkreślić, że wartość projektów programów operacyjnych dotyczących informatyzacji ochrony zdrowia w Polsce na dzień 31.07.2011 wyniosła około 1,6 mld złotych. Koszty poniesione przez usługodawców (zakup sprzętu, oprogramowania, serwis itp.) są pewnie jeszcze większe. O oszczędnościach na razie jeszcze się nie mówi...

Informatyzacja ochrony zdrowia psychicznego jest szczególnym obszarem ze względu na bardzo dużą wrażliwość danych osobowych, długą i skomplikowaną procedurę diagnostyczną, zmieniające się rozpoznanie, trudności ze standaryzacją danych. Żaden obecnie prowadzony projekt informatyczny nie jest bezpośrednio dedykowany ochronie zdrowia psychicznego, co rodzi zagrożenie nieuwzględnienia specyficznych potrzeb tego obszaru w tworzonych rozwiązaniach**.** Projekty dotyczące obszaru zdrowia psychicznego powinny powstawać we współpracy ze środowiskiem psychiatrycznym. Należy sformułować stra-

tegiczne cele informatyzacji w zakresie zdrowia psychicznego, zdecydowanie potrzebna jest dyskusja w tym zakresie. Priorytetem powinno być utworzenie ogólnopolskiego rejestru psychiatrycznego, np. na wzór rejestrów duńskich, pozwalającego na prowadzenie zarówno polityki zdrowotnej, jak i populacyjnych badań naukowych. Jedyny funkcjonujący obecnie rejestr psychiatryczny – *Ewidencja hospitalizacji psychiatrycznej (karta statystyczna szpitalna MZ/Szp11b)* – prowadzony przez Instytut Psychiatrii i Neurologii jest przestarzały i nie pozwala na prowadzenie bardziej zaawansowanych analiz. Kluczowym wyzwaniem przy tworzeniu platformy P1 jest ochrona danych psychiatrycznych. Bazy danych powinny być dostępne do celów naukowych, do czego potrzebne są także odpowiednie rozwiązania prawne i procedury. Konieczne są też prace nad standaryzacją danych. Kierunki rozwoju opieki psychiatrycznej w Polsce zawarte w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego, zakładają przede wszystkim rozwój psychiatrii środowiskowej. Z punktu widzenia informatyzacji oznacza to konieczność stworzenia mobilnego systemu adresowanego do pracy z chorym w miejscu jego zamieszczania, projekt taki powinien powstawać przy ścisłej współpracy z ekspertami zdrowia psychicznego.

Tworząc rozwiązania informatyczne nie należy zapominać o kosztach ich obsługi, stałego serwisowania i uaktualniania, odnawianie bazy sprzętowej. Wszelkie decyzje powinny uwzględniać długofalowy, a nie jedynie doraźny plan finansowy. Powszechna informatyzacja pociąga za sobą wysokie koszty zakupu urządzeń i budowy sieci komputerowych, utrzymania infrastruktury, zatrudnienia informatyków i przeszkolenia personelu, koszty te nie są prawdopodobnie brane pod uwagę przez płatnika (NFZ).

Projekty informatyczne mają także za zadanie zwiększanie potencjału naukowego. Niedawno ogłoszono, że Narodowe Centrum Badań i Rozwoju przeznaczy 378 mln zł na inwestycje związane z rozwojem infrastruktury informatycznej nauki. Wśród projektów, które zakwalifikowano do finansowania, są projekty z zakresu medycyny takie jak naukowe centrum danych pediatrycznych, kompleksowa infrastruktura informatyczna dla badań nad nowotworami, system informatyczny wspomagający badania nad schorzeniami układu krążenia, infrastruktura informatyczna Instytutu CZMP umożliwiająca wsparcie medycznych projektów B+R. Do konkursu nie zgłoszono niestety żadnych projektów dedykowanych zdrowiu psychicznemu.

Nauka

Znacząca większość zjawisk w psychiatrii jest nadal do końca niewyjaśniona, większość potencjalnych mechanizmów ma ciągle charakter hipotetyczny.

Psychiatria przez lata była postrzegana jako dziedzina z pogranicza medycyny. Odkrycia z drugiej połowy XX wieku, poczynając od wprowadzenia do lecznictwa chloropromazyny (1952 r.), spowodowały, że psychiatria w dużym stopniu stała się „biologiczna", a odkrywane kolejne leki i mechanizmy ich działania znacząco zmieniły zarówno leczenie, jak i diagnostykę osób psychicznie chorych.

Dalszy postęp wiedzy w tym zakresie, w tym rozwój badań w Polsce zależy od polityki naukowej. Zaburzenia psychiczne i inne problemy z zakresu zdrowia psychicznego dotyczą według szacunków około 10-20% społeczeństwa (projekt EZOP), brak jest jednak odzwierciedlenia tych statystyk w nakładach zarówno na ochronę zdrowia, jak i na rozwój nauki w tym obszarze. W Polsce nie ma obecnie konkursów naukowych dedykowanych psychiatrii. Narodowe Centrum Nauki (NCN) podzieliło dziedziny nauki na panele. Wyróżniono 9 paneli nauk o życiu (NZ), nie ma wśród nich psychiatrii, brak jest nawet podpanelu uwzględniającego zdrowie psychiczne. Projekty z obszaru CNS mogą kandydować np. do panelu NZ4-biologia na poziomie tkanek, narządów i organizmów, projekty kliniczne ewentualnie do panelu NZ7 tj. zdrowie publiczne gdzie zawarto epidemiologię, choroby cywilizacyjne i społeczne zagrożenia środowiskowe dla zdrowia ludzi i zwierząt, medyczną i weterynaryjną ochronę zdrowia publicznego, medycynę pracy, nauki o lekach. W ostatnim konkursie prowadzonym przez NCN, dedykowanym doświadczonym pracownikom naukowym – OPUS 5, ani jeden projekt z zakresu zdrowia psychicznego nie uzyskał finansowania. Statystyki z wcześniejszych konkursów nie są dużo lepsze.

O trudnościach w uzyskaniu dofinansowania świadczy pośrednio fakt, że wśród wnioskowanych przez Instytut Psychiatrii i Neurologii, główny ośrodek psychiatryczny w Polsce, w ciągu ostatnich 3 lat projektów z zakresu zdrowia psychicznego, dofinansowanie uzyskały projekty na łączna kwotę 300 tys. zł, co stanowi około 5% całkowitej wnioskowanej kwoty.

Z drugiej strony środowisko naukowe w psychiatrii pomimo bardzo niskiego finansowania wykazuje dużą aktywność. Od kilu lat mamy własne czasopismo na liście filadelfijskiej tj. „Psychiatria Polska" wydawane pod auspicjami Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, które za zeszły rok ma IF w granicach 1,5. Kolejne czasopisma psychiatryczne takie jak np. „Postępy Psychiatrii i Neurologii" prowadzą intensywną politykę zmierzającą do ich umiędzynarodowienia. Wielu naukowców uczestniczy w projektach międzynarodowych.

Podsumowując zarówno działania na rzecz informatyzacji w psychiatrii, jak i rozwoju nauki w tym obszarze należy ocenić jako niewystarczające. Zdrowie psychiczne stanowi jedną z największych niezaspokojonych potrzeb ludzkości, działania w tym obszarze powinny być traktowane jako priorytetowe.

4.2. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego

4.2.1. Motywy, cele, priorytety

Jacek Wciórka
I Klinika Psychiatryczna, Instytut Psychiatrii Neurologii, Warszawa



Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) został wpisany do polskiego prawa mocą Ustawy z dnia 23 lipca 2008 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Datę wejścia w życie postanowień tej nowelizacji Ustawy ustalono na 1 stycznia 2009 roku, jednak w praktyce możliwość ich realizacji otworzyło dopiero, po niemal 2 latach, Rozporządzenie Rady Ministrów z 28 grudnia 2010 roku, które zawierało precyzyjny harmonogram realizacji Programu (załącznik 1), oczekiwane wskaźniki dostępności placówek psychiatrycznych (załącznik 2) oraz zarys modelu centrum zdrowia psychicznego (załącznik 3) [MZ, 2010]. W dniu 18 lutego 2011 r. Rozporządzenie zostało ogłoszone – jest to data rozpoczęcia wdrażania NPOZP, nowoczesnego, kompleksowego, niezbędnego programu zmiany miejsca i znaczenia, jakie w organizacji spraw publicznych w Polsce zajmują zdrowie psychiczne oraz jego ochrona, a co za tym idzie programu działania na rzecz obywateli oczekujących ograniczenia ryzyka wystąpienia problemów i zaburzeń psychicznych, a w przypadku ich pojawienia się odpowiedniego wsparcia, pomocy lub leczenia.

Jeśli wziąć pod uwagę, że ekspercki projekt programu przekazano Ministrowi Zdrowia w roku 2006, to czas podejmowania decyzji o realizacji NPOZP trwał ponad cztery lata. Ta znamienna powolność decyzji staje się bardziej wyrazista, jeśli zwrócić uwagę, że pierwsze wysiłki na rzecz zmian podjęto już w latach 70. XX wieku, niewiele później niż w innych krajach europejskich, które w latach 60. rozpoczęły skuteczne działania na rzecz ochrony praw osób chorujących psychicznie oraz unowocześnienia lecznictwa psychiatrycznego. Działania podjęte wtedy w Polsce (m. in. plan racjonalizacji rozmieszczenia bazy szpitalnej i rozwoju sieci poradni, pierwsze oddziały dzienne i zespoły środowiskowe, zasada opieki czynnej, olsztyński program regionalizacji opieki psychiatrycznej i społecznej, zasada subrejonizacji opieki, *Raport o stanie psychiatrii* z 1979) zostały jednak zahamowane w latach 80. z powodu bankructwa państwa socjalistycznego. Powrót do tych planów w nowej

sytuacji ustrojowej, zaowocował uchwaleniem Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z 19 sierpnia 1994 r., która starannie regulowała prawa osób chorych, lecz w kwestii systemowej modernizacji systemu lecznictwa psychiatrycznego zachowywała daleko idący umiar zrozumiały być może w sytuacji gwałtownych zmian ustrojowych i gospodarczych ograniczając się do wskazania ogólnego kierunku postulowanych zmian. Jedyne zapisane w niej zobowiązanie (realizacja docelowej sieci publicznych placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej w ciągu 10 lat) zostało ostatecznie zaniechane. Próby ustanowienia bardziej szczegółowego planu niezbędnych reform podejmowane w Instytucie Psychiatrii i Neurologii od 1992 r., do roku 2006 nie zyskiwały akceptacji. Ostateczne wprowadzenie NPOZP w roku 2011 oznaczało, że rozpoczęto go w Polsce realizować z opóźnieniem sięgającym 40-50 lat w stosunku do nowocześnie zarządzanych państw europejskich.

Motywy – dlaczego?

O poniższym zestawieniu głównych motywów przygotowania i ustanowienia NPOZP, trudno byłoby powiedzieć, że po blisko trzech latach wdrażania zaczęły się przesuwać w przeszłość. Teraźniejszy czas ich sformułowania, pozostaje niestety uzasadniony.

1. Ochrona zdrowia psychicznego, mimo szczytnych haseł („nie ma zdrowia bez zdrowia psychicznego") i uroczystych deklaracji („zdrowia psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa"), **nie należy do priorytetowych wartości publicznych** i w zasadzie nie jest przedmiotem świadomej i konsekwentnej polityki państwa na rzecz żyjących (promocja, profilaktyka, system pomocy) i przyszłych pokoleń (badania i rozwój) [por. NIK 2008, 2012; RPO 2012].

2. Znikoma świadomość społeczna – wiedza i kompetencja w zakresie ochrony zdrowia psychicznego są niedostateczne, nasycone negatywnymi emocjami, uprzedzeniami i stereotypami, a praktyka społeczna nie przygotowuje obywateli do skutecznego radzenia sobie z nieuniknionymi kryzysami życiowymi[5]. Działania promocyjne i profilaktyczne są wysoce niedostateczne – wyrywkowe i okazjonalne. Osoby potrzebujące wsparcia, pomocy lub leczenia z powodu zaburzeń zdrowia psychicznego oraz instytucje organizujące tę pomoc niezwykle często podlegają procesom indywidualnej i strukturalnej stygmatyzacji, dyskryminacji i wykluczania.

[5] Por. cykl komunikatów z badań opinii publicznej z lat 1995- 2012 dostępnych na stronie CBOS (http://badanie.cbos.pl/results.asp?q1=choroby+psychiczne&q2=&q3=&q4=&qtype=all&mode=opt&pgsz=10&pgno=1&srchtype=general&q=a1) a także wyniki badań EZOP [Moskalewicz i in. 2012]. Wskazują one na znaczną stabilność opinii publicznej w tej sprawie.

3. Mimo, że od wielu lat obserwuje się stały wzrost częstości potrzeb zdrowotnych, rejestrowanych w placówkach psychiatrycznych a związanych z zaburzeniami psychicznymi [ZZP IPiN, 2011], **system lecznictwa psychiatrycznego nie odpowiada skutecznie** na te potrzeby – jest niesprawny, cechuje się deficytem i nierównym rozmieszczeniem zasobów, dominacją jednostronnej, ubogiej oferty dużych i odległych od miejsca zamieszkania szpitali psychiatrycznych przy znacznym niedoborze opieki środowiskowej. W efekcie nie zapewnia bliskiego i równego dostępu, wymaganej jakości i efektywności leczenia, ani godziwych warunków korzystania. Udzielanie pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi przebiega bardzo często w warunkach naruszających zarówno prawa ludzkie i poczucie godności chorych, jak też sprzyjających utrwalaniu się poczucia frustracji i wypalenia u pracowników. Niedostateczne, nieracjonalne finansowanie, dyskryminujące w stosunku do innych dziedzin opieki zdrowotnej, nie wystarcza na potrzeby bieżące, ani na odtwarzanie zasobów, ani na inwestycje. Jednocześnie jest ono marnotrawne, ponieważ nagradza zarządzających za bierne, konserwatywne i krótkowzroczne zachowania ekonomiczne – doraźne oszczędności przy ignorowaniu realnych potrzeb, standardów jakości i bezpieczeństwa opieki a także pełnego bilansu kosztów własnych, oraz kosztów ponoszonych w efekcie przez inne sektory działalności publicznej. Odpowiedzialności za funkcjonowanie całości i elementów systemu jest rozmyta i rozmywana.

4. Zawodzi koordynacja między dostępnymi formami leczenia, oparcia społecznego i uczestnictwa społeczno-zawodowego, których działanie regulowane jest przez odrębne ustawy, resorty, szczeble administracji oraz różne instytucje i organizacje – bez współdziałania i często wzajemnej informacji o sobie.

5. Realna pozycja zdrowia psychicznego i stan systemu jego ochrony w Polsce **narusza podstawowe gwarancje ustawowe** – konserwuje nierówności w dostępie do leczenia i opieki, dyskryminuje chorych psychicznie w stosunku do innych chorych i w stosunku do zdrowych obywateli, narusza zasadę solidaryzmu społecznego, nie przeciwdziała napiętnowaniu i wykluczaniu, rozmywa odpowiedzialność państwa za kreowanie i koordynowanie polityki zdrowotnej i społecznej w odniesieniu do zdrowia psychicznego.

6. W konsekwencji – realne i możliwe do zaspokojenia potrzeby zdrowotne pozostają w znacznej mierze niezaspokojone a prawdopodobnie również nieujawnione. Jest to **cierpienie przemilczane lub lekceważone**!

7. Brak reakcji na ten stan spraw byłby czymś głęboko zawstydzającym wobec oczekiwań pacjentów i ich rodzin, wobec współczesnych standardów profesjonalnych i modeli organizacyjnych, oraz wobec aprobowanych i podjętych przez Polskę zobowiązań międzynarodowych (por. rozdz. 2 i 3).

Cele – dokąd?

NPOZP na lata 2011-2015 wytycza trzy cele główne. Dla każdego z tych celów harmonogram realizacji NPOZP obejmuje podporządkowane cele szczegółowe, a w ich obrębie formułuje konkretne zadania adresowane do właściwych podmiotów realizujących program, wraz z terminem oraz wskaźnikami monitorowania ich realizacji. Program zakładał, że Sejm Rzeczypospolitej otrzyma do końca października sprawozdanie z realizacji Programu w roku poprzedzającym. W lipcu 2013 opublikowano mocno spóźnione sprawozdanie za rok 2011 [MZ, 2013]. Parlament w zasadzie nie zareagował na to opóźnienie.

Cel główny 1. Promocja zdrowia psychicznego i zapobiegania jego zaburzeniom – proponuje działania kierowane do całej populacji, tj. zarówno do osób zdrowych, jak i do osób z grup zwiększonego ryzyka zachorowania oraz do osób już chorujących albo zdrowiejących.

1. Do wszystkich kierowane są zadania związane z promocją zdrowia psychicznego tzn. z *upowszechnianiem wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowaniem zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego oraz rozwijaniem umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu*. Polegają one na określeniu priorytetów promocji a następnie przygotowywaniu i realizowaniu odpowiednich programów. Zadania te są adresowane do wszystkich resortów i samorządów.

2. Do wszystkich osób kierowane są też zadania *zwiększenia integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi*, polegające na przeciwdziałaniu, nieposzanowania ich praw i godności, niezrozumieniu, nietolerancji, nierównemu traktowaniu, stygmatyzacji i wykluczenia w różnych środowiskach zdefiniowanych zadaniowo (resorty odpowiedzialne za zdrowie, wychowanie, pracę i pomoc społeczną, prawo i wymiar sprawiedliwości oraz sprawy wewnętrzne i administrację) lub terytorialnie.

3. Dla osób zdrowych, ale doświadczających różnorodnych kryzysów psychicznych program proponuje *organizację systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego,* powierzając to zadanie resortowi edukacji, sprawiedliwości, spraw wewnętrznych i obrony narodowej oraz samorządom – stosownie do rodzaju i umiejscowienia kryzysów, oraz dotkniętych nimi osób.

4. Dla osób z grup ryzyka – narażonych na zaburzenia rozwoju (wiek przedszkolny), zachowania samobójcze, zaburzenia depresyjne – program formułuje zadania z zakresu *zapobiegania zaburzeniom psychicznym* realizowane według powinności resortowych (w placówkach ochrony zdrowia, oświatowych, a także dla osób pozbawionych wolności oraz pracowników różnych służb mundurowych i żołnierzy) a według powinności terytorialnych na terenie samorzą-

dów regionalnych i lokalnych. Od ministra zdrowia program oczekuje ponadto wprowadzenia do szkoleń przed- i podyplomowych wiedzy z zakresu wczesnego wykrywania zaburzeń psychicznych.

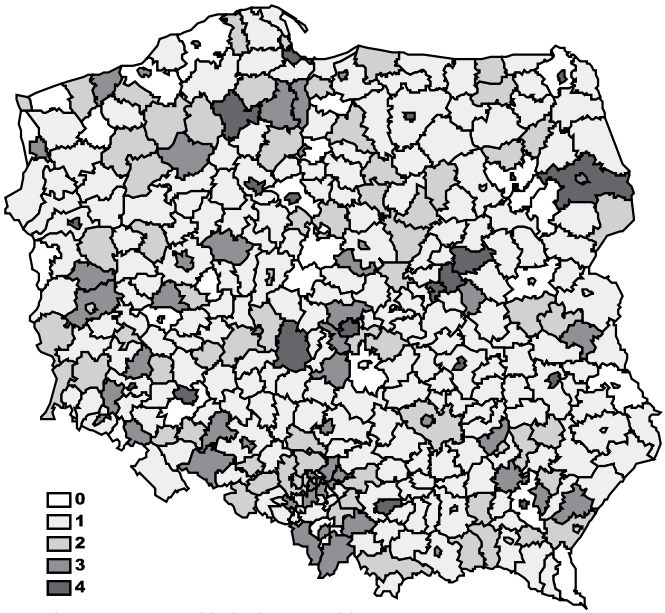
Cel główny 2. **Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym** – dotyczy spraw ważnych dla osób w chorujących na zaburzenia psychiczne lub zdrowiejących z nich, a zwłaszcza funkcjonowania systemu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce. Program zakłada: rozwój, upowszechnienie i skoordynowane działanie trojakiego rodzaju pomocy: leczenia, oparcia społecznego i aktywizacji społeczno-zawodowej – odpowiednio do fazy, nasilenia i indywidualnych uwarunkowań kryzysu zdrowotnego. Skoordynowane działanie tych trzech sieci pomocy stanowi, według wielu doświadczeń, zarówno specjalistów, jak i pacjentów [np. Thornicroft i Tansella, 2010; Andresen i in. 2011], minimum otwierające realną szansę opanowania nawet poważnego kryzysu zdrowotnego – przechowania nadziei, zachowania poczucia tożsamości i sensu własnego życia oraz odpowiedzialności za nie.

1. *Upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej* zakłada przede wszystkim powstanie regionalnych i lokalnych planów restrukturyzacji bazy szpitalnej z przenoszeniem zadań podstawowej szpitalnej opieki psychiatrycznej do oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych, pilotażowe uruchamianie środowiskowych regionalnych i lokalnych rozwiązań organizacyjnych, monitorowanie dostępności i zmniejszanie nierówności w dostępie do opieki stosownie do zalecanych wskaźników, przygotowanie standardów dla środowiskowej opieki psychiatrycznej, szkolenie kadr specjalistycznych i pierwszego kontaktu.

Jako docelowe rozwiązanie organizacyjne dla kompleksowej, dostosowanej do potrzeb i zintegrowanej opieki psychiatrycznej w lokalnej wspólnocie społecznej NPOZP proponuje model **centrum zdrowia psychicznego** (CZP) – udostępniającego co najmniej cztery formy opieki psychiatrycznej – ambulatoryjną (poradnia zdrowia psychicznego), środowiskową (mobilny zespół leczenia środowiskowego), dzienną (dzienny oddział psychiatryczny) i stacjonarną (całodobowy, szpitalny oddział psychiatryczny). Elementy centrum mogłyby współpracować strukturalnie (w jednym podmiocie leczniczym) lub funkcjonalnie (w drodze umów o współpracy między podmiotami). Strukturalny rdzeń centrum powinny jednak raczej zawsze stanowić ambulatorium i zespół środowiskowy. Niezbędne jest terytorialne zdefiniowanie odpowiedzialności takiego centrum oraz wyposażenie go w wielospecjalistyczne kompetencje i finan-

sowanie zachęcające do podejmowania opieki w warunkach domowych. Jak pokazuje ryc. 1, powiatowa mapa Polski jest pełna białych i białawych plam, co wskazuje, że sieć lokalnych (powiatowych, miejskich, gminnych) centrów może powstawać w Polsce tylko ewolucyjnie, stosownie do lokalnych decyzji oraz dostępności zasobów i strumieni zasilania. Warunki do szybkiego tworzenia CZP istnieją w niespełna 10% powiatów. Najbardziej dotkliwy jest brak zespołów środowiskowych, brakuje także oddziałów dziennych oraz lokalnych oddziałów całodobowych. Dostępność dość gęstej sieci poradni jest nieco myląca, wiele z nich świadczy tylko proste porady lekarskie w wybrane dni tygodnia.

Rycina 4. Skupienie różnych form opieki psychiatrycznej (ambulatoryjnej, środowiskowej, dziennej i stacjonarnej) w powiatach. W 25 powiatach – brak jakiejkolwiek, w 205 – 1 forma, najczęściej poradnia; w 50 – 3 formy, w 20 – wszystkie cztery.



Opracowanie: *Wanda Langiewicz, Zakład Zdrowia Publicznego, IPiN, Warsz*awa

Niezwykle ważne zadania dla upowszechnienia modelu środowiskowego ma Narodowy Fundusz Zdrowia jako dysponent środków publicznych przeznaczonych na świadczenia zdrowotne. NPOZP formułuje pod jego adresem oczekiwania zwiększenia nakładów i racjonalizacji sposobu finansowania lecznictwa psychiatrycznego tak, by odpowiadało ono potrzebom i możliwościom modelu środowiskowego. Na nic zdadzą się najlepsze, najsprawniejsze rozwiązania organizacyjne,

jeśli płatnik nie zechce zachęcić do ich powstania i rozwoju przez sensownie stymulujące finansowanie. W tym celu NPOZP proponuje sprawdzenie nowych rozwiązań w pilotażowych programach, w wybranych powiatach i województwach.

2. *Upowszechnienie zróżnicowanych form oparcia i pomocy społecznej* oraz *upowszechnienie aktywizacji zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi* – to zadania kierowane na poziomie centralnym do resortu pracy i spraw socjalnych a na poziomie regionalnym i lokalnym do administracji samorządowej. System oparcia społecznego jest już dość dobrze rozwinięty i program zaleca tylko jego wzbogacanie i różnicowanie – możliwe jest np. zwiększanie roli i zasięgu oddziaływania klubo-domów czy różnych form zamieszkiwania chronionego. Gorzej jest z systemem uczestnictwa zawodowego, gdzie mimo wielu dobrych doświadczeń daleko jeszcze do upowszechnienia adekwatnej oferty zatrudnienia oraz do rozbrojenia licznych przeszkód – dlatego program skupia uwagę na przeglądzie istniejących i przygotowaniu nowych rozwiązań prawnych oraz na działaniach promujących zatrudnianie chorych w różnych, dostosowanych do ich potrzeb formach uczestnictwa zawodowego.

3. Zadania związane ze *skoordynowaniem różnych form opieki i pomocy* na poziomie kraju NPOZP powierza ministrowi zdrowia obligując go do powołania centralnego ośrodka koordynującego i monitorującego realizację programu oraz przygotowania koncepcji centralnej placówki badawczej prowadzącej badania aplikacyjne nad ochroną zdrowia psychicznego w Polsce. Na regionalnym i lokalnym poziomie koordynacji Program zobowiązuje do powołania zespołów (rad, koalicji) skupiających reprezentatywnych interesariuszy, w celu przygotowania i realizowania odpowiednich programów ochrony zdrowia psychicznego oraz udrożnienia współpracy i wymiany informacji. Rozstrzygające znaczenie dla powodzenia NPOZP ma powstanie przemyślanych, żywych programów lokalnych sensownie uzgodnionych i zasilonych na szczeblu wojewódzkim. Koordynacja centralna ma pełnić rolę inspirującą, stymulującą i monitorującą. Proponowane oparcie reformy systemu ochrony zdrowia psychicznego o aktywność samorządów lokalnych wydaje się konieczne ze względu na trafność rozeznanie lokalnych zasobów i potrzeb. Warunkiem jest stworzenie regionalnych i krajowych mechanizmów zasilania / konkurowania lokalnych programów o środki finansowe i inwestycyjne na ich realizację.

Cel główny 3. Prowadzenie badań i budowanie systemów informacyjnych w zakresie zdrowia psychicznego – to cel adresowany do kolejnych pokoleń, które w przyszłości będą potrzebowały sprawdzonej, rzetelnej wiedzy na temat procesów i uwarunkowań determinujących zdrowie psychiczne, w celu aktualizacji rozwiązań służących jego ochronie.

1. Chodzi tu o inicjowanie odpowiednich do zadań resortowych *przekrojowych i długoterminowych ocen epidemiologicznych wybranych zbiorowości zagrożonych występowaniem zaburzeń psychicznych* – dla przykładu mogą to być okresowe, reprezentatywne oceny zdrowia psychicznego populacji ogólnej, badania uwarunkowań zaburzeń psychicznych w tej populacji albo w populacji osób przebywających w zakładach karnych, funkcjonariuszy służb mundurowych i ratowników, żołnierzy.

2. Program zachęca też resort nauki i szkolnictwa wyższego do prowadzenia polityki naukowej *promującej i wspierającej badania naukowe podejmujące tematykę zdrowia psychicznego*, postulując wprowadzenie zdrowia psychicznego do priorytetów Krajowego Programu Badań. Ochrona zdrowia psychicznego stanowi na świecie i w Europie doceniany kierunek badań, mogłaby też zyskać taką rangę w konkursach Narodowego Centrum Badań i Rozwoju.

3. *Unowocześnienie i poszerzenie zastosowania systemów statystyki medycznej* jest niezbędnym warunkiem rzetelnej oceny stanu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce. Unikalny zbiór danych gromadzonych od kilku dekad w Instytucie Psychiatrii i Neurologii nie spełnia już dziś niezbędnych warunków technologicznych umożliwiających szybką i pogłębioną analizę danych do celów badawczych czy aplikacyjnych. Decyzje w tej sprawie NPOZP powierza ministrowi zdrowia.

4. Ostatnim zadaniem badawczym oczekiwanym w programie jest *ocena skuteczności jego realizacji* powierzona również pieczy ministra zdrowia.

Priorytety – którędy?

NPOZP pozostawia zadanie wskazania priorytetów podmiotom realizującym jego cele. Nie wchodząc w ich kompetencje do ustalania priorytetów resortowych, regionalnych i lokalnych, można wskazać najważniejsze z różnych punktów widzenia priorytety ogólne, organizujące logikę funkcjonowania całego programu.

Na starcie programu zakładano, że najważniejszymi przesłankami dla osiągnięcia jego celów będą: uruchomienie inicjatywy i zasobów lokalnych wspólnot samorządowych, racjonalizacja finansowania opieki psychiatrycznej, ograniczenie rozmiarów i negatywnych skutków hospitalizacji kompensowane rozwojem środowiskowych form lecznictwa, odczuwalna poprawa dostępności, jakości, skuteczności i godziwości opieki psychiatrycznej oraz kształtowanie świadomości niezbędnej do społecznej integracji osób z zaburzeniami psychicznymi.

W opublikowanych przez Ministerstwo Zdrowia priorytetach promocji zdrowia psychicznego [MZ, 2011] wskazano najważniejsze do rozwiązania wyzwania zdrowotne, wymagające wszechstronnych działań promocyjnych i prewencyjnych (wczesne wykrywanie, właściwe leczenie, ograniczanie dys-

funkcjonalnych następstw). Są nimi: zaburzenia depresyjne, samobójstwa, zaburzenia związane ze starzeniem się, zaburzenia związane z używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oraz przewlekłe lub nawracające zaburzenia psychotyczne i afektywne (tzw. poważne choroby psychiczne).

Tu należałoby jednak wskazać na 10 istotnych priorytetowych celów systemowych warunkujących realne zaistnienie i zyski publiczne z realizacji NPOZP. Wynikają one z obserwacji codziennego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce oraz wielu dyskusji, obserwacji i doświadczeń związanych z dotychczasowym wdrażaniem Programu.

1. Budowanie pozytywnej narracji (wiedzy, świadomości i aksjologii) dotyczącej zdrowia psychicznego i jego ochrony – szukanie, pozyskiwanie i ujawnianie jej sojuszników. Wzmacnianie i usamodzielnianie wpływu pozarządowych organizacji samopomocowych na rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia psychicznego – jako najważniejszego sojusznika.

2. Jednoznaczne wskazanie, kto koordynuje wdrażanie Programu i odpowiada za to na poziomie kraju wraz z powołaniem centralnego ośrodka koordynacyjnego, wyposażonego w odpowiednie do tego uprawnienia i instrumenty.

3. Związanie planowania i funkcjonowanie opieki psychiatrycznej z odpowiedzialnością, interesami i zasobami lokalnych społeczności.

4. Racjonalizacja systemu finansowania lecznictwa psychiatrycznego zapewniająca chorym równą dostępność, efektywność i godziwy standard, a zarządzającym – rzetelny i prorozwojowy mechanizm bilansowania przychodów z kosztami opieki.

5. Nadanie opiece środowiskowej pierwszoplanowej roli w systemie opieki psychiatrycznej – tzn. opieki rozwiązującej podstawowe problemy osób potrzebujących pomocy.

6. Równoważenie udziału opieki szpitalnej i środowiskowej w lecznictwie psychiatrycznym – wydatne zwiększanie dostępności i różnorodności opieki środowiskowej oraz ograniczanie opieki szpitalnej do rzeczywiście niezbędnych rozmiarów. Za to – poprawa jakości i godziwości warunków jej świadczenia.

7. Zmiana roli i umiejscowienia opieki stacjonarnej (całodobowej), która zasadniczo powinna spełniać w systemie rolę interwencji pomocniczej a nie pierwszoplanowej. (a) Stopniowe przejmowanie roli szpitalnego leczenia pierwszego kontaktu przez lokalne oddziały psychiatryczne umiejscowione w szpitalach ogólnych (wielospecjalistycznych). (b) Stopniowe podejmowanie przez jednospecjalistyczne szpitale psychiatryczne nowej roli ośrodków oferujących wysokospecjalistyczne, referencyjne programy leczenia i rehabilitacji, a hospitalizację pierwszego kontaktu – tylko w zakresie uzasadnionym lokalnie. (c) Stopniowe ograniczanie roli izolacyjnych placówek opiekuńczych (ZOL, ZLP, DPS) w rozwią-

zywaniu problemu długoterminowej opieki stacjonarnej – poprzez tworzenie różnych lokalnych form zamieszkiwania chronionego w środowisku.

8. Udrożnienie koordynacji i współdziałania lecznictwa psychiatrycznego z medycyną rodzinną (podstawową opieką zdrowotną), ośrodkami pomocy społecznej i dostępnymi programami aktywizacji społeczno-zawodowej.

9. Tworzenie, udostępnianie i upowszechnianie różnorodnych programów uczestnictwa społeczno-zawodowego dla osób wychodzących z choroby psychicznej, by zdrowiejący nie trafiali w obezwładniającą próżnię społeczną.

10. Budzenie zrozumienia dla rangi, znaczenia i opłacalności działań promujących zdrowie psychiczne i zapobiegających jego zaburzeniom.

Refleksje 2013

Od niemal trzech lat trwa w Polsce wdrażanie NPOZP – koniecznej próby przełamania stereotypów, uprzedzeń, ignorancji i lekceważenia wobec problemów zdrowia psychicznego oraz niezbędnej modernizacji systemu pomocy obywatelom, których doświadczeniem stała się choroba psychiczna. Czy jednak wdrażanie NPOZP rzeczywiście trwa, czy tylko jest grą pozorów, bez realnego działania? Można tu usłyszeć zdumiewające głosy. Mamy przecież ważniejsze wyzwania, a mało pieniędzy! Silniejsi sobie poradzą, a słabi nie są potrzebni! Po co wydawać pieniądze na opiekę psychiatryczną, zaoszczędźmy na ważniejsze cele – wszak bogatszych ochronią zarabiane pieniądze, a biedniejsi będą wdzięczni za cokolwiek!

A jednak – elementarna wiedza uczy, że zaniechania w dziedzinie promocji i profilaktyki zdrowia psychicznego są kosztowne indywidualnie i społecznie, że dysfunkcjonalny system ochrony zdrowia psychicznego konserwuje patologię, zamiast ją rozwiązywać, że brak rzetelnej wiedzy na temat zdrowia psychicznego czyni z nas bezradnych ignorantów i nie pozwala przewidywać licznych przecież zagrożeń ani przeciwdziałać im. Lata realizacji NPOZP ukazują niezwykłą, przerażająca łatwość niepodejmowania, opóźniania, pozorowania a nawet kompletnego lekceważenia niezbędnych działań, wymaganych przez obowiązujące prawo, społeczną konieczność, dobrze pojęty interes ekonomiczny i zwykłą obywatelską przyzwoitość. Sprzyja temu nadal realne rozmycie odpowiedzialności za funkcjonowanie systemu. Znaczenie mają też słabość moralnego imperatywu społecznej solidarności, nienasycenie i egoizm znacznej części elit politycznych, gospodarczych i kulturotwórczych oraz *last but not least* – trudna sytuacja gospodarcza.

W tej sytuacji trzeba rozwagi i cierpliwości, należy zakładać stopniowe, ewolucyjne i raczej nieregularne tempo oczekiwanych zmian oraz wydłużyć czas niezbędny do ich osiągania. Lecz nie ustawać!

Piśmiennictwo

1. Andreasen R., Oades L.G., Caputi P. (2011). Psychological Recovery. Beyond Mental Illness. Chichester: Wiley-Blackwell.
2. IPiN ZOOZ, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia (1979). Raport o stanie psychiatrii oraz kierunki *dalszego* rozwoju opieki zdrowotnej i pomocy socjalnej dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Biuletyn Instytutu Psychiatrii i Neurologii, 2 (34), 1-23.
3. IPiN ZZP, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Zakład Zdrowia Publicznego (2011). Zakłady psychiatrycznej i neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik statystyczny 2010. Część I. Lecznictwo psychiatryczne. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
4. Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B. (2012). Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska". Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii.
5. MZ, Ministerstwo Zdrowia (2011). Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego . Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia.
6. MZ, Ministerstwo Zdrowia (2013). Informacja o realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w 2011 roku (2013). Warszawa: Druk sejmowy nr 1614.
7. NIK, Najwyższa Izba Kontroli (2008). Informacja o wynikach kontroli funkcjonowania opieki psychiatrycznej, ze szczególnym uwzględnieniem opieki stacjonarnej. Wrocław: Najwyższa Izba Kontroli, Delegatura we Wrocławiu.
8. NIK, Najwyższa Izba Kontroli (2012). Przestrzeganie praw pacjenta w lecznictwie psychiatrycznym. Informacja o wynikach kontroli. Warszawa: Najwyższa Izba Kontroli.
9. RPO, Rzecznik Praw Obywatelskich (2013). Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji w roku 2012. Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich, 5, s. 92-111.
10. Thornicroft G., Tansella M. (2010). W stronę lepszej psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
11. Ustawa (2008). Ustawa z dnia 23 lipca 2008 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Dziennik Ustaw nr 180, poz. 1108.
12. MZ, Ministerstwo Zdrowia (2011). Priorytety promocji zdrowia psychicznego w ochronie zdrowia. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia.

4.2.2. Realizacja 2013 i dalsza perspektywa

Andrzej Cechnicki
Zakład Psychiatrii Środowiskowej, Uniwersytet Jagielloński,
Collegium Medicum, Kraków



Realizacja w latach 2011-2013

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) powstał jak na warunki europejskie z 40-letnim opóźnieniem. To wielkie odrabianie zaległości w ro-

dzinie krajów cywilizowanych pozwoliło uchwalić nowoczesną ustawę, która wraz z rozporządzeniem Rady Ministrów i z rozpisanym szczegółowym harmonogramem jego realizacji mogłaby być wzorem do naśladowania szczególnie dla krajów, które razem z Polską wstąpiły do Unii Europejskiej. Twórcy programu korzystali z najlepszych rozwiązań dążąc do humanizacji opieki psychiatrycznej, wyciągając wnioski z lekcji historii XX wieku. Ta lekcja zobowiązała państwa Unii w latach 70. ubiegłego stulecia, do objęcia ochrony zdrowia psychicznego obywateli priorytetem i do reformy opieki psychiatrycznej. Polski parlament, rząd, samorząd i NFZ uczyniły pierwszy krok w tę stronę. NPOZP wprowadza środowiskowy model leczenia, odpowiedzialność terytorialną instytucji za leczenie przy zachowanej swobodzie wyboru miejsca leczenia przez pacjenta, bliską współpracę z samorządem. Zaproponowany kształt Programu zyskał olbrzymie uznanie w opinii europejskich ekspertów.

Dzięki NPOZP może zostać rozwiązany podstawowy problem zdrowotny i społeczny związany z leczeniem większości osób chorujących psychicznie – osób, których choroba przebiega latami, osób biednych, o niekorzystnym i najcięższym przebiegu choroby. Leczenie, psychoterapia i rehabilitacja w kompleksowej strukturze centrum zdrowia psychicznego tzn. funkcjonalnie połączonych oddziałów stacjonarnych zlokalizowanych przy szpitalach wielospecjalistycznych, oddziałów dziennych, leczenia ambulatoryjnego i zespołów leczenia środowiskowego gwarantuje ciągłość opieki blisko miejsca zamieszkania, godne leczenie i przywrócenie osobom chorującym ich miejsca w życiu społecznym. Umożliwia włączenie ich w życie społeczne aż do pełnego w nim udziału.

Ten gwarantowany konstytucyjnie pełny udział w życiu społecznym możliwy jest do osiągnięcia, jak świadczą o tym przykłady dobrych praktyk opisane w kolejnych rozdziałach. Przykłady te są godne naśladowania i - chociaż nieliczne – są drogowskazem, niestety niezauważanym przez decydentów. Te światłe i owocne inicjatywy zgodnie z NPOZP integrują lecznictwo psychiatryczne z systemem pomocy społecznej i uczestnictwem w życiu zawodowym. Podejmują oddolne działania z dziedziny promocji zdrowia psychicznego w lokalnym środowisku, a przede wszystkim organizują zadania edukacyjne, których celem jest przeciwdziałania nierówności, stygmatyzacji i wykluczeniu. Przy współudziale stowarzyszeń pacjentów i rodzin budują zrozumienie i tolerancję wobec chorujących psychicznie.

Kto jest choć trochę świadomy czekających nas cywilizacyjnych wyzwań i zagrożeń, zrozumie, że w realizacji Programu niezbędna jest rosnąca rola i udział samorządu w bliskiej współpracy z organizacjami pozarządowymi.

Realizacja tego Programu w Polsce jest jak dotychczas możliwa tylko dzięki dobrym praktykom opartym na lokalnym kapitale społecznym, na oddolnej kreatywności, zaangażowaniu i entuzjazmie. Na przeszkodzie stoi brak

rozwiązań systemowych zaleconych w uchwalonym akcie prawnym. Trudno zaakceptować fakt, że NPOZP jest kompletnie lekceważony przez dominującą większość podmiotów zobowiązanych do jego realizacji, czyli szczeble administracji rządowej, samorządowej oraz NFZ. W konsekwencji nasz parlament nie zauważa, że nie otrzymuje obowiązkowych raportów z jego realizacji[6].

Jak wynika z jedynego dostępnego, mocno spóźnionego *Raportu 2011* [Informacja… 2013], Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego został zrealizowany jedynie w około 10%. Brak następnych raportów wynika ze świadomego opóźniania jego realizacji a nawet bojkotowania zaleceń, które zostały zapisane w *Raporcie 2011* obejmującym pierwszy roku trwania Programu.

Trudno pojąć, jak to jest możliwe w państwie, które deklarując dążenie do modernizacji systemu ochrony zdrowia (w tym także zdrowia psychicznego) a następnie przyjmując rozsądny cel i plan jego realizacji dopuszcza takie autodestrukcyjne i pełne arogancji działanie. To w jakim stopniu rząd będzie wspomagać reformę opieki psychiatrycznej i rozwój psychiatrii zorientowanej na wartości będzie miało wpływ na cały proces kształtowania się ludzkich więzi i życie społeczne w naszym kraju.

Aby wdrożyć NPOZP osoby odpowiedzialne politycznie za jego realizacje muszą tę odpowiedzialność na siebie przyjąć, muszą zapaść konkretne polityczne decyzje o jego realizacji, o konkretnych działaniach i w ślad za tym z budżetu przeznaczonego na zdrowie i dotacji unijnych muszą zostać zagwarantowane środki finansowe. Wydaje się zupełnie oczywiste, że nowoczesna i od 40 lat oczekiwana ustawa, dobre rozporządzenia i zadania rozpisane precyzyjnie dla wykonawców nie mogą pozostać bez budżetu na ich realizację.

Politycy muszą zrozumieć, że problem zdrowia psychicznego dotyczy członków wszystkich partii politycznych a także ich rodzin, a jego rozwiązywanie jest zadaniem ponadpartyjnym, angażującym w równym stopniu wszystkie siły polityczne.

Do roku 2020: następny konieczny krok

W zaistniałej sytuacji zagrożenia realizacji NPOZP, należy otwarcie sformułować diagnozę o ***zarządzaniu kryzysem*** we wdrażaniu Programu. Podjęte działania powinny być podobne jak w każdej sytuacji kryzysowej. Należy

[6] Coroczna informacja o realizacji NPOZP wynika z delegacji ustawowej, Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego – art. 2 ust. 7 (*Minister właściwy do spraw zdrowia przedkłada Radzie Ministrów, w terminie do dnia 30 września każdego roku, informację o realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w roku poprzednim*) i ust.8 (*Rada Ministrów składa corocznie Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej, w terminie do dnia 31 października, informację o realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w roku poprzednim*) – Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375.

uwzględnić fakt, że w minionych latach organy centralne nie zdołały uzgodnić odpowiedzialności (współodpowiedzialności) za realizację Programu. Realizacje NPOZP należy rozpatrywać w perspektywie do roku 2020. Lata 2011-2013 można uznać za skromny pilotaż. Kolejne lata powinny zostać podzielone na krótkie odcinki czasowe. Na okres 2014-2015, trzeba już w najbliższych miesiącach przyjąć do szybkiej realizacji osiem następujących celów.

1. Powołanie parlamentarnej Komisji Zdrowia Psychicznego, składającej się z przedstawicieli wszystkich partii, czuwającej nad wdrażaniem programu.

2. Równoległe powołanie kilkuosobowej, *posiadającej kompetencje decyzyjne*, centralnej grupy koordynującej proces wdrażania Programu, reprezentowanej przez odpowiednich dyrektorów z resortów zdrowia, pracy i polityki społecznej oraz z NFZ.

3. Skumulowane środków finansowych rozproszonych w różnych ministerstwach i uruchomienie przez Ministerstwo Zdrowia (wzorem programów onkologicznych) resortowego programu reformy psychiatrii. Podział środków następowałby w formie konkursu i wyboru najlepszych ofert.

4. W obrębie budżetu przeznaczonego na zdrowie musi nastąpić wzrost nakładów NFZ na psychiatrię oraz odpowiednia wycena świadczeń.

5. Pierwszy i natychmiastowy krok musi być związany ze zwiększeniem świadczeń na oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych, których stopień niedoszacowania sięga 37%. To one są motorem całej reformy.

6. NFZ musi od zaraz kontraktować zespoły leczenia środowiskowego we wszystkich regionach kraju, z założeniem premiowania ich odpowiednio do ograniczenia liczby skierowań do całodobowych oddziałów szpitalnych.

7. Trzeba przeciwdziałać pogłębiającemu się deficytowi kadr poprzez podniesienie wynagrodzenia osób specjalizujących się w psychiatrii i udrożnienie szkolenia innych specjalistów niezbędnych dla systemu ochrony zdrowia psychicznego

8. Należy powołać ruch obywatelski, Stowarzyszenia: *Porozumienie na Rzecz Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego***.**

Porozumienie na rzecz Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego

Stowarzyszenie będzie powołane dla organizacyjnego i merytorycznego wspierania przez obywateli działań na rzecz realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w Polsce. Profesor Wciórka ocenia, że: *wymiar tej zaniechanej odpowiedzialności to ok. 1,5 mln osób szukających rocznie pomocy w placówkach psychiatrycznych. Biorąc pod uwagę rodziny, często obciążone trudną opieką i współcierpiące wraz z chorym, jest to pokaźny* ***elektorat, liczący***

5-6 mln osób. Jeżeli uwzględnimy wszystkie instytucje i organizacje świadczące pomoc w obszarze zdrowia psychicznego – to elektorat ten wzrośnie do blisko 10 mln osób czyli 25% uprawnionych do głosowania.

Terenem działań Stowarzyszenia będzie Rzeczpospolita Polska. Dla właściwego realizowania swoich celów Stowarzyszenie będzie prowadzić działalność poza granicami kraju, pod warunkiem, że prawo danego państwa dopuszcza taką działalność. Będzie zawiązane na czas nieograniczony i będzie posiadać osobowość prawną. Będzie działać na podstawie przepisów ustawy Prawo o Stowarzyszeniach (Dz. U. 2001 r. Nr 79, poz. 855). Działalność Stowarzyszenia będzie oparta głównie o pracę społeczną członków.

Jego głównym celem będą działania na rzecz realizacji NPOZP przez poparcie w wyborach europejskich, krajowych i samorządowych osób, które w swoich programach wyborczych wskazują na konkretne sposoby wdrożenia NPOZP i posiadają określone plany działań w tym kierunku. Stowarzyszenie swe cele będzie realizować przez:

- popieranie programów wyborczych oraz osób, które w swoim programie wyborczym zawierają działania na rzecz realizacji NPOZP,
- prowadzenie działań edukacyjnych na rzecz realizacji NPOZP,
- prowadzenie działań opiniotwórczych przez współpracę z mediami, instytucjami państwowymi, samorządowymi i organizacjami pozarządowymi na rzecz realizacji NPOZP.

Z początkiem 2014 roku *Porozumienie* zbuduje ogólnopolską sieć osób, instytucji, organizacji, stowarzyszeń i fundacji, które podejmą się przygotowania działań edukacyjnych dla przyszłych 25% wyborców. Przez wyborców rozumiemy zarówno organizacje zrzeszone w *Porozumieniu,* jak i osoby oraz rodziny, które mają różnego rodzaju problemy ze zdrowiem psychicznym i są odbiorcami różnorodnych form pomocy, psychoterapii, terapii i rehabilitacji w obszarze zdrowia psychicznego. ***Musimy im uzmysłowić zarówno zakres problemów, jak i zakres zaniedbania.***

Równolegle, wobec obecnych, a w kolejnym kroku przyszłych posłów i parlamentarzystów zostaną sformułowane pytania związane z ich możliwym zaangażowaniem w NPOZP i reformę opieki psychiatrycznej w naszym kraju. Musimy dowiedzieć się, który z wielu obszarów NPOZP jest im bliski i czy umieszczają go w swoim programie wyborczym. Będziemy pytać czy i jak dalece jest im bliska tematyka zdrowia psychicznego, zapisy NPOZP, znajomość przeszkód w jego realizacji. Będziemy ciekawi, co wiedzą o istocie przekształceń opieki psychiatrycznej według modelu środowiskowego, o jego związku z działaniami samorządowymi, o wymowie *Raportu 2011* [Informacja…, 2013], o problemach psychicznych dzieci i mło-

dzieży, o narastających lawinowo problemach zdrowia psychicznego seniorów – milionach osób, które do 2020 będą wymagały leczenia i pielęgnacji, o rozmiarach braku kadry specjalistycznej w ochronie zdrowia psychicznego, o zagadnieniach związanych z wykluczeniem społecznym osób chorujących psychicznie, o pełnym udziale w życiu społecznym po przeżytym kryzysie psychicznym, o nierównym traktowaniu osób chorujących psychicznie i somatycznie, o zakresie i niedoszacowaniu deficytu finansowania opieki psychiatrycznej. Zapytamy, czy znają z aktualne przykłady strukturalnego piętna, co wiedzą o możliwości zatrudnienia i pracy osób po kryzysach psychicznych, o przykładowych programach profilaktycznych i edukacyjnych. Wreszcie, szczególnie kandydatów na europosłów, będziemy pytać, czy wiedzą, w jak szerokim zakresie przed 40 laty reforma opieki psychiatrycznej została przeprowadzona w zachodnich krajach Unii Europejskiej.

Będziemy ich odpowiedzi komentować i udostępniać mediom. Podobnie jak brak odpowiedzi. Po prostu zależy nam na szerokim ruchu obywatelskim i na zwiększonej świadomości beneficjentów Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w odniesieniu do należnych im praw do szacunku, godnego traktowania i godnego leczenia.

Piśmiennictwo

1. *Informacja o realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w 2011 roku* (2013). Warszawa: Druk sejmowy nr 1614.

4.3. Bariery

4.3.1. Wartości i świadomość społeczna

Piotr Świtaj
I Klinika Psychiatryczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Działania mające na celu zapewnienie obywatelom zdrowia psychicznego napotykają na różnorodne bariery – organizacyjne, ekonomiczne, legislacyjne, polityczne, ale także – *last but not least* – świadomościowe i aksjologiczne. To właśnie dominujące w społeczeństwie przekonania i postawy oraz wyznawane wartości decydują o randze społecznej tego specyficznego dobra, jakim jest zdrowie psychiczne, a tym samym w dużej mierze określają praktyczne działania związane z jego promocją i ochroną. W tym sensie pozostałe przeszkody mają

charakter w znacznym stopniu wtórny do przeszkód świadomościowych i aksjologicznych. Niestety, stosunek dużej części społeczeństwa do osób leczących się psychiatrycznie jest nacechowany ignorancją, stereotypami, lekceważeniem, lękiem i mniej lub bardziej otwarcie wyrażaną niechęcią lub wrogością. Takie negatywne przekonania i postawy społeczne stanowią rdzeń i siłę napędową zespołu zjawisk, które zwykło się określać jako stygmatyzację.[7] Współcześnie, autorytety w dziedzinie zdrowia psychicznego zaliczają stygmatyzację do najważniejszych przeszkód w społecznej integracji osób z zaburzeniami psychicznymi, zapewnieniu im właściwej opieki zdrowotnej oraz poprawie jakości ich życia [Leff i Warner, 2006; Sartorius i Schulze, 2005; Thornicroft i Tansella, 2010].

Thornicroft i Tansella [2010] podkreślają, że opracowywanie programów ochrony zdrowia psychicznego należy zaczynać od ustalenia zasad etycznych i wartości, na których się mają opierać, a dopiero w dalszej kolejności odwoływać się do dowodów i doświadczenia. Wydaje się, że traktowanie osób z zaburzeniami psychicznymi jako pełnoprawnych członków społeczeństwa, zakaz ich dyskryminacji i poszanowanie przysługujących im praw muszą być uznane za zasady etyczne o najbardziej fundamentalnym, niepodlegającym dyskusji charakterze. Dlatego walka ze stygmatyzacją powinna być punktem wyjścia wszelkich działań zmierzających do poprawy zdrowia psychicznego obywateli.

Stygmatyzacja i jej konsekwencje

Współczesne modele teoretyczne stygmatyzacji ujmują ją zwykle jako złożony proces obejmujący kilka odrębnych, ale wzajemnie powiązanych komponentów, takich jak: problemy z wiedzą (ignorancja), postawami (uprzedzenia) i zachowaniami (dyskryminacja) [Thornicroft i wsp., 2007], lub stereotypy, uprzedzenia i dyskryminacja [Corrigan i Kleinlein, 2005], bądź też etykietowanie, stereotypizacja, poznawcza separacja, reakcje emocjonalne, utrata statusu i dyskryminacja w kontekście władzy jakiejś grupy społecznej nad inną [Link i Phelan, 2001; Link i wsp., 2004].

Mimo różnie rozkładanych akcentów i nieco odmiennej terminologii, autorzy tych modeli są zgodni, że rozpowszechnione w społeczeństwie negatywne przekonania, postawy i zachowania wobec osób chorujących psychicznie, czyli tzw. piętno publiczne (*public stigma*) to tylko jeden aspekt problemu. Nie mniej istotne są reakcje samych stygmatyzowanych, którzy nierzadko podzielają i odnoszą do siebie negatywne stereotypy dotyczące swojej grupy, co może skutkować negatywnymi reakcjami emocjonalnymi wobec siebie, spadkiem samooceny i poczucia własnej skuteczności oraz reakcją behawioralną przeja-

[7] Termin pochodzi od angielskiego terminu *stigma* (piętno, stygmat), spopularyzowanego w naukach społecznych przez socjologa Ervinga Goffmana.

wiającą się rezygnacją z dążenia do osiągnięcia istotnych celów życiowych. Ten fenomen określa się jako autostygmatyzację/samonapiętnowanie (*self-stigma*), a jego poszczególne komponenty – analogicznie do komponentów piętna publicznego – jako autostereotypy (*self-stereotype*), autouprzedzenia (*self-prejudice*) i autodyskryminację (*self-discrimination*) [Corrigan i Kleinlein, 2005].

Stygmatyzacja może przybierać również trudniej uchwytne, ale niekiedy szczególnie szkodliwe formy strukturalne lub instytucjonalne [Corrigan i Kleinlein, 2005; Corrigan i wsp., 2004; Link i Phelan, 2001]. Chodzi tu o różnego rodzaju reguły, praktyki i procedury prywatnych bądź publicznych instytucji obdarzonych pewną władzą, które przyczyniają się do dyskryminacji osób chorujących psychicznie. Tylko część z nich wynika z indywidualnych uprzedzeń wpływowych jednostek, inne są skutkiem złożonych uwarunkowań historycznych, ekonomicznych lub politycznych.

Wszystkie wymienione mechanizmy stygmatyzacji – piętno publiczne, autostygmatyzacja i stygmatyzacja strukturalna – mogą wzajemnie wzmacniać swoje działanie. W konsekwencji skutecznie pozbawiają osoby chorujące psychicznie szans życiowych (np. możliwości podjęcia pracy) oraz prowadzą do społecznego wykluczenia i izolacji, spadku samooceny, utraty wiary w skuteczność własnych działań, poczucia beznadziejności, depresji ipogorszenia jakości życia [Corrigan i Kleinlein, 2005; Link i Phelan, 2001, 2006]. Utrudniając dostęp do materialnych i społecznych zasobów oraz do adekwatnej opieki medycznej, pogarszając współpracę w leczeniu i zwiększając poziom stresu, stygmatyzacja może przyczyniać się do nasilenia objawów psychopatologicznych i hamować proces zdrowienia [Link i Phelan, 2006], a w ostateczności może stać się nawet przyczyną samobójstwa [Pompili i wsp., 2003].

Stygmatyzacja osób chorych psychicznie w Polsce

Polska jest jednym z nielicznych krajów, w których na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat systematycznie, w kilkuletnich odstępach, przeprowadzano badania postaw wobec osób chorujących psychicznie na reprezentatywnych próbach społeczeństwa [Wciórka i Wciórka, 2000, 2006, 2008; Wciórka, 2012]. Konsekwentnie wykazują one, że niedostatek wiedzy oraz dość sztywne stereotypy (w niewielkim stopniu zróżnicowane ze względu na wiek i płeć ankietowanych) w istotny sposób wpływają na postawy wobec osób chorujących psychicznie. Choroby psychiczne są postrzegane przez społeczeństwo jako problem wstydliwy, a osoby cierpiące na nie często są traktowane z rezerwą i dystansem. Wyraźna jest tendencja do wykluczania osób leczonych psychiatrycznie z ważnych obszarów życia społecznego, wyrażająca się sprzeciwem wobec pełnienia przez nie ról społecznych związanych z odpowiedzialnością i wymagających

zaufania. Równocześnie znaczna część społeczeństwa jest przekonana, że osoby chorujące psychicznie są w naszym kraju dyskryminowane, przede wszystkim w zakresie prawa do pracy, edukacji, poszanowania godności osobistej, ochrony majątku czy sprawiedliwego sądu.

W ostatnich latach w Polsce przeprowadzono również badania dokumentujące różne aspekty stygmatyzacji z perspektywy osób leczących się psychiatrycznie [np. Cechnicki i wsp., 2011; Świtaj, 2008]. W znacznym stopniu odzwierciedlają one wyniki badań opinii publicznej. Wynika z nich, że pacjenci powszechnie ukrywają swoją chorobę jako coś wstydliwego, obawiają się odrzucenia przez innych i martwią się, że będą przez otoczenie źle odbierani, jeśli wyjdzie na jaw, iż chorują psychicznie. Obawy te trudno uznać za bezpodstawne, gdyż znaczna część ankietowanych rzeczywiście doświadczała – niekiedy w bardzo drastycznej formie – odrzucenia i dyskryminacji w takich obszarach jak: relacje interpersonalne, zatrudnienie czy kontakty z wymiarem sprawiedliwości.

Strukturalna stygmatyzacja chorych psychicznie nie została dotychczas w Polsce w systematyczny sposób przebadana i opisana, można jednak wskazać kilka jej najbardziej rażących przejawów. Przede wszystkim należy wspomnieć o niedostatecznym finansowaniu psychiatrycznej opieki zdrowotnej i nieadekwatnej strukturze wydatków przeznaczanych na nią. Konsekwencją jest dominacja archaicznego, „szpitalocentrycznego" modelu opieki psychiatrycznej, niska jakość i dostępność opieki (zwłaszcza świadczeń środowiskowych, promowanych w krajach o bardziej nowoczesnych rozwiązaniach systemowych), zadłużenie placówek i odpływ fachowego personelu [Langiewicz i wsp., 2012; Wciórka i wsp., 2006]. Znamiona stygmatyzacji strukturalnej nosi również obowiązująca w Polsce restrykcyjna polityka refundacyjna dotycząca nowoczesnych leków przeciwpsychotycznych (nazywanych „lekami przeciwpsychotycznymi drugiej generacji"). Obecne przepisy uprawniają do refundacji tych leków w przypadku rozpoznania schizofrenii, a niektórych z nich również w przypadku rozpoznania choroby afektywnej dwubiegunowej. Osoby z rozpoznaniem innych zaburzeń psychotycznych (np. zaburzeń schizoafektywnych lub urojeniowych) – prowadzących do podobnej, a niekiedy nawet większej niepełnosprawności – są tego prawa pozbawione i muszą ponosić pełne koszty zakupu leków. Ponieważ leki te nie należą do tanich, w praktyce znaczna część pacjentów z poważnymi zaburzeniami psychotycznymi została w niesprawiedliwy sposób, na podstawie arbitralnej urzędniczej decyzji, zmuszona do zrezygnowania z nich na rzecz starszych leków przeciwpsychotycznych, czasem mniej skutecznych i często gorzej tolerowanych. Kiejna i wsp. [2013] wykazali niedawno, że taka polityka refundacyjna może mieć jeszcze inne negatywne skutki. Z analiz autorów wynika bowiem, że przyczyniła się ona do istotnego

zwiększenia częstości rozpoznawania schizofrenii u pacjentów ambulatoryjnych. Zważywszy, że rozpoznanie schizofrenii stygmatyzuje bardziej niż rozpoznanie innych zaburzeń psychotycznych, restrykcyjne wskazania refundacyjne dla leków przeciwpsychotycznych drugiej generacji należy uznać nie tylko za przejaw stygmatyzacji, ale również za jej dodatkowe źródło.

Warto zauważyć, że wymienione przejawy stygmatyzacji strukturalnej nie mają charakteru świadomego i celowego ograniczenia praw osób chorujących psychicznie, a wynikają raczej z ekonomicznej kalkulacji (niekoniecznie trafnej) i dążenia do redukcji wydatków. Natomiast za przejaw intencjonalnej stygmatyzacji strukturalnej, wynikającej prawdopodobnie ze stereotypów i uprzedzeń, można uznać regulacje prawne (art. 12 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego) zakazujące zawierania małżeństwa *osobom dotkniętym chorobą psychiczną albo niedorozwojem umysłowym*, w których to przypadkach wymagana jest zgoda sądu [Hajdukiewicz, 2004]. Problematyczność tych przepisów (poza przestarzałą terminologią) polega przede wszystkim na tym, że nie odwołują się one do faktycznej utraty zdolności do czynności prawnych z powodu zaburzeń psychicznych w chwili zawierania związku małżeńskiego, ale do nieprecyzyjnej etykiety diagnostycznej. Zdaniem niektórych stanowią one *najbardziej drastyczne pozbawienie podstawowych praw obywatelskich osób z zaburzeniami psychicznymi* [Rutkowski i wsp., 1990, za: Hajdukiewicz, 2004, s. 135].

Przeciwdziałanie stygmatyzacji osób chorych psychicznie

Ze względu na bardzo złożony charakter procesu stygmatyzacji osób chorujących psychicznie, przeciwdziałanie mu i jego negatywnym skutkom jest zadaniem trudnym, wymagającym podejmowania wszechstronnych oddziaływań na wielu poziomach [Haghighat, 2001; Thornicroft i wsp., 2008]. Jeśli chodzi o przeciwdziałanie piętnu publicznemu, najwięcej dowodów zgromadzono za skutecznością edukacji społeczeństwa i promowania kontaktu z osobami chorującymi psychicznie – przy czym kontakt wydaje się skuteczniejszą strategią w odniesieniu do dorosłych, a edukacja w odniesieniu do młodzieży [Corrigan i wsp., 2012]. Na poziomie krajowym najlepszych efektów w modyfikacji postaw społecznych wobec osób chorujących psychicznie można oczekiwać po starannie skoordynowanych działaniach opartych na technikach marketingu społecznego [Thornicroft i wsp., 2008]. Z kolei wśród metod przeciwdziałania samonapiętnowaniu najbardziej obiecujące wydają się interwencje mające na celu korektę stygmatyzujących przekonań i postaw osób chorujących psychicznie oraz interwencje ukierunkowane na rozwijanie u nich zdolności radzenia sobie ze stygmatyzacją poprzez poprawę samooceny, poczucia umocnienia (*empowerment*) oraz współpracy w leczeniu [Mittal i wsp., 2012]. Szczególnie trudnym wyzwaniem jest na-

tomiast przeciwdziałanie stygmatyzacji strukturalnej. W przypadku świadomych i celowych działań dyskryminujących osoby chore psychicznie pewną rolę odegrać mogą oddziaływania edukacyjne i nacisk na różne wpływowe grupy, takie jak np. władze, ustawodawcy czy przedstawiciele mediów. Jednak tego typu interwencje są nieskuteczne w odniesieniu do nieintencjonalnych przejawów stygmatyzacji strukturalnej. W tym przypadku konieczne są instrumenty prawne (np. odpowiednie regulacje antydyskryminacyjne) oraz szeroko zakrojone działania w zakresie polityki społecznej, zmierzające do zwiększenia szans osób stygmatyzowanych i stopniowego usunięcia nierówności społecznych [Corrigan i Kleinlein, 2005; Thornicroft i wsp., 2008].

W zakresie przeciwdziałania stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi istnieją pewne modelowe rozwiązania, z których warto czerpać inspirację. Przykładem może być bardzo ambitny i zakrojony na szeroką skalę angielski program *Time to Change* (http://www.time-to-change.org.uk/). Na realizację jego pierwszej fazy (lata 2007-2011) udało się zgromadzić środki w wysokości ponad 20 mln funtów. Obejmował on liczne i różnorodne inicjatywy zarówno o zasięgu lokalnym, jak i ogólnokrajowym, takie jak kampanie medialne i marketingowe, masowe imprezy sportowe i rekreacyjne mające ułatwić kontakt ludzi zdrowych i chorujących psychicznie czy materiały internetowe dotyczące różnych aspektów zdrowia psychicznego. Celem oddziaływań była zarówno populacja ogólna, jak i specyficzne grupy odgrywające szczególną rolę w procesie stygmatyzacji (np. dziennikarze, pracodawcy, dzieci i młodzież), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi. Program został poddany starannej ewaluacji, która wykazała szereg pozytywnych efektów, spośród których szczególnie godne uwagi wydaje się znaczące obniżenie wskaźników dyskryminacji doświadczanej przez osoby chorujące psychicznie [Henderson i Thornicroft, 2013].

Zapewne w Polsce zmobilizowanie tak znacznych środków finansowych i zrealizowanie kampanii destygmatyzacyjnej o podobnym rozmachu jest obecnie mało realne. W ostatnich latach podjęto jednak w naszym kraju szereg cennych inicjatyw marketingowych, edukacyjnych, kulturalnych, sportowych, bądź też opartych na wzajemnym kontakcie osób chorych i zdrowych [zob. przegląd w: Beldie i wsp., 2012; Sartorius i Schulze, 2005]. Znaczna ich część była realizowana w ramach światowego programu „Schizofrenia – Otwórzcie drzwi", któremu patronowało Światowe Towarzystwo Psychiatryczne (WPA). Najbardziej spektakularnymi z tych przedsięwzięć, szeroko nagłaśnianymi przez środki masowego przekazu, były obchodzone corocznie we wrześniu w wielu miastach Polski Dni Solidarności z Osobami Chorymi na Schizofrenię, których kulminacją było uroczyste przekroczenie symbolicznych drzwi przez przedstawicieli władz, duchowieństwa, mediów, działaczy społecznych, znane osobistości i mieszkańców. Po

wycofaniu finansowania przez przemysł farmaceutyczny w 2005 r. koniecznością było jednak ograniczenie centralnych obchodów Dni Solidarności na rzecz inicjatyw bardziej lokalnych [Beldie i wsp., 2012].

Podsumowanie i wnioski

Stygmatyzacja to problem globalny [Sartorius i Schulze, 2005], stanowiący poważne zagrożenie dla zdrowia publicznego [Link i Phelan, 2006]. Na całym świecie przyczynia się do wyłączenia osób chorujących psychicznie z pełnego uczestnictwa w życiu społecznym i pozbawia je przysługującym im praw [Thornicroft i Tansella, 2010]. Należy jednak mocno podkreślić, że w ostatecznym rozrachunku stygmatyzacja przynosi szkody nie tylko osobom chorym i ich bliskim. Prowadząc do marginalizacji znacznej części obywateli, zubaża całe społeczeństwo, podważa podstawowe zasady i wartości, na których się ono opiera i utrwala obawy jego członków przed chorobą psychiczną i utratą kontroli [Corrigan i Kleinlein, 2005].

Badania opinii publicznej oraz badania doświadczeń osób chorujących psychicznie jednoznacznie wskazują, że stygmatyzacja jest poważnym problemem również w polskim społeczeństwie. Znaczną rolę wydają się odgrywać zwłaszcza jej formy strukturalne/instytucjonalne, dlatego za pilną potrzebę należy uznać podjęcie systematycznych badań nad tym zagadnieniem (np. wnikliwej analizy obowiązującego w Polsce prawa pod kątem dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi).

Trzeba docenić podejmowane w Polsce dość liczne i różnorodne inicjatywy mające na celu przeciwdziałanie stygmatyzacji osób leczących się psychiatrycznie. Stosunkowo niewiele wiadomo jednak o ich rzeczywistej skuteczności. Wydaje się, że więcej uwagi niż dotychczas należy poświęcić ich ewaluacji, co pomogłoby w bardziej racjonalnym planowaniu przyszłych działań. Warto też zachęcać klinicystów, aby w większym stopniu uwzględniali problematykę radzenia sobie ze stygmatyzacją w programach terapeutycznych. Zmiana świadomości społecznej to proces powolny i długotrwały, konieczne jest więc wyposażenie osób chorujących psychicznie w umiejętności niezbędne do przeciwstawiania się dyskryminacji i umożliwiające uniknięcie negatywnych skutków samonapiętnowania. Nie może to jednak w żadnej mierze oznaczać przeniesienia ciężaru przeciwdziałania stygmatyzacji ze społeczeństwa na osoby stygmatyzowane.

W tym kontekście nie sposób nie wspomnieć o Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego [Wciórka i wsp., 2006], który ma na celu nadanie zdrowiu psychicznemu odpowiedniej rangi, stopniową przemianę świadomości społecznej oraz gruntowną poprawę jakości opieki psychiatrycznej i badań naukowych nad zdrowiem psychicznym. W tym sensie jest on szansą na aktywne przeciwstawienie się stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym również jej strukturalnym przejawom. Ludzie chorzy psychicznie mają niewielką

zdolność wywierania nacisku politycznego, samoorganizacji i skutecznej walki o swoje prawa [Thornicroft i Tansella, 2010], dlatego bez konsekwentnej i dalekowzrocznej polityki społecznej państwa w dziedzinie zdrowia psychicznego, nieuchronnie będą padać – jak to się często dzieje obecnie – ofiarą polityki prowadzonej *ad hoc*, opartej na doraźnej kalkulacji ekonomicznej.

Piśmiennictwo

1. Beldie A., den Boer J.A., Brain C., Constant E., Figueira M.L., Filipcic I., Gillain B., Jakovljevic M., Jarema M., Jelenova D., Karamustafalioglu O., Kores Plesnicar B., Kovacsova A., Latalova K., Marksteiner J., Palha F., Pecenak J., Prasko J., Prelipceanu D., Ringen P.A., Sartorius N., Seifritz E., Svestka J., Tyszkowska M., Wancata J. (2012) Fighting stigma of mental illness in midsize European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,* 47 (Suppl 1): 1-38.
2. Cechnicki A., Angermeyer M.C., Bielańska A. (2011) Anticipated and experienced stigma among people with schizophrenia: its nature and correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46: 643-650.
3. Corrigan P.W., Kleinlein P. (2005) The impact of mental illness stigma. W: Corrigan PW, red. *On the stigma of mental illness. Practical strategies for research and social change*. Washington, DC: American Psychological Association, s. 11-44.
4. Corrigan P.W., Markowitz F.E., Watson A.C. (2004) Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophrenia Bulletin,* 30: 481-491.
5. Corrigan P.W., Morris S.B., Michaels P.J., Rafacz J.D., Rüsch N. (2012) Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*, 63: 963-973.
6. Haghighat R. (2001) A unitary theory of stigmatisation. Pursuit of self-interest and routes to destigmatisation. *British Journal of Psychiatry*, 178: 207-215.
7. Hajdukiewicz D. (2004) *Opiniowanie sądowo-psychiatryczne w sprawach cywilnych*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2004.
8. Henderson C., Thornicroft G. (2013) Evaluation of the Time to Change programme in England 2008-2011. *British Journal of Psychiatry,* 202: s45-s48.
9. Kiejna A., Misiak B., Zagdanska M., Drapala J., Piotrowski P., Szczesniak D., Chladzinska-Kiejna S., Cialkowska-Kuzminska M., Frydecka D. (2013) Money matters: does the reimbursement policy for second-generation antipsychotics influence the number of recorded schizophrenia patients and the burden of stigmatization? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* doi:10.1007/s00127-013-0763-2
10. Langiewicz W. (2012) System ochrony zdrowia psychicznego w Polsce. W: Wciórka J, Pużyński S, Rybakowski J, red. *Psychiatria. Tom 3. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne.* Wrocław: Elsevier Urban & Partner, s. 598-609.
11. Leff J., Warner R. (2006) *Social inclusion of people with mental illness.* Cambridge: Cambridge University Press.
12. Link B.G., Phelan J.C. (2001) Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27: 363-385.
13. Link B.G., Phelan J.C. (2006) Stigma and its public health implications. *Lancet*, 367: 528-529.
14. Link B.G., Yang L.H., Phelan J.C., Collins P.Y. (2004) Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30: 511-541.
15. Mittal D., Sullivan G., Chekuri L., Allee E., Corrigan P.W. (2012) Empirical studies of self-stigma reduction strategies: a critical review of the literature. *Psychiatric Services*, 63: 974-981.
16. Pompili M., Mancinelli I., Tatarelli R. (2003) Stigma as a cause of suicide. *British Journal of Psychiatry*, 183: 173-174.
17. Sartorius N., Schulze H. (2005) *Reducing the stigma of mental illness. A report from a global programme of the World Psychiatric Association.* Cambridge: Cambridge University Press.

18. Świtaj P. (2008) *Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. Monografie psychiatryczne, 7*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
19. Thornicroft G., Brohan E., Kassam A., Lewis-Holmes E. (2008) Reducing stigma and discrimination: candidate interventions. *International Journal of Mental Health Systems*, 2: 3. doi:10.1186/1752-4458-2-3
20. Thornicroft G., Rose D., Kassam A., Sartorius N. (2007) Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *British Journal of Psychiatry*, 190: 192-193.
21. Thornicroft G., Tansella M. (2010) *W stronę lepszej psychiatrycznej opieki zdrowotnej*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
22. Wciórka J. (2012) Postawy wobec osób chorych psychicznie, chorób psychicznych i instytucji psychiatrycznych. W: Moskalewicz J, Kiejna A, Wojtyniak B, red. *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska"*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, s. 171-184.
23. Wciórka J., Boguszewska L., Brodniak W., Czabała Cz., Jarema M., Langiewicz W., Prot K., Pużyński S., Słupczyńska E. (2006) *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (projekt)*. Warszawa, 18 grudnia 2006 (poprawki z 14 kwietnia 2007). Dostęp: http://www.ipin.edu.pl/wordpress/narodowy-program-ochrony-zdrowia-psychicznego/
24. Wciórka B., Wciórka J. (2000) Stereotyp i dystans – choroby psychiczne i chorzy psychicznie w opinii społeczeństwa polskiego (1996 i 1999). *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 9: 353-382.
25. Wciórka B., Wciórka J. (2006) Sondaż opinii publicznej: społeczny obraz chorób psychicznych i osób chorych psychicznie w roku 2005. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 15: 255-267.
26. Wciórka B., Wciórka J. (2008) *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie*. Centrum Badania Opinii Społecznej. Komunikat BS/124/2008. Dostęp: http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2008/K_124_08.PDF

4.3.2. Bariery polityczne

Marek Balicki
Wolskie Centrum Zdrowia Psychicznego, Szpital Wolski, Warszawa

Sytuacja

Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce znajduje się w kryzysie. Ma on różne wymiary: społeczny, ekonomiczny, prawno-człowieczy, organizacyjny i polityczny. Dostrzegają to nie tylko pacjenci, organizacje pozarządowe, pracownicy psychiatrycznej opieki zdrowotnej i media, ale również najważniejsze instytucje państwowe, takie jak Rzecznik Praw Obywatelskich (RPO) i Najwyższa Izba Kontroli (NIK). Trudną sytuację osób z zaburzeniami psychicznymi, a w szczególności pacjentów szpitali psychiatrycznych, wielokrotnie potwierdzały wyniki wizytacji placówek psychiatrycznych przeprowadzanych przez pracowników Biura RPO oraz ustalenia kontroli NIK [NIK, 2012].

Działania podejmowane w ostatnich latach przez władze publiczne nie prowadzą do przełamania tego kryzysu. Niepokoi ignorowanie problematyki zdrowia psychicznego oraz niewywiązywanie się z podstawowych obowiąz-

ków wynikających z przepisów prawa przez centralne organy administracji rządowej. Symboliczną ilustracją problemu mogą być ostatnie obchody corocznego Światowego Dnia Zdrowia Psychicznego (10 października 2013), którego hasłem było: *Zdrowie psychiczne i osoby starsze*. W polskich obchodach w tym roku zabrakło przedstawicieli kierownictwa Ministerstwa Zdrowia, które nie skorzystało z okazji czynnego uczestniczenia w działaniach na rzecz zwiększenia świadomości społecznej odnośnie problemów zdrowia psychicznego, z jakimi borykają się osoby starsze. Na stronie internetowej ministerstwa trudno było znaleźć jakąkolwiek związaną z tymi obchodami informację.

Instrumentem, który miał doprowadzić do znaczącej poprawy w zakresie ochrony zdrowia psychicznego jest Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) ustanowiony w grudniu 2010 r. przez Radę Ministrów. Celem NPOZP, którego działania zostały przewidziane na lata 2011-2015, jest przede wszystkim zmiana tradycyjnego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, opartego głównie na izolacji w szpitalu psychiatrycznym, na model środowiskowy przybliżający zróżnicowane formy leczenia i oparcia społecznego do miejsca zamieszkania pacjenta. Należy odnotować, że NPZOZ jest pierwszą przyjętą na szczeblu krajowym po 1989 r. strategią mającą na celu poprawę jakości życia i leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi, unowocześnienie opieki psychiatrycznej oraz podnoszenie świadomości społecznej i uwrażliwienie społeczeństwa na problematykę zaburzeń psychicznych. Środowiska psychiatryczne od wielu lat zabiegały o przyjęcie takiego rządowego Programu. Z jego uchwaleniem wiązano nadzieje na osiągnięcie oczekiwanych zmian w funkcjonowaniu ochrony zdrowia psychicznego.

Pierwszym sygnałem świadczącym o problemach związanych z NPZOZ było ponad dwuletnie opóźnienie jego zatwierdzenia przez rząd. Odpowiednia nowelizacja ustawy o ochronie zdrowia psychicznego została bowiem uchwalona przez Sejm jeszcze w połowie 2008 r. Obecnie, na półmetku realizacji NPOZP można powiedzieć, że Program w zasadzie nie działa. Informacja Ministra Zdrowia o jego realizacji w 2011 r. [MZ, 2013], skierowana przez rząd do Sejmu z blisko rocznym opóźnieniem (17 lipca 2013 r.), została trafnie określona przez dra Andrzeja Cechnickiego jako *raport o zaniechaniu*.

Po blisko trzech latach funkcjonowania Programu poziom realizacji większości zadań daleko odbiega od zakładanych celów. Występują znaczne opóźnienia w stosunku do terminów określonych w harmonogramie, a także nie uzyskano większości planowanych wskaźników. Przez długi czas nie udało się powołać Rady do spraw Zdrowia Psychicznego, jako organu koordynacyjno-doradczego działającego przy Ministrze Zdrowia. Do 2013 r. Rada zebrała zaledwie się dwa razy. Na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia nie ma

żadnej informacji o funkcjonowaniu Rady, a jej statut został nadany przez ministra zdrowia dopiero w październiku 2013 r.

Jedną z głównych przyczyn utrudniających przeprowadzenie reformy psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz jej codzienne funkcjonowanie są relatywnie niskie nakłady publiczne. W 2011 r. wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) przeznaczone na lecznictwo psychiatryczne stanowiły zaledwie 3,50% ogółu wydatków i były na takim samym niskim poziomie jak dwa lata wcześniej (2009 r. – 3,50%), czyli jeszcze przed przyjęciem NPOZP. Postulowany przez środowiska psychiatryczne w oparciu o dane z krajów Unii Europejskiej minimalny poziom finansowania ze środków publicznych wynosi 5,0%. W 2013 r. sytuacja finansowa szpitali psychiatrycznych, a w jeszcze większym stopniu oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych, pogarsza się, co wywołuje liczne konflikty na poziomie lokalnym.

Wysoce krytyczna ocena realizacji NPOZP zawarta jest w informacji o wynikach kontroli przeprowadzonej przez NIK [2012]. NIK negatywnie ocenił działania Ministra Zdrowia w zakresie sprawnej realizacji zadań ministerstwa w ramach NPZOZ. Z informacji NIK wynika m. in., że Departament Zdrowia Publicznego nie poinformował innych komórek organizacyjnych resortu o zadaniach, które powinny realizować w ramach NPOZP oraz, że ministerstwo nie zatrudniło niezbędnych pracowników (po dwóch na każdy cel główny Programu), co było wcześniej planowane celem stworzenia minimalnych warunków organizacyjnych dla zapewnienia prawidłowej realizacji zadań.

Kluczowe znaczenie dla skutecznego wprowadzania modelu środowiskowego ma tworzenie centrów zdrowia psychicznego (powiatowych, dzielnicowych), łączących w obrębie jednej struktury organizacyjnej opiekę ambulatoryjną, środowiskową, dzienną i stacjonarną. Funkcjonowanie takich centrów wymaga m. in. zmiany sposobu finansowania opieki psychiatrycznej, w szczególności odejścia od obecnej formuły płacenia za pojedynczą usługę (*fee for service*). Tymczasem rozwiązania dotyczące organizacji podmiotów leczniczych, wprowadzone ustawą o działalności leczniczej z 2011 r., a więc już po wejściu w życie NPOZP, w sposób jednoznaczny wykluczają możliwość łączenia opieki ambulatoryjnej i stacjonarnej w ramach jednego przedsiębiorstwa. Nie zostały też wprowadzone odpowiednie sposoby finansowania działalności tych centrów zdrowia psychicznego, które mimo barier organizacyjno-prawnych udało się utworzyć w różnych miejscach na terenie kraju. Wydane ostatnio (6 listopada 2013 r.) rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień nie przewiduje świadczeń udzielanych przez centrum zdrowia psychicznego [MZ, 2013].

Zadania

Od uchwalenia nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, w wyniku której przyjęto NPOZP, upłynęło już ponad pięć lat. Wysoce niezadawalająca realizacja NPOZP oraz kryzys psychiatrycznej opieki zdrowotnej stanowią w tej sytuacji wystarczające uzasadnienie podjęcia próby dokonania krytycznego przeglądu realizacji Programu oraz oceny stanu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce, poza corocznymi sprawozdaniami rządu mającymi w istocie rutynowy charakter. Odzwierciedla to dobrze jeden z wniosków końcowych rządowego sprawozdania za rok 2011:

Konieczna jest realizacja wszystkich zadań nałożonych przez NPOZP przez wszystkie uprawnione do tego podmioty i instytucje. Dotychczasowy bilans działań wskazuje na zbyt niskie zaangażowanie większości instytucji i podmiotów w realizację Programu [Informacja…, 2013].

Tymczasem potrzebna jest analiza zachodzących zjawisk i procesów, a w szczególności identyfikacja trudności i barier pojawiających się w toku realizacji Programu. Wnioski wynikające z takiej analizy powinny stanowić podstawę do nakreślenia rekomendacji obejmujących konieczne działania naprawcze. Przygotowany w ten sposób raport, przed nadaniem mu ostatecznego kształtu, powinien zostać poddany konsultacjom z przedstawicielami najważniejszych interesariuszy (środowisk psychiatrycznych, organizacji pacjenckich, samorządów lokalnych i in.) oraz być przedmiotem publicznej debaty. Zgodnie z przyjętą we wrześniu 2012 r. przez Europejski Komitet Regionalny WHO strategią *Zdrowie 2020. Nowe założenia polityki zdrowotnej*, rządy powinny przyczyniać się do ustanowienia struktur i procesów, które umożliwią zaangażowanie szerokiego grona interesariuszy na rzecz polityki zdrowotnej [WHO Europe, 2012; Opolski i Wysocki 2013]. Według WHO jest to szczególnie istotne dla obywateli, organizacji społecznych, a także niektórych grup ludności, którzy razem tworzą społeczeństwo obywatelskie, a aktywne, zaangażowane i wspólne działanie wzmacnia znaczenie spraw zdrowia na różnych poziomach rządzenia.

Wydaje się mało prawdopodobne, żeby prace nad raportem udało się przeprowadzić w czasie umożliwiającym korektę obecnej edycji NPOZP obejmującej lata 2011-2015. Dlatego przed opracowaniem kolejnej edycji NPOZP na lata 2016-2020 najważniejszą sprawą wydaje się wyciągnięcie wniosków z lekcji, jaką dały nam ostatnie lata. Należy zrobić wszystko co możliwe, aby nie powtórzyć błędów związanych z realizacją pierwszej edycji NPOZP. Zadanie opracowania raportu powinno spoczywać na władzach publicznych, ale możliwe jest również przygotowanie raportu siłami organizacji pozarządowych, w tym także towarzystw naukowych np. Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

W ramach toczącej się debaty o stanie psychiatrii i realizacji NPOZP można już dzisiaj wskazać kilka najważniejszych przyczyn występujących trudności i barier. Dotyczą one różnych obszarów.

W sferze politycznej – od kilku lat obserwujemy, że zdrowie nie należy do priorytetów polityki państwa. Jednym ze skutków takiej sytuacji jest niska ranga problematyki zdrowia psychicznego, potęgowana dodatkowo przez negatywne stereotypy w społecznym postrzeganiu zaburzeń psychicznych i przez stygmatyzację. W ostatnich miesiącach w debacie publicznej wokół problemów polityki zdrowotnej coraz częściej wskazywana jest potrzeba podniesienia rangi zdrowia publicznego. Środowiska działające na rzecz reformy opieki psychiatrycznej powinny wspierać wszelkie działania na rzecz umieszczenia zdrowia w centrum uwagi państwa i jego instytucji [IOZ, 2013], nie tylko w sferze deklaracji, ale również realnej polityki.

W zakresie organizacji i finansowania świadczeń zdrowotnych istotną barierą w działaniach na rzecz zmiany tradycyjnego modelu opieki psychiatrycznej na model środowiskowy są mechanizmy rynku wewnętrznego wprowadzone w 1999 r., których skutkiem jest komercjalizacja i stopniowo postępująca prywatyzacja usług medycznych. Rynkowa orientacja w opiece zdrowotnej nie przyniosła spodziewanych społecznych korzyści, a w wielu obszarach doprowadziła do pogorszenia sytuacji [Golinowska i Sowa, 2008; Słońska i Koziarek, 2013]. Efektem zmian jest wzrost produktywności, zwłaszcza w zakresie drogiej opieki szpitalnej, przy jednoczesnym pogorszeniu funkcjonowania lecznictwa ambulatoryjnego, a także brak kompleksowości i ciągłości opieki. Wnioski płynące z doświadczeń innych krajów [Kuttner, 2008; Mooney 2008; OECD, 2012; Picket i Wilkinson, 2011; Zdrowie 2012] pokazują, że opieka zdrowotna działająca na zasadzie zysku (*profit driven*):

- zwiększa nierówności w dostępie opieki zdrowotnej;
- powoduje nadmierny rozwój usług dobrze finansowanych i jednocześnie
- prowadzi do zaniedbań w sferze ważnych, ale źle finansowanych, zakresów usług medycznych, (m. in. psychiatrii);
- stanowi zagrożenie dla jakości usług;
- wpływa na sposób funkcjonowania placówek publicznych, które przyjmują strategie działania właściwe dla podmiotów komercyjnych [Trojanowski, 2013];
- przyczynia się do zwiększenia ogólnych kosztów opieki zdrowotnej przy jednoczesnym ograniczeniu demokratycznej kontroli nad wydatkowaniem środków publicznych.

Wydaje się możliwe i celowe postulowanie wprowadzenia pewnych odstępstw od powszechnych zasad finansowania i organizacji w odniesieniu do lecznictwa psychiatrycznego, np.:

- wprowadzenie „miękkiej" rejonizacji, zwłaszcza w zakresie lecznictwa stacjonarnego i opieki środowiskowej (centra zdrowia psychicznego);



– zawieranie umów z jednym podmiotem działającym w danym rejonie;
– uwzględnianie w większym stopniu kompleksowości i koncentracji świadczeń (ambulatoryjnych, środowiskowych, stacjonarnych) oferowanych przez podmioty lecznicze;
– odchodzenie od obecnego sposobu finansowania opartego na zasadzie *fee for service*;
– a także wprowadzenie zmian w ustawie o działalności leczniczej umożliwiających tworzenie centrów zdrowia psychicznego w ramach jednego przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego.

Nie mniej ważną sprawą jest dążenie do większej integracji działań opieki zdrowotnej i pomocy społecznej na wszystkich szczeblach (centralnym, regionalnym i lokalnym).

W zakresie zarządzania NPZOZ – celem zapewnienia sprawnej realizacji zadań konieczne jest powołanie przy ministrze zdrowia wyodrębnionej struktury zarządzającej i wdrażającej dysponującej całą „centralną" kwotą środków budżetowych przeznaczonych na Program, kierowanej przez lidera z silną pozycją w administracji centralnej. Funkcję komitetu sterującego powinna pełnić (maksymalnie kilkunastoosobowa) Rada do spraw Zdrowia Psychicznego funkcjonująca przy Ministrze Zdrowia. Środki w ramach Programu powinny być przeznaczone na dofinansowanie lokalnych inicjatyw na wzór funduszy europejskich (tj. z udziałem własnym wnioskodawców). Przeanalizowania wymaga także struktura NPOZP oraz ewentualna redukcja celów szczegółowych. Skupienie się na mniejszej liczbie celów może przynieść poprawę skuteczności działań, a pośrednio również do poprawy sytuacji w obszarach nieobjętych celami szczegółowymi.

Na zakończenie warto jeszcze raz podkreślić potrzebę dokonania krytycznego przeglądu realizacji NPOZP i ustalenia rekomendacji do wykorzystania przy opracowywaniu kolejnej edycji Programu na lata 2016-2020. Wprowadzenie koniecznych korekt może przyczynić się do poprawy skuteczności realizacji Programu i przeprowadzenia systemowej zmiany w funkcjonowaniu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce.

Piśmiennictwo

1. Golinowska St., Sowa A. (red.) (2008) *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga II. Raport (wersja trzecia)*. Zespół do przygotowania raportu „Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga".
2. WHO Europe (2012) *Health 2020 policy framework and strategy*. EUR/RC62/RC62 conf.Doc.8. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
3. *Informacja o realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w 2011 roku* (2013). Warszawa: Druk sejmowy nr 1614.

4. IOZ (2013) *Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje. Raport*. Warszawa: Instytut Ochrony Zdrowia.
5. Kuttner R. (2008). Market-Based Failure – A Second Opinion on U.S. Health Care Costs. *New England Journal of Medicine*, 358 (6), 549-551.
6. Mooney G. (2012) Neoliberalism is bad for our health. *International Journal of Health Services*, 42 (3), 383-391.
7. MZ (2013) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. *Dziennik Ustaw*, poz. 1386 z dnia 27 listopada 2013.
8. NIK (2012) *Przestrzeganie praw pacjenta w lecznictwie psychiatrycznym. Informacja o wynikach kontroli.* Warszawa: Najwyższa Izba Kontroli.
9. OECD (2012) *Health at a Glance: Europe 2012*. OECD Publishing. doi: 10.1787/9789264183896-en
10. Opolski J. T., Wysocki M. J. (2013) Zdrowie 2020 – nowe założenia polityki zdrowotnej. *Przegląd Epidemiologiczny,* 67(1), 1-4.
11. Pickett K., Wilkinson R.(2011) *Duch równości. Tam gdzie panuje równość, wszystkim żyje się lepiej.* Warszawa: Wydawnictwo Czarna owca.
12. Słońska Z., Koziarek J. (2011) Społeczne nierówności w zdrowiu – efekt medykalizacji promocji zdrowia? *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 9(2), 64-75.
13. Trojanowski T. (2013) *Komercjalizacja wobec solidaryzmu.* Portal Rynku Medycznego, dostęp: http://www.medicalnet.pl/Komercjalizacja-wobec-solidaryzmu,wiadomosc,5,lipiec,2013.aspx
14. Wojtyniak B., Goryński P., Moskalewicz B. (red.) (2012) *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania.* Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.
15. Zdrowie (2012). *Zdrowie. Przewodnik Krytyki Politycznej.* Warszawa: Wydawnictwo Krytyki Politycznej.

4.3.3. Finansowanie (na przykładzie uwarunkowań Mazowsza)

Dariusz Hajdukiewicz
Biuro Polityki Zdrowotnej, Urząd m. st. Warszawy

Wydatki na realizację zadań Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (dalej jako: NPOZP, Program) zostały zaplanowane na poziomie od 90 do ponad 390 mln zł rocznie, co łącznie przez 5 lat jego funkcjonowania czyni w skali kraju kwotę przekraczającą 1.271 mln zł. Mimo, że mogłoby się wydawać, że jest to kwota duża, to już na wstępie należy stwierdzić, że w stosunku do potrzeb jest ona niewystarczająca.

Po stronie samorządów

Wśród najistotniejszych problemów komplikujących prawidłową realizację NPOZP przez samorządy wymienić należy przede wszystkim:

a) brak wskazania źródeł pozyskiwania środków koniecznych do realizacji tego Programu i szacunkowe jedynie określenie kwoty rocznego ich zobowiązania,

b) brak zasad podziału kosztów Programu pomiędzy poszczególne szczeble administracji samorządowej, a także

c) brak współpracy ze strony płatnika – tj. Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej jako: NFZ) – w zakresie, jeśli nie zapewnienia to przynajmniej zaplanowania, finansowania dla powstałych z inicjatywy samorządów Centrów Zdrowia Psychicznego (dalej jako: CZP).

Ad a) Brak wskazania samorządom źródeł pozyskania nowych środków finansowych skutkuje m.in. tym, że teoretycznie najlepsze wyniki zaangażowania wykazują w sprawozdaniach te z nich, które już wcześniej realizowały pewne zadania własne z zakresu psychiatrii. Problem w tym, że często zadania te wcale nie wynikają z Programu. Natomiast pozostałe samorządy usprawiedliwiają się szacunkowym określeniem zalecanej im wielkości nakładów, zatem albo nie przeznaczają na te cele żadnych środków, albo są to środki dalece niedostateczne. W latach 2010-2011 zdarzało się także, że przy tworzeniu lokalnych programów niektóre samorządy, wbrew idei NPOZP, uzależniały wprost swoją aktywność od przekazania im odpowiednich środków finansowych[8].

Ad b) Powyższe okoliczności oraz brak zasad podziału kosztów realizacji działań na rzecz Programu pomiędzy poszczególne szczeble samorządów sprzyjały wcześniej i nadal sprzyjają odsiebnemu podejściu do obowiązku realizowania NPOZP. Tymczasem, chociaż z Programu to wprost nie wynika, łatwo policzyć przynajmniej te szacunkowe wartości, do których wydatkowania samorządy powinny jednak czuć się zobligowane. Jeśli bowiem wszystkie trzy szczeble samorządu terytorialnego w Polsce (gmina, powiat i samorząd województwa) są jednakowo zobowiązane do realizacji Programu wobec każdej osoby, która zamieszkuje na ich terenie, to łączną kwotę rocznego zobowiązania tych samorządów (wynoszącą 52,9 mln zł, w tym 46,9 mln zł na tworzenie CZP i inne zmiany organizacyjne powodujące zwiększenie dostępności do świadczeń, a pozostałe 6 mln na profilaktykę i promocję) należy podzielić przez liczbę obywateli, a następnie jeszcze raz przez 3 (szczeble administracji samorządowej) i otrzymany wynik pomnożyć przez liczbę mieszkańców danej jednostki samorządowej, aby obliczyć zobowiązanie konkretnego samorządu wobec jego społeczeństwa. Tak więc przy założeniu, że w Polsce mieszka 38.533 tys. obywateli[9], na każdego z nich przypada obowiązek przeznaczenia przez trzy szczeble samorządów łącznie 1,37 zł (w tym 1,22 zł na tworzenie CZP i około 15 gr na profilaktykę i promocję), a zatem każdy szczebel powinien przeznaczyć po około 46 gr (odpowiednio 41 gr na CZP i 5 gr na profilaktykę).

[8] Mazowiecki Program Ochrony Zdrowia Psychicznego 2011 – 2015, Grudzień 2011, s. 34.

[9] http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/l_powierzchnia_i_ludnosc_przekroj_terytorialny_2013.pdf

Ad c) Przy wspomnianym już opracowywaniu lokalnych programów w latach 2010 – 2011 r. zdarzało się także, że samorządy oczekiwały (oczywiście bezskutecznie) zobowiązania się płatnika do przyszłego finansowania świadczeń zdrowotnych w planowanym przez nie CZP. Także obecnie, mimo inwestowania przez część samorządów środków finansowych w cele służące realizacji NPOZP, płatnik nie ogłasza konkursów na zakup nowych świadczeń, a przy zawieraniu aneksów do starych umów nadal nie dostosowuje ich wielkości do rzeczywistych potrzeb świadczeniobiorców i faktycznych możliwości świadczeniodawców. W propozycjach finansowania na 2014 r. płatnik niejednokrotnie ogranicza dziś wartości planowanych umów do historycznego wykonania[10] nie zauważając, że większości z podmiotów leczniczych nie było po prostu stać na kredytowanie Funduszu lub fundowanie pacjentom świadczeń ponad zawartą z NFZ umowę, mimo posiadania odpowiednich ku temu warunków. Działanie takie mogłoby zresztą narazić kierownictwo podmiotu leczniczego na zarzut niegospodarności. W efekcie zakontraktowanie przez płatnika jedynie kilku miejsc w oddziale dziennym o 3-4 krotnie większych możliwościach, jako oczywiście nieopłacalne, prowadzić może rychło do rezygnacji z udzielania takich świadczeń w ogóle poprzez chociażby zamknięcie takiego deficytowego oddziału.

Po stronie NFZ

O niewłaściwe wywiązywanie się z obowiązków wynikających z NPOZP dużo pretensji zgłasza się dziś do płatnika, którego Program zobowiązał do corocznego zwiększania nakładów na świadczenia zdrowotne z zakresu psychiatrii o kwotę kolejnych 66 mln zł, aż do poziomu wzrostu o 264 mln zł w 2015 r. względem wyjściowego 2010 r.

Na niesatysfakcjonujący poziom realizacji przez NFZ obowiązku finansowania Programu wpływają m.in.:

a) brak zasad podziału skutków tego obowiązku pomiędzy poszczególne wojewódzkie oddziały NFZ,

b) wprowadzenie tzw. algorytmu podziału środków między te oddziały,

c) brak wcześniejszego planowania odpowiednich środków w budżecie płatnika, oraz

d) brak akceptacji dla finansowania jednych zadań kosztem ograniczania lub rezygnacji z innych zadań dotychczas finansowanych.

Ad a) Brak zasad podziału pomiędzy poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ środków służących realizacji przez płatnika zobowiązania wydatkowania rokrocznie zwiększanych nakładów na realizację NPOZP może spowodować, że płatnik wywiąże się ze swojego obowiązku, nawet wówczas jeśli nie przekaże

[10] źródło: metodologia aneksowania umów zastosowana przez MOW NFZ na 2014 r. przekazana podmiotom leczniczym w listopadzie 2013 r.

żadnych dodatkowych środków na realizację zadań Programu w jakimś województwie, a nawet pomimo obniżenia tam finansowania świadczeń z zakresu psychiatrii, o ile w skali kraju ten obowiązek zostanie dochowany.

Ad b) Zmiana sposobu podziału środków finansowych pomiędzy oddziały wojewódzkie NFZ, wynikająca ze zmiany ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej jako: ustawa), spowodowała obniżenie nakładów w niektórych województwach. Na przykład na Mazowszu skutkowało to zmniejszeniem finansowania m.in. w zakresie psychiatrii w 2012 r. o blisko 2,5 mln zł[11].

Ad c) Na rok 2011 do Programu wpisano wartość 0 zł, co jednak nie oznaczało zaniechania w tymże roku finansowania w ogóle psychiatrii przez NFZ, ale jedynie to, że w stosunku do 2010 r. finansowanie zostanie utrzymane na niezmienionym poziomie. Tymczasem z udostępnianych przez NFZ danych[12] przez długi czas wynikało, że w tym pierwszym roku funkcjonowania Programu nakłady na świadczenia z zakresu psychiatrii spadną nawet o ponad 100 mln zł w skali kraju. Ostatecznie wzrosły. W 2012 r. wprawdzie znów wzrosły, ale początkowo planowane były także istotnie poniżej poziomu wyjściowego z roku 2010. Wg wspomnianych wyżej planów do wyznaczonego w Programie poziomu 66 mln zł rocznie nakłady miały się nie zbliżyć jeszcze nawet w zakładanym finansowaniu na lata 2013 i 2014, w których wzrosty zaplanowano odpowiednio na 12 mln i 23 mln zł. Zmiana planu finansowego i uwolnienie dodatkowych środków następowały z zasady w drugiej połowie roku co zasadniczo utrudniało jakąkolwiek współpracę podmiotów leczniczych i ich podmiotów tworzących z płatnikiem, mogącą doprowadzić do zorganizowanego, systematycznego rozwoju środowiskowej opieki psychiatrycznej. Wręcz przeciwnie ten model kontraktowania skutkował m.in. tym, że pojawiały się konfliktorodne zarzuty o wykazywanie przez płatnika pozornego jedynie wzrostu nakładów na lecznictwo psychiatryczne[13].

Ad d) Ponieważ z art. 132 ust. 5 wspomnianej ustawy wynika, że wysokość łącznych zobowiązań Funduszu nie może przekroczyć wysokości wydatków przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu, wobec braku dostatecznych wpływów do budżetu płatnika w szczególności w latach dekoniunktury, istotną możliwością wygospodarowania większych środków na psychiatrię mogłoby być w niektórych oddziałach ograniczenie finansowania w innych dziedzinach medycyny. Jednakże takie działanie, postrzegane jako nieetyczne, nie może zyskać akceptacji dla jego realizacji, zwłaszcza, że inne dziedziny medycyny nie mogą być przecież uznane za mniej od psychiatrii istotne.

[11] źródło danych: ostateczne plany finansowe publikowane na stronach NFZ: www.nfz.gov.pl

[12] źródło danych: informacja MOW NFZ dla Rady Oddziału z marca 2012 r.

[13] źródło danych: protokół z posiedzenia Mazowieckiej Rady Zdrowia Psychicznego z 18 lipca 2013 r.

Po stronie Ministra Zdrowia

Wiodącą rolę Program powierzył Ministrowi Zdrowia, którego zobowiązał m.in. do upowszechnienia środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Mimo tego nie został on wyposażony w adekwatne narzędzia np. w:

a) środki finansowe konieczne do restrukturyzacji lecznictwa stacjonarnego i tworzenia CZP.

Ministerstwo posiada natomiast inne istotne narzędzia mogące zasadniczo wspierać Program tj.:

b) możliwość opisania nowych produktów kontraktowych, a także powtórne oszacowanie rzeczywistych kosztów już kontraktowanych świadczeń.

Ad a) Niedostatecznie zaplanowano środki finansowe niezbędne do stymulowania restrukturyzacji bazy lecznictwa stacjonarnego, w tym finansowania, z przenoszeniem niektórych zadań z dużych szpitali psychiatrycznych do szpitali ogólnych oraz realizacji pilotażowego programu wdrożenia modelu środowiskowego. Przy niejasno określonych zasadach obliczania wskaźników rzeczywiste potrzeby dokonania docelowych alokacji łóżek mogą okazać się jeszcze wyższe. Na Mazowszu podmiotem tworzącym największe szpitale psychiatryczne, bezwzględnie wymagające restrukturyzacji, jest samorząd województwa. Zgodnie z Programem to właśnie on powinien doprowadzić do ich przekształcenia. Zdawać by się mogło, że powinien w tej kwestii mieć jednak istotne wsparcie ministerstwa odpowiedzialnego za stymulowanie restrukturyzacji i jej koordynację. Ale sądząc z zaplanowanych w Programie dla Ministra Zdrowia nakładów na inwestycje w wysokości 2 mln zł rocznie, samorząd zmuszony będzie samodzielnie ponieść pełne koszty tego przedsięwzięcia. Istnieje zatem obawa, że wobec braku adekwatnych środków w swoim budżecie samorząd w najlepszym razie będzie jedynie podejmował działania przygotowawcze.

Ad b) Innym problemem widocznym na etapie realizacji świadczeń zdrowotnych jest brak opisania przez ministerstwo zdrowia i wycenienia nowych produktów kontraktowania pn. „centrum zdrowia psychicznego" w wersji podstawowej, pełnej i rozszerzonej. I to mimo wcześniejszych zapowiedzi, że nastąpi to już od 2014 r. Problem adekwatnego finansowania świadczeń dotyczyć musi także utrzymania oddziału psychiatrycznego w szpitalu ogólnym. Już dziś w opiniach ekspertów i praktyków prowadzenie takiej działalności medycznej jest mocno deficytowe. To oczywiste, że pacjentowi psychiatrycznemu lekarz nie odmówi wykonania dostępnych na terenie szpitala procedur diagnostycznych i zabiegów terapeutycznych dotyczących jego dodatkowych problemów somatycznych. Taki zresztą także był cel tworzenia Programu – kompleksowość i szybkość postępowania medycznego. Ale oznacza to również pilną potrzebę

zmiany zasad finansowania w sposób umożliwiający sumowanie i finansowanie wszystkich wykonanych procedur. Poza tym upowszechnienie oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych dodatkowo podroży stacjonarne leczenie psychiatryczne. Wzrośnie np. koszt dyżurów lekarskich, które w wielkich, kilkusetłóżkowych szpitalach psychiatrycznych wymagały zaangażowania wyraźnie mniejszej liczby lekarzy. Zakładając, że w szpitalu 300 łóżkowym dyżur pełniło 3 lekarzy to po jego restrukturyzacji i alokacji łóżek powstanie 10 oddziałów 30-łóżkowych, w których do zabezpieczenia pacjentów potrzebnych będzie przynajmniej 10-ciu lekarzy. Zatem łączne koszty dyżurów lekarskich będą 3 razy wyższe.

Na Mazowszu

Powyższe okoliczności dotyczące przede wszystkim pozyskiwania adekwatnych środków finansowych i współpracy podmiotów realizujących nie mogą nie oddziaływać negatywnie na realizację dwóch niezbędnych, choć kosztownych zadań. Pierwsze zadanie dotyczy alokacji zasobów, drugie uzupełnienia braków do poziomu określonego w Programie.

Na przykładzie danych z Warszawy i Mazowsza można zauważyć, że nawet w tych obszarach, w których wyliczone wskaźniki odpowiadają, a nawet przekraczają normę w skali województwa, z perspektywy powiatów nadal występują nierówności w dostępie do świadczeń. I tak mimo korzystnego zdawałoby się dla mieszkańców Mazowsza wskaźnika dla poradni wynoszącego 1,4 (przy normie 1 na 50 tys.), w 2011 r. oddział NFZ nie zabezpieczył odpowiedniej liczby poradni aż w 16 powiatach tego województwa (np. w powiecie otwockim wskaźnik wyniósł zaledwie 0,4). Inny przykład niewłaściwie rozmieszczonych zasobów z Mazowsza to wielkie skupiska łóżek psychiatrycznych zlokalizowanych jedynie w kilku powiatach. W powiecie wołomińskim wskaźnik ten wynosi 11,5, w powiecie pruszkowskim 30,3, w powiecie gostynińskim nawet 46,4 przy zalecanej w Programie normie 4 łóżka na 10 tys. mieszkańców[14]. Ale mimo teoretycznego spełniania normy w województwie (4,4) większość mazowieckich powiatów cierpi z powodu deficytu oddziałów psychiatrycznych. W tych obszarach niezbędna jest więc kosztowna alokacja zasobów. Natomiast wśród braków na Mazowszu wymienić należy deficyt 1000 miejsc w oddziałach dziennych (przy normie 3 miejsca na 10 tys. mieszkańców wskaźnik wynosi zaledwie 1,2). Jeszcze gorzej przedstawia się dostępność do zespołów środowiskowych, których na Mazowszu zakontraktowano dziesięciokrotnie mniej niż przewiduje norma. Poza tym brak jest zespołów interwencji kryzysowej, miejsc w hostelach, ZOL i ZPO.

[14] Źródło danych: korespondencja MOW NFZ z BPZ Urzędu m.st. Warszawy (2011 r.) i Mazowiecki Program Ochrony Zdrowia Psychicznego 2011 – 2015, Grudzień 2011.

Szacując średni koszt modernizacji pomieszczeń i ich wyposażenia w celu stworzenia poradni oraz zaplecza dla funkcjonowania zespołów środowiskowych na około 150 tys. zł. można założyć, że dla podstawowego CZP na 50 tys. mieszkańców realizacja zadania ze środków samorządu terytorialnego będzie możliwa w ciągu 2-3 lat. Trudniej i drożej będzie natomiast stworzyć oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych, a jednocześnie zlikwidować część łóżek w monospecjalistycznych, dużych szpitalach psychiatrycznych. Budując oddział od podstaw należy liczyć się z wydatkiem nawet 1 mln zł na 1 łóżko. Przy szacowanych w Programie środkach w okresie 5 lat jego realizacji, licząc zgodnie z zaprezentowaną wcześniej metodologią, założone nakłady dla samorządów wystarczą jedynie na zapewnienie około 30 nowych łóżek.

Podsumowując powyższe ustalenia należy stwierdzić, że oprócz niedostatecznych założeń dotyczących planowanych nakładów na realizację NPOZP, ważnym problemem finansowania jego zadań jest także brak możliwości realnego pozyskiwania środków finansowych lub ich wydzielania z dotychczasowych budżetów podmiotów realizujących Program, w wysokości jeśli już nie odpowiedniej do potrzeb, to choćby tylko równej tej, którą w nim określono. Poza tym istotną barierą w odpowiednim finansowaniu zadań jest brak czytelnego określenia zasad dotyczących zarówno właściwego wywiązywania się z obowiązków, jak i wzajemnej współpracy różnych podmiotów realizujących Program.

4.3.4. Zdrowie psychiczne jako chroniona konstytucyjnie wartość w działalności Rzecznika Praw Obywatelskich

Katarzyna Łakoma
Zespół Prawa Administracyjnego i Gospodarczego,
Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich

Tematem niniejszego artykułu jest przedstawienie doświadczeń Rzecznika Praw Obywatelskich w zakresie otrzymywanych skarg w sprawie stosowania ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego[15] oraz problemów, z jakimi borykają się osoby z zaburzeniami psychicznymi. Skargi i wnioski nadsyłane do Rzecznika pochodzą od pacjentów, do których przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego znalazły zastosowanie, członków ich rodzin, stowarzyszeń i organizacji pozarządowych, jak również przedstawicieli zawodów

[15] Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375.

prawniczych. Tak zróżnicowana grupa podmiotów zwracających się o pomoc do Rzecznika powoduje, że wnioski i skargi dotyczą bardzo różnych problemów i skutków, których ustawodawca w momencie uchwalania ustawy o ochronie zdrowia psychicznego nie przewidział. Przykładowo wskazać można, iż zarzuty podnoszone przez pacjentów najczęściej dotyczą umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym bez ich zgody i obrazują brak znajomości procedury sądowej przewidzianej przez ustawę o ochronie zdrowia. Inny rodzaj skarg dotyczy warunków panujących w szpitalach psychiatrycznych, zapaści finansowej lecznictwa psychiatrycznego, niejasności przepisów prawa, w szczególności tych dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego przez personel medyczny, zakazu palenia w szpitalach psychiatrycznych i braku możliwości wyegzekwowania tego zakazu.

Celem działań Rzecznika Praw Obywatelskich jest przede wszystkim ochrona jednostki przed nadużyciami, która często z racji swego stanu zdrowia jest nieświadoma swoich praw i jest zależna od innych osób. Wykonując swój mandat, określony przepisami Konstytucji i ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich, Rzecznik szczególną uwagę przywiązuje do poszanowania konstytucyjnej gwarancji wolności i nietykalności osobistej, i w tym zakresie, podczas przeprowadzanych niezapowiedzianych wizytacji kontrolnych w szpitalach psychiatrycznych bada, w jaki sposób personel medyczny wykonuje przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Preambuła do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wyraźnie stanowi bowiem, że zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa. Rzecznik Praw Obywatelskich stojąc na straży praw i wolności obywatelskich, czuwa nad tym, aby organy władzy publicznej działały na podstawie prawa i w ramach przyznanego im upoważnienia. Z tego powodu ustawa z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich[16] wyposażyła go w szereg niezbędnych uprawnień, w tym także procesowych, celem skutecznej ochrony praw i wolności konstytucyjnych. Powzięcie przez Rzecznika Praw Obywatelskich wiadomości wskazującej na naruszenie praw i wolności jest podstawą do podjęcia przez Rzecznika działań przewidzianych w ustawie o RPO. Podstawowe znaczenie przypisać należy działalności wizytacyjno-kontrolnej Rzecznika, pozwalającej mu zbadać każdą sprawę, nawet bez uprzedzenia, na miejscu. W toku owych wizytacji niejednokrotnie dochodzi bowiem do ustalenia, że kontrolowana placówka naruszyła przepisy prawa, dotyczy to zwłaszcza stosowania wobec chorych środków przymusu bezpośredniego (głównie unieruchomienia z użyciem pasów), niejednokrotnie bez uprzedzenia o tym pacjenta. Wiele do życzenia pozostawia również respektowanie prawa do intymności i poszanowania godności podczas udzielania świadczeń zdrowotnych.

[16] Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 z późn. zm.

Inną, bardzo często wykorzystywaną formą działania Rzecznika – w zależności od charakteru sprawy i dokonanych ustaleń – jest skierowanie wystąpienia do organu, którego działanie bezprawnie ingeruje w prawa obywateli, domagając się w nim zaniechania takiego działania, bądź też zwrócenie się do odpowiednich organów nadzoru, aby w ramach posiadanych kompetencji podjęły stosowne działania zmierzające do przywrócenia stanu zgodnego z prawem. Korzystanie przez Rzecznika z w/w form działania dotyczy zazwyczaj spraw, w których obywatelom nie przysługują żadne środki zaskarżenia. Rzecznik może także przystąpić do toczącego się postępowania sądowego czy też złożyć wniosek do Trybunału Konstytucyjnego celem zbadania zgodności zakwestionowanych przepisów z Konstytucją. Rzecznik może także skorzystać z prawnych środków zaskarżenia. Ma to miejsce zwłaszcza w przypadku, gdy sprawa ma charakter precedensowy i jej rozstrzygnięcie w trybie odpowiedniej procedury otworzy innym osobom, znajdującym się w analogicznej sytuacji, drogę dochodzenia naruszonych praw i wolności, bądź też, gdy sprawa ma wyjątkowe znaczenie społeczne albo, jeżeli naruszenie prawa ma charakter masowy, a działania Rzecznika mogą odnieść skutek prewencyjny. Wśród wspomnianych środków zaskarżenia z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, pozostających w dyspozycji Rzecznika wymienić przykładowo można skargę kasacyjną wnoszoną na zasadach i w terminie określonym przez kodeks postępowania cywilnego. To do autonomicznej oceny Rzecznika należy natomiast, czy ochrona praw człowieka i obywatela uzasadnia jego udział w toczącym się postępowaniu, a także wnoszenie przewidzianych środków prawnych zaskarżenia[17].

Ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi i złożoność problemów z zakresu ochrony zdrowia psychicznego stanowi jeden z głównych problemów dostrzeganych w działalności Rzecznika, który korzystając z szerokiego wachlarza posiadanych kompetencji aktywnie działa na rzecz usunięcia z sytemu prawnego niedoskonałych przepisów prawnych, które stanowią zagrożenie dla praw i wolności jednostki. W tym kontekście warto przywołać sprawę, która wzbudziła wątpliwości Rzecznika natury konstytucyjnej. Problem dotyczył przepisów, które nie przewidywały dla osoby ubezwłasnowolnionej uprawnienia do zgłoszenia wniosku o wszczęcie postępowania o uchylenie lub zmianę ubezwłasnowolnienia[18]. Z tego powodu Rzecznik złożył wniosek do Trybunału Konstytucyjnego o stwierdzenie niezgodności art. 559 ustawy z dnia 17 listopada 1964 – Kodeks postępowania cywilnego w związku z art. 545 § 1 i 2 tej ustawy w zakresie, w jakim wyłącza osobę ubezwłasnowolnioną z kręgu podmiotów uprawnionych do zgłoszenia wniosku o wszczęcie postępowania o uchylenie lub zmianę ubez-

[17] J. Świątkiewicz, *Rzecznik Praw Obywatelskich a sądownictwo administracyjne po reformie*, BRPO, Warszawa 2004, s. 11.

[18] sprawa RPO-491629/04.

własnowolnienia z art. 30 Konstytucji RP (godność człowieka) i art. 31 Konstytucji RP (wolność). Przepisy stanowiły bowiem, że postępowanie o uchylenie ubezwłasnowolnienia może być wszczęte na wniosek lub z urzędu, natomiast postępowanie o zmianę orzeczenia o ubezwłasnowolnieniu wyłącznie na wniosek. Podmiotami uprawnionymi do złożenia wniosku o uchylenie lub zmianę orzeczenia były – oprócz prokuratora i Rzecznika Praw Obywatelskich – małżonek osoby ubezwłasnowolnionej, krewni w linii prostej, rodzeństwo, a także jej przedstawiciel ustawowy. Legitymacja procesowa do żądania wszczęcia postępowania o uchylenie bądź zmianę ubezwłasnowolnienia nie przysługiwała natomiast ubezwłasnowolnionemu. W tej sprawie Trybunał Konstytucyjny podzielił wątpliwości Rzecznika i orzekł niezgodność zaskarżonych przepisów z Konstytucją[19].

Rzecznik podjął także sprawę wzbudzającą wiele kontrowersji, dotyczących treści przepisów Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego wprowadzających nadmiernie dolegliwe procedury dla mających pełną zdolność do czynności prawnych osób chorych psychicznie bądź niepełnosprawnych intelektualnie, chcących zawrzeć związek małżeński[20]. Problem natury generalnej ujawnił się w kwietniu 2011 r., gdy to opinię publiczną poruszyła historia osoby dotkniętej konsekwencjami dziecięcego porażenia mózgowego, a która napotkała trudności w zawarciu związku małżeńskiego. Kierownik Urzędu Stanu Cywilnego, na podstawie art. 5 w związku z art. 12 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, skierował do sądu wniosek o rozstrzygnięcie, czy w sprawie istnieje przeszkoda wyłączająca możliwość zawarcia małżeństwa. Do tego postępowania sądowego przyłączył się Rzecznik. Po kilkunastu miesiącach zakończyło się ono orzeczeniem pozytywnym dla zainteresowanej. Niemniej problem systemowy pozostał, gdyż przepis art. 12 k.r.o. stanowi o zakazie zawierania małżeństw przez osoby dotknięte chorobą psychiczną albo niedorozwojem umysłowym; jedynie sąd może zezwolić takim osobom na zawarcie małżeństwa, o ile uzna, że stan zdrowia lub umysłu takiej osoby nie zagraża małżeństwu ani zdrowiu przyszłego potomstwa. Zdaniem Rzecznika przepisy te wymagają zmian legislacyjnych. Rozwiązaniem minimalnym byłoby dostosowanie ich do aktualnej terminologii i stanu wiedzy, a także rezygnacja z przesłanek wiążących zgodę na zawarcie małżeństwa ze "zdrowiem przyszłego potomstwa". Ponadto w świetle przepisów Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych należałoby rozważyć całkowitą rezygnacją z przeszkody małżeńskiej zawartej w art. 12 k.r.o. Rzecznik wystąpił, więc do Ministra Sprawiedliwości o zmianę powyższych przepisów. W odpowiedzi Minister Sprawiedliwości poinformował, że problematyka dotycząca zakazu zawierania małżeństw przez osoby dotknięte chorobą psychiczną albo niedorozwojem umysłowym pozostaje w zainteresowaniu działającej przy Ministrze Sprawiedliwo-

[19] wyrok z dnia 7 marca 2007 r., sygn. akt K 28/05

[20] sprawa RPO – 673676/11

ści Komisji Kodyfikacyjnej Prawa Cywilnego i zapowiedział wprowadzenie postulowanych przez RPO zmian ustawowych.

Kolejną ze spraw, którą Rzecznik monitoruje od kilku lat jest problem z wdrożeniem Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego[21]. Początkowo Rzecznik występował o jak najszybsze wydanie rozporządzenia, na mocy zmienionej w 2008 r. ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, która stworzyła podstawy funkcjonowania Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Ustawa przewidywała bowiem, że Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego określa Rada Ministrów, w drodze rozporządzenia. Rozporządzenie w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego zostało wydane przez Radę Ministrów dopiero w dniu 28 grudnia 2010 r., a weszło w życie w dniu 18 lutego 2011 r. tj. ponad dwa lata po wejściu w życie ustawy, na podstawie której zostało wydane[22]. Rzecznik ponownie podjął działania w tej materii w 2012 r., gdy powziął informację o braku realizacji NPOZP przez organy publiczne do tego zobowiązane. Rzecznik ponownie wystąpił do Ministra Zdrowia, Rzecznika Praw Pacjenta oraz Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie niepokojących informacji o braku postępu w realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Właściwa i terminowa realizacja Programu ma, w ocenie Rzecznika i pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, fundamentalne znaczenie dla stworzenia kompleksowego systemu ochrony zdrowia psychicznego społeczeństwa, w tym zapewnienia skutecznej prewencji, leczenia zaburzeń psychicznych i ochrony praw pacjentów. Dodatkowo Rzecznik w swym kolejnym wystąpieniu do resortu zdrowia podkreślił liczne nieprawidłowości i zaniedbania związane z realizacją Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, stwierdzone w wynikach kontroli NIK dotyczącej przestrzegania praw pacjenta w lecznictwie psychiatrycznym. Sprawa jest nadal uważnie monitorowana przez Rzecznika.

Koniecznie przywołać należy kolejną sprawę ważną z punktu widzenia należytej ochrony osób chorych psychicznie, a dotyczącą braku obligatoryjnego udziału profesjonalnego pełnomocnika w sprawach dotyczących umieszczenia osoby chorej psychicznie w szpitalu psychiatrycznym bez jej zgody[23]. Art. 48 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego pozostawia do oceny sądu, czy pacjentowi przyznać adwokata z urzędu w postępowaniu dotyczącym przymusowego przyjęcia do szpitala psychiatrycznego. W ocenie Rzecznika pełnomocnik ten powinien być przyznawany z urzędu. Przymusowe umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym skutkuje bowiem czasowym pozbawieniem wolności, a tym sa-

[21] Sprawa RPO -658072/10, RPO- 712556.
[22] Dz. U. 2011, nr 24, poz. 128.
[23] sprawa RPO-681257/12.

mym stanowi istotną ingerencję w prawa i wolności osobiste, chronione konstytucyjnie. Skoro ustawodawca przewidział w tej materii tryb sądowy, konieczne jest, by prawa procesowe osoby chorej psychicznie były odpowiednio gwarantowane. Dodatkowo, omawiany przepis ustawy o ochronie zdrowia psychicznego przewiduje, iż pełnomocnikiem może być jedynie adwokat, wykluczając w sposób nieuzasadniony możliwość ustanowienia pełnomocnikiem radcy prawnego.

W swym wystąpieniu generalnym Rzecznik zgłosił Ministrowi Zdrowia oraz Ministrowi Sprawiedliwości pilną potrzebę nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego poprzez umożliwienie ustanowienia pełnomocnika w osobie radcy prawnego oraz wprowadzenie obowiązku sądu ustanowienia pełnomocnika z urzędu dla osoby, której dotyczy postępowanie o przymusowe przyjęcie do szpitala psychiatrycznego. Minister Zdrowia w odpowiedzi podzielił stanowisko Rzecznika i przychylił się do wniosku Rzecznika w kwestii zmiany art. 48. Minister Sprawiedliwości podzielił natomiast zarzut Rzecznika, co do nieuzasadnionego wyłączenia możliwości ustanowienia pełnomocnikiem radcy prawnego.

Rzecznik podjął także problem dotyczący wprowadzenia całkowitego zakazu palenia wyrobów tytoniowych w zakładach psychiatrycznych[24]. Ze względu na szczególną sytuację pacjentów zakładów psychiatrycznych w ocenie Rzecznika zasadne jest przeanalizowanie zniesienia całkowitego zakazu palenia wyrobów tytoniowych. Skargi w tej sprawie zgłaszali także kierownicy zakładów psychiatrycznych, podnosząc, iż zakaz ten nie jest dostosowany do realiów szpitali psychiatrycznych i sytuacji pacjentów, a oni sami nie mają narzędzi pozwalających im wyegzekwować ten zakaz. W odpowiedzi Minister Zdrowia poinformował, że zbada ten problem i przeprowadzi konsultacje eksperckie. Po kilku latach analizy, stwierdził że nie ma możliwości zmiany wątpliwych przepisów. Problem nadal pozostaje, więc nierozwiązany.

Przytoczone powyżej rodzaje spraw mają jedynie charakter przykładowy i nie stanowią wyczerpującego omówienia wszystkich działań podejmowanych przez Rzecznika. Ich omówienie może przybliżyć różnorodność problemów i działań Rzecznika na rzecz wzmocnienia ochrony praw osób z zaburzeniami psychicznymi (od wystąpienia generalnego po wniosek do Trybunału Konstytucyjnego). Omówione sprawy dobitnie wskazują jednak, że w dziedzinie ochrony zdrowia psychicznego jest wiele do zrobienia. Niektóre przepisy są niedostosowane do otaczającej nas rzeczywistości i wymagają pilnej zmiany, albowiem wszystkie konsekwencje niejasnych i nieprecyzyjnych zapisów prawa poniosą osoby, których te przepisy bezpośrednio dotyczą. Rzecznik Praw Obywatelskich będzie, więc nadal stanowczo interweniował w tego typu sprawach, celem ochrony jednostki przed nadużyciami i poprawy sytuacji osób,

[24] sprawa RPO-651112/10.

które nie są w stanie samodzielnie zadbać o swoje prawa i wolności. Dla Rzecznika najważniejszy jest bowiem człowiek, a zgodnie z art. 30 Konstytucji, każdemu przysługuje przyrodzona i niezbywalna godność, która stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych.

Problemy podjęte w niniejszym artykule pokazują naturę systemowej ochrony zdrowia psychicznego. A także szczególne położenie życiowe osób dotkniętych chorobą psychiczną obrazujące różnorodność problemów związanych z funkcjonującymi obecnie rozwiązaniami prawnymi.

4.3.5. Bariery instytucjonalne

Maria Załuska
IV Klinika Psychiatryczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Niedostatek centralnej koordynacji

Podstawową barierą instytucjonalną dla realizacji celów Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) jest nieutworzenie centralnego ośrodka koordynującego – ukierunkowującego i monitorującego realizację zaplanowanych działań. Mimo zaplanowania w Programie środków na ten cel, nie zostały one uruchomione i ośrodek taki nie powstał. Można sądzić, że to zaniechanie oddziałało niekorzystnie na realizację Programu w zakresie koordynacji polityki wobec zdrowia psychicznego pomiędzy resortami i regionami, a także przyczyniło się do zaniechania realizacji wielu punktów Programu na poziomie regionalnym i lokalnym. Jest to szczególnie istotne, gdyż instytucje opieki zdrowotnej udzielające świadczeń z zakresu lecznictwa psychiatrycznego oraz instytucje pomocy społecznej udzielające oparcia środowiskowego, jak również instytucje organizujące rehabilitację zawodową lub różne formy zatrudnienia chronionego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w Polsce podlegają odrębnym regulacjom ustawowym i funkcjonują w ramach odrębnych systemów (lecznictwo, pomoc społeczna, praca). Nie wypracowano jasnych i funkcjonalnych zasad koordynowania działań tych instytucji i ich współdziałania w realizacji celów NPOZP.

Niedobór świadczeń i placówek

Według opublikowanej w 2013 r. *Informacji o realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w 2011 roku* (MZ, 2013), mimo niewielkiego wzrostu liczby jednostek, z którymi Narodowy Fundusz

Zdrowia zakontraktował świadczenia dzienne, ambulatoryjne i środowiskowe dla osób z zaburzeniami psychicznymi, liczba poradni zdrowia psychicznego dla dorosłych, a jeszcze bardziej oddziałów dziennych i zespołów leczenia środowiskowego nadal odbiega od założonej docelowo.

Mimo stosunkowo rozbudowanej sieci *poradni*, poważną barierą ich dostępności jest ograniczona kompleksowość oferowanych przez nie świadczeń oraz ograniczony czas dostępu – wiele z nich funkcjonuje tylko w niektóre dni tygodnia, w wielu przypadkach tylko raz w tygodniu. W skali kraju brakuje ok. 7000 miejsc w oddziałach dziennych. Największe jednak niedobory dotyczą liczby zespołów leczenia środowiskowego (jest ich 62 powinno być ok. 400) i hosteli (brakuje ok. 1500 miejsc). Jeszcze większe niedobory dotyczą placówek dla dzieci i młodzieży – nie funkcjonuje w Polsce ani jeden zespół leczenia środowiskowego dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi.

Według wspomnianej *Informacji* (2013) w Polsce brakuje nie tylko placówek opieki środowiskowej, ale również *łóżek szpitalnych* na oddziałach psychiatrycznych (ok. 1500), leczenia uzależnień (ok. 1400), opiekuńczo-leczniczych (ok. 2000). Ponadto, łóżka są rozmieszczone bardzo nierównomiernie, a deficyty dotyczą zarówno województw, jak i powiatów w obrębie województw, co lokalnie znacznie ogranicza dostępność leczenia stacjonarnego.

Kolejnym elementem ograniczającym dostępność i efektywność lecznictwa psychiatrycznego jest całkowity brak placówek oferujących *pomoc doraźną i interwencję kryzysową* dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Centra interwencji kryzysowej prowadzone przez samorządy nie są placówkami lecznictwa. Świadczą pomoc psychologiczno-społeczną i prawną dla osób w kryzysach życiowych i rodzinnych, co ma olbrzymie znaczenie dla profilaktyki zaburzeń psychicznych, ale nie rozwiązuje problemu dostępności świadczeń psychiatrycznych w kryzysach związanym z zaburzeniami psychicznymi. Dostępność świadczeń ambulatoryjnych i środowiskowych dla osób z nagłymi pogorszeniami stanu zdrowia jest niewystarczająca także dlatego, że system rejestracji w poradniach zdrowia psychicznego i zespołach leczenia środowiskowego odpowiadający wymaganiom NFZ (monopolisty w zakresie finansowania tych świadczeń) nie daje możliwości realizowania kryzysowej interwencji środowiskowej (w domu, w poradni) w przypadkach nagłych. Świadczeń takich nie udziela również system ratownictwa medycznego, którego rola w przypadkach nagłych problemów psychiatrycznych ogranicza się aktualnie do dowiezienia chorego do izby przyjęć najbliższego szpitala lub oddziału psychiatrii. Z konieczności, szpitalne psychiatryczne izby przyjęć stają się miejscem udzielania doraźnej pomocy chorym zgłaszającym się lub dowożonym. Nie maja one jednak do tego odpowiednich warunków lokalowych, kadrowych, ani właściwego finansowania. Zespoły psychiatrycznej inter-

wencji kryzysowej mogłyby być tworzone przy psychiatrycznych izbach przyjęć, w stacjach pogotowia ratunkowego, w ramach nocnej pomocy lekarskiej lub poradniach zdrowia psychicznego, ale powinny dysponować możliwością udzielania efektywnej interwencji doraźnej w stanach naglących, a w uzasadnionych przypadkach – kierowania pacjenta do właściwych placówek leczenia całodobowego, dziennego, ambulatoryjnego, środowiskowego lub wsparcia psychospołecznego. Niestety wskutek braku adekwatnych do zadań warunków organizacyjnych i finansowych, podjęte próby tworzenia psychiatrycznych oddziałów ratunkowych zostały odłożone na czas bliżej nieokreślony.

W Polsce brakuje *zintegrowanego programu pomocy mieszkaniowej* dla chorych psychicznie. Program ten powinien obejmować perspektywiczny plan rozwoju i finansowania różnych form chronionego zamieszkiwania, tworzonych w systemie ochrony zdrowia i systemie pomocy społecznej. Oferta pomocy mieszkaniowej powinna być odpowiednia do zróżnicowanych potrzeb wynikających z rodzaju dysfunkcji, sprawności i wieku chorych. Powinna ona obejmować takie formy, jak istniejące już usługi specjalistyczne w domu chorego, a ponadto hostele terapeutyczne w systemie służby zdrowia oraz terapeutyczne (przejściowe) i docelowe (stałe) mieszkania chronione w systemie pomocy społecznej. Program rozwoju pomocy mieszkaniowej powinien stanowić priorytet wobec kosztownego tworzenia miejsc w dużych instytucjach opieki długoterminowej (ZOL i DPS). Instytucje opieki długoterminowej (ZOL, DPS) powinny być lokalizowane w środowisku dotychczasowego życia podopiecznych (ten sam powiat, gmina dzielnica) i ulegać modernizacji tak, by warunki życia były w nich maksymalnie zbliżone do warunków domowo-rodzinnych i umożliwiały podopiecznym udział w życiu lokalnej społeczności, poprzez różnorodny kontakt ze środowiskiem zewnętrznym.

Brakuje również *placówek rehabilitacji i readaptacji do zatrudnienia* przystosowanych do potrzeb osób chorujących psychicznie. Istnieje potrzeba tworzenia Warsztatów Terapii Zajęciowej, Zakładów Aktywizacji Zawodowej, Centrów Integracji Społecznej, miejsc pracy chronionej uwzględniających specyfikę niepełnosprawności związanej chorobą psychiczną i współpracujących z placówkami lecznictwa psychiatrycznego – zespołami leczenia środowiskowego, oddziałami rehabilitacyjnymi.

Trudności restrukturyzacji placówek i alokacji środków

Leczenie w systemie placówek środowiskowych zamiast w szpitalu jest bardziej efektywne gdyż szybciej i mniejszym kosztem prowadzi do społecznej reintegracji chorego w jego dotychczasowym środowisku życia. W Polsce, mimo dających się zauważyć zmian zmierzających w pożądanym kierunku, nadal w strukturze lecznictwa psychiatrycznego duże szpitale psychiatryczne pełnią

dominującą rolę – konsumując 70-80% budżetu i utrwalając nieefektywny model leczenie psychiatrycznego

Konsekwentna zmiana tej sytuacji wymaga daleko posuniętych zmian infrastruktury, organizacji placówek, a także zmiany kwalifikacji i form zatrudnienia w dużych szpitalach. Barierą dla tych przekształceń są nie tylko niewystarczające nakłady finansowe na remonty, adaptacje i tworzenie nowej infrastruktury, szkolenia i przekwalifikowanie kadry, tworzenie nowych placówek i stanowisk pracy w środowisku. Istotną barierą jest także bariera mentalna, psychologiczny opór przed zmianą, potrzeba zachowania dotychczasowego status quo nie tylko po stronie pracowników, lecz przede wszystkim osób zarządzających – motywująca do ochrony partykularnych interesów szpitala, nie zawsze zbieżnych z celami NPOZP,.

Sytuację pogarsza narastający ogólnie *deficyt kadr* fachowych lecznictwa psychiatrycznego.

Reforma systemu kształcenia pielęgniarek przyniosła pogłębiający się niedobór personelu pielęgniarskiego w psychiatrii, zwłaszcza pielęgniarek z wykształceniem psychiatrycznym. Niedostateczna liczba miejsc specjalizacyjnych w zakresie psychiatrii i odpływ specjalistów do lepiej płatnej pracy w krajach Unii Europejskiej powodują pogłębiający się niedobór kadry lekarskiej w psychiatrii. Wieloletnie zaniedbania w zakresie kształcenia specjalistów psychiatrii dziecięcej doprowadziły do drastycznego deficytu, podobnie jak zaniedbania w zakresie kształcenia specjalistów z zakresu psychologii klinicznej.

W *modelu kształcenia podyplomowego* pielęgniarek psychologów i lekarzy nadal nie uwzględnia się w wystarczający sposób przygotowania do pracy w psychiatrii środowiskowej. Koncepcja roli zawodowej i szkolenia terapeutów środowiskowych i specjalistów terapii środowiskowej – którzy mogliby pełnić kluczową rolę w psychiatrycznej opiece środowiskowej – nie została do końca sprecyzowana i uzgodniona pomiędzy decydentem polityki zdrowotnej (Ministrem Zdrowia) a płatnikiem (NFZ). Szkolenia nie są realizowane, a sposób kontraktowania przez NFZ nie zawiera takiej wyceny świadczenia terapeuty środowiskowego (jest niższa niż wycena punktacja świadczeń pielęgniarki czy psychologa), która motywowałaby do zdobywania kompetencji i uprawnień terapeuty środowiskowego przez inne grupy zawodowe.

Brak integracji świadczeń

Istotna barierą dla efektywności i dystrybucji świadczeń medycznych i psychospołecznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi jest *brak funkcjonalnej integracji świadczeń* medycznych i psychospołecznych udzielanych przez różne podmioty i systemy w lokalnej społeczności. Dla przykładu, ciągłość świadczeń przy przejściu z lecznictwa do pomocy społecznej napotyka na utrudnienie

związane z podejmowaniem decyzji administracyjnej o świadczeniu specjalistycznych usług opiekuńczych lub środowiskowego domu samopomocy. Procedura administracyjna wydłuża się niekiedy na wiele dni, podczas gdy w najtrudniejszym dla pacjenta okresie bezpośrednio po wyjściu ze szpitala, jest on pozbawiony oparcia, co może skutkować pogorszeniem stanu zdrowia. W przypadku pacjentów pozbawionych osób bliskich i opiekunów należałoby zapewnić możliwość wszczynania administracyjnej procedury przydziału świadczeń już w trakcie hospitalizacji.

Podobnie kolejki przyjęć do oddziału dziennego, poradni zdrowia psychicznego lub zespołu leczenia środowiskowego przerywają niekiedy ciągłość opieki lecznictwa psychiatrycznego nad pacjentem wypisywanym z oddziału szpitalnego. Rozwiązaniem sprzyjającym ciągłości świadczeń w obrębie lecznictwa byłyby *centra zdrowia psychicznego*, oferujące leczenie kompleksowe, ciągłe i dostosowane do aktualnie definiowanych potrzeb pacjenta. Niestety sprawdzona w świecie rola takich centrów nie znajduje jak dotąd niezbędnego odzwierciedlenia w polityce zdrowotnej resortu zdrowia ani zasadach finansowaniu świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Należałoby jednak pamiętać, że centra zdrowia psychicznego jako placówki lecznictwa pozostaną mniej skuteczne, jeśli nie zostaną wypracowane zasady stałej współpracy z placówkami świadczącymi oparcie społeczne i aktywizującymi pacjentów wychodzących z kryzysów zdrowotnych.

Kolejnym problemem jest *brak synchronizacji świadczeń* między systemem ratownictwa medycznego a możliwościami oddziałów szpitalnych. W wielu przypadkach rejony dowozu chorych przez ratownictwo medyczne nie odpowiadają możliwościom przyjęcia pacjentów do poszczególnych oddziałów. W sytuacji braku wolnych łóżek powoduje to gromadzenie się pacjentów w niedostosowanej do tego celu izbie przyjęć szpitala w oczekiwaniu na przewóz do innego szpitala.

Brak informacji

Zachodzi potrzeba opracowania informatorów obejmujących opis działalności i dane kontaktowe do działających na danym terenie (miasta, gminy powiatu) placówek służby zdrowia, pomocy społecznej i prowadzonych przez inne podmioty. Informatory te ułatwiłyby pacjentom odnalezienie placówek i dotarcie do nich a świadczeniodawcom – kierowanie pacjentów do placówek odpowiednich dla nich w danym etapie chorowania i zdrowienia.

Piśmiennictwo

1. MZ, Ministerstwo Zdrowia (2013). Informacja o realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w 2011 roku (2013). Warszawa: Druk sejmowy nr 1614.

4.4. Dobre praktyki

4.4.1. Kraków: Stowarzyszenie „Otwórzcie drzwi"

Barbara Banaś
Stowarzyszenie *Otwórzcie Drzwi*, Kraków



Stowarzyszenie *Otwórzcie Drzwi* jest elementem psychiatrii środowiskowej wyrosłej z idei profesora Antoniego Kępińskiego, który opierając swoją aksjologię na chrześcijańskim systemie wartości, zmienił radykalnie podejście do chorego traktując go holistycznie i podmiotowo. W takim klimacie możliwe było powstanie naszej organizacji, która skupia osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego, a członkami wspierającymi i honorowymi mogą być ci, którzy wydatnie popierają ją materialnie lub są szczególnie zasłużeni w realizacji ideałów Stowarzyszenia. Ogólne cele Stowarzyszenia – to:

- wzajemna samopomoc,
- działalność przeciw stygmatyzacji osób chorych psychicznie poprzez inicjowanie i udział w programach radiowych i telewizyjnych oraz w prasie, zmierzająca do podniesienia poziomu wiedzy i zrozumienia problematyki związanej z zaburzeniami psychicznymi,
- współpraca z różnymi organizacjami krajowymi i zagranicznymi ukierunkowana na tworzenie miejsc pracy, pozyskiwanie mieszkań, organizowanie form wypoczynku i współrealizowanie działań przeciw wykluczeniu społecznemu,
- działalność edukacyjna w środowisku pacjentów, ich rodzin, w społecznościach lokalnych i szerszych, krajowych i zagranicznych,
- ochrona praw i godności osób cierpiących na schorzenia psychiczne.

Stowarzyszenie ukonstytuowało się wśród osób tworzących grupę wsparcia, spotykających się przy oddziale dziennym na Placu Sikorskiego w Krakowie. Po zarejestrowaniu w 2003 roku i uzyskaniu osobowości prawnej członkowie zaczęli rozszerzać edukację prowadzoną już wcześniej od lat początkowo wśród studentów. W krótkim czasie włączając się w program *Schizofrenia – Otwórzcie Drzwi* objęliśmy nią również lekarzy, pielęgniarki, księży i kleryków, pracodawców, nauczycieli, dziennikarzy i urzędników państwowych. W ostatnich latach do prowadzenia działalności statutowej wykorzystujemy granty, pisane przez naszą

koleżankę wspólnie z edukatorami ze Stowarzyszenia na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej (SRP). Od 2008 roku zrealizowaliśmy 10 grantów edukacyjnych dla Krakowa, Małopolski i dla południowych regionów Polski.

Pierwszy grant *Przez edukację do akceptacji*, który miał na celu upowszechnianie idei przedsiębiorczości społecznej, przełamywanie stereotypów na temat możliwości pracy osób chorujących psychicznie, przeciwdziałanie dyskryminacji na rynku pracy stał się mottem dla wspólnego projektu realizowanego na różne sposoby z SRP. Staraliśmy się o coraz lepsze przygotowanie do roli edukatorów i w tym celu zrealizowaliśmy projekt *Jak uczyć innych o nas*. Na wewnętrznych szkoleniach dyskusyjno-warsztatowych rozmawialiśmy o trudnych pytaniach i granicach w edukacji, o autoprezentacji, mowie niewerbalnej i poszerzaniu refleksji nad własną historią chorowania i zdrowienia, prowadziliśmy trening umiejętności interpersonalnych. Dzięki kolejnym projektom nasza edukacja objęła makroregion południowo-wschodni i w projekcie „Trzeba dać świadectwo. Zdrowienie i umacnianie osób chorujących psychicznie" promowaliśmy zdrowie psychiczne rozumiane jako orientację, w której życie pełnią życia, czerpanie z jego bogactwa i różnorodności jest możliwe pomimo doświadczenia choroby. Upowszechnialiśmy idee „zdrowienia"(*recovery*) i „umacniania" (*empowerment*) prowadzące do wyrównania szans normalnego funkcjonowania w społeczeństwie poprzez uzyskanie wiedzy o tym jak wychodzić z choroby, jak sobie radzić z jej objawami, jak egzystować i korzystać z życia pomimo niej. Ostatnim projektem jest „Wzmacnianie aktywności obywatelskiej i świadomości w obszarze psychiatrii". Głównym celem projektu jest poszerzenie wiedzy na temat rzeczywistych potrzeb osób chorujących psychicznie, ich praw, obowiązków, możliwości samych chorujących i w ich otoczeniu oraz w środowiskach terapeutycznych. Analizując naszą aktywność możemy stwierdzić, że byliśmy prekursorami polskiego programu EX-IN, który realizowany jest równolegle w Europie i zaczyna budzić zainteresowanie w niektórych miastach Polski.

Corocznie jesteśmy współorganizatorami *Dnia Solidarności z Osobami Chorującymi Psychicznie*, *Forum Psychiatrii Środowiskowej Beneficjentów, Rodzin i Profesjonalistów* i mamy przedstawicieli w Małopolskiej Filii Sekcji Naukowej Psychiatrii Środowiskowej i Rehabilitacji. We współpracy z rodzinami i profesjonalistami włączamy się w kampanie społeczne na rzecz realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Coraz częściej występujemy w mediach w radiu i telewizji, udzielamy wywiadów prasowych, bierzemy udział w krakowskich inicjatywach kulturalnych. Razem z innymi podmiotami psychiatrii środowiskowej wtapiamy się w struktury miasta. Stowarzyszenie we współpracy z SRP prowadzi działalność wydawniczą. Naszym organem prasowym jest Czasopismo Środowisk Działających na Rzecz Osób Chorujących Psy-

chicznie *DLA NAS*. Publikują w nim beneficjenci i profesjonaliści. Mieszana Redakcja spotyka się systematycznie co tydzień, pracując nad ostatecznym kształtem pisma, korzystając z materiałów, które spływają do nas z całej Polski. „Dla Nas" rozprowadzane jest nieodpłatnie, a kolportaż wiąże się najczęściej z konferencjami, sympozjami, spotkaniami dotyczącymi psychiatrii, gdzie uczestnicy zabierają nasze wydawnictwo, by wykorzystać je w poszerzającym się kręgu odbiorców. Spektrum działań stowarzyszenia jest bardzo szerokie i coroczne sprawozdanie merytoryczne zawiera kilkanaście stron.

W realizowaniu celów statutowych pomaga nam ścisła współpraca ze Stowarzyszeniem na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej. Obok opisanych powyżej wspólnych projektów (czasopismo, granty, Forum Środowiskowe, Dni Solidarności) doświadczamy wsparcia, korzystamy z bazy lokalowej i materialnej, dzięki sponsoringowi możemy uczestniczyć w różnorodnych wydarzeniach np. sympozjach krajowych i zagranicznych. Prowadzimy też w bliskiej współpracy wymianę doświadczeń z organizacjami z Francji, Anglii i Niemiec wyjeżdżając za granicę i goszcząc u nas ich przedstawicieli. W 2013 roku podpisaliśmy umowę o współpracy z analogicznym do naszego, stowarzyszeniem z Bielefeld w Niemczech. To jest część naszej szerszej współpracy nie tylko z SRP, ale poprzez ich sieć kontaktów z Polsko-Niemieckim Towarzystwem Zdrowia Psychicznego. Naszym partnerem jest także Stowarzyszenie Rodzin Zdrowie Psychiczne, które m.in. umożliwia zatrudnienie kilku członkom naszej grupy, finansuje wypoczynek i działa z nami w trialogu: pacjenci – rodzice – terapeuci.

W realizacji celów edukacyjnych pomocne okazały się częste szkolenia w różnych środowiskach, co pozwalało na szybkie nabywanie nowych umiejętności i kompetencji. Zróżnicowanie kierunków wykształcenia członków Stowarzyszenia *Otwórzcie Drzwi* i ich odmienne sytuacje życiowe, sprzyjają kierowaniu odpowiednich osób na spotkania edukacyjne o określonym profilu. Kraków to miasto o wielu uczelniach wyższych, co ułatwiało nam docieranie do studentów i kształtowanie u przyszłych elit intelektualnych afirmujących postaw wobec osób chorujących psychicznie. Na nasze zebrania, po wcześniejszych uzgodnieniach, często przychodzili studenci, którzy pisali o Stowarzyszeniu „Otwórzcie Drzwi" w swoich pracach dyplomowych.

To, co w jednym przypadku jest pomocne może być jednak i trudnością. Ścisłe powiązanie ze Stowarzyszeniem na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej powoduje naszą dużą zależność od tej organizacji. Brak własnych środków finansowych, pula uzyskiwana ze składek jest symboliczna, stawia nas w pozycji „ubogiego krewnego". Stowarzyszenie *Otwórzcie Drzwi* skupia tylko 20 osób. Ta stosunkowo niewielka liczba powoduje ograniczenie liczby podejmowanych działań. To, że upowszechnienie działalności Stowarzyszenia przynosi korzyści odczu-

wamy od lat, gdyż na nasze spotkania przyjeżdżają osoby z różnych miast, by inspirować się i powielać nasze rozwiązania oraz sposoby działania.

strona internetowa: http://www.otworzciedrzwi.org/
kontakt: stotworzciedrzwi@wp.pl

4.4.2. Wrocław: Fundacja Polski Instytut Otwartego Dialogu

Regina Bisikiewicz
Fundacja *Polski Instytut Otwartego Dialogu*, Wrocław

Fundacja, będąc inicjatywą wrocławskich rodzin, działa w obszarze psychiatrii od 2011 roku.

Naszym celem jest, aby każda osoba doświadczająca trudności w zakresie zdrowia psychicznego miała szansę na wyzdrowienie. Aby to było możliwe, dotychczasowy system opieki zdrowotnej, ukierunkowany na *proces chorowania*, oparty na hospitalizacji, izolacji, stygmatyzacji, traumie i lęku przed przyszłością, powinien być zastąpiony nowym podejściem, ukierunkowanym na *proces zdrowienia*. W oparciu o współpracę z wieloma ośrodkami europejskimi i amerykańskimi, pragniemy stworzyć we Wrocławiu i na Dolnym Śląsku środowisko, w którym ludzie z zaburzeniami psychicznymi – przy wsparciu profesjonalistów, rodzin i sieci społecznej, będą mogli:

- umacniać *nadzieję*, że wyzdrowienie jest możliwe,
- nabierać *motywacji do zdrowienia* poprzez wykorzystanie własnych zasobów,
- podejmować *ważne role społeczne*, w tym służąc swoim doświadczeniem innym,
- mieć długoterminowe *wsparcie w procesie zdrowienia* i budowania relacji społecznych,
- w sytuacjach kryzysowych podejmować *efektywne leczenie z udziałem rodziny i sieci społecznej*,
- a jeśli potrzeba korzystać z *małych placówek leczenia stacjonarnego* (pensjonaty kryzysowe).

Działania i osiągnięcia

Dzięki ogromnej motywacji wielu ludzi, determinacji rodzin, otwarciu się na doświadczenia ośrodków w Polsce i za granicą, dobrej współpracy z lokalnymi władzami oraz przekonaniu, że zdołamy zintegrować różne środowiska wokół wspólnego celu, podjęliśmy następujące działania:

1. Wzorując się na środowisku krakowskim, zorganizowaliśmy we Wrocławiu, we współpracy z Konsultantem Wojewódzkim**, I Forum Psychiatrii Środowiskowej** *Obudźmy nadzieję!* (X/2011), które zapoczątkowało współpracę profesjonalistów, osób z doświadczeniem choroby i ich rodzin. Konferencja zgromadziła aż 300 osób. Jednym z gości Forum była Norweżka – Arnhild Lauveng, która poprzez własne świadectwo wyzdrowienia stała się znakiem nadziei nie tylko dla pacjentów i ich rodzin, ale też dla lekarzy i terapeutów. Od czasu Forum spotykamy się co miesiąc w ramach seminarium *Rozmawiajmy o zdrowieniu*.

2. W kolejnym roku współorganizowaliśmy **II Forum Psychiatrii Środowiskowej** *Potęga rodziny* (X/2012). Konferencja ta otworzyła nam nowe horyzonty m.in. dzięki poznaniu doświadczeń psychiatrów i psychoterapeutów fińskich (prof. Jaakko Seikkula), którzy od trzydziestu lat rozwijają podejście do leczenia psychoz nazwane ***Otwarty Dialog***, skoncentrowane na rodzinie, zakładające szybką interwencję we wczesnej fazie kryzysu, dostosowanie leczenia do indywidualnych potrzeb pacjenta i jego rodziny oraz postrzeganie leczenia jako procesu wykorzystującego różne metody terapeutyczne. Jak pokazują badania, efektem takiego sposobu leczenia jest znacznie szybszy powrót do zdrowia (nawroty jedynie u 24% pacjentów w porównaniu do 71% w grupie leczonej tradycyjnie) i do pełnego zatrudnienia (81% w porównaniu do 43%). W ciągu 5 lat aż 86% pacjentów wróciło do poprzedniej aktywności, podejmując ważne role społeczne [Seikkula i wsp., 2006, Seikkula, 2013).

3. Mając przekonanie, że warto korzystać z doświadczeń międzynarodowych, podjęliśmy w 2012 roku współpracę z **PINEL gGmbH**, niemiecką organizacją z siedzibą w Berlinie**,** która od 40 lat towarzyszy tysiącom ludzi w procesie zdrowienia, budzenia aktywności społecznej m.in. poprzez pracę oraz wzmacniania relacji z rodziną i siecią społeczną. Jednym z rezultatów nawiązanej współpracy był udział trzech wrocławskich terapeutów w kursie *Otwarty Dialog*.

4. Jako osoby żywotnie zainteresowane przeniesieniem na grunt wrocławski, a nawet polski skutecznych rozwiązań dających szansę na wyzdrowienie z zaburzeń psychicznych, zainicjowaliśmy dwuletni projekt europejski (2013–2015) na rzecz wymiany doświadczeń dotyczących podejścia *Otwarty Dialog* pomiędzy dziesięcioma instytucjami opieki psychiatrycznej z sześciu krajów: Finlandia, Norwegia, Dania, Niemcy, Austria i Polska. Projekt jest finansowany przez **Program Partnerski LEONARDO *Uczenie się przez całe życie*.** Fundacja

jest koordynatorem projektu. Projekt obejmuje m.in. udział w międzynarodowych konferencjach, wizyty partnerskie, wspólny program badawczy, organizowanie programów edukacyjnych i stały rozwój profesjonalistów. Obecnie prowadzone są w Polsce dwa roczne kursy *Otwarty Dialog i rozwój sieci społecznych w sytuacji kryzysu psychicznego* – Wrocław i Warszawa, łącznie dla 54 osób.

5. Współpraca z partnerami niemieckimi otworzyła nam możliwość włączenia się w wieloletni projekt europejski EX-IN (*Experienced–Involvement*), skierowany do osób z doświadczeniem zaburzeń psychicznych. Osoby te – zwane **ekspertami poprzez doświadczenie**, uczestnicząc w rocznym programie edukacyjno-rozwojowym, budują kompetencje zawodowe przygotowując się do roli partnerów w pracy podmiotów opieki psychiatrycznej, w tym zespołów edukacyjnych i terapeutycznych [**Utschakowski J, van Haaster**]. Projekt jest współfinansowany przez Urząd Miasta Wrocławia. W pierwszej edycji uczestniczy 20 osób.

6. Najnowsza inicjatywa fundacji to otwarcie **Studium Psychiki Człowieka** we współpracy z Centrum Metody Waldemara Krynickiego [2009], którego celem jest powszechna edukacja społeczeństwa służąca zrozumieniu psychiki człowieka, istoty cierpienia psychicznego, profilaktyce powstawania zaburzeń psychicznych i budowaniu umiejętności pomocy sobie i innym.

Podsumowanie

Obecność fundacji w środowisku międzynarodowym dała nam możliwość zapoznania się ze zmianami dokonywanymi w ogólnie pojętym systemie psychiatrii w wielu krajach Europy i w USA, tj.:

- ukierunkowanie się na proces zdrowienia, a nie chorowania,
- odchodzenie od hospitalizacji na rzecz pracy z pacjentem w jego środowisku,
- efektywne wykorzystanie dostępnych środków finansowych,
- nadanie priorytetowej roli psychoterapii, a drugorzędnej farmakoterapii,
- włączenie ekspertów poprzez doświadczenie jako partnerów dla lekarzy, terapeutów i innych pracowników instytucji psychiatrycznych,
- powszechna edukacja społeczeństwa w zakresie zrozumienia psychiki człowieka.

Projekty europejskie otworzyły nam nowe horyzonty, dały dostęp do dobrych praktyk i rozwiązań, które są pilnie potrzebne w Polsce. Na szczególną uwagę zasługuje podejście **Otwarty Dialog,** które wydaje się brakującym ogniwem we wdrażaniu NPOZP.

Dzięki podjętym działaniom poznaliśmy ludzi z pasją, pełnych entuzjazmu i energii, towarzyszy zdrowienia, przywracających nadzieję i wiarę, pomocnych

w odbudowaniu zerwanych relacji i podjęciu ważnych ról społecznych. Ludzi, dzięki którym nasze pragnienia stają się rzeczywistością. Zapraszamy do współpracy!

strona internetowa: www.otwartydialog.pl
kontakt: regina.bisikiewicz@otwartydialog.pl
Organizacja Pożytku Publicznego KRS 0000251022

4.4.3. Kraków: działania promocyjne w środowisku akademickim

Maria Augustyniak
Międzyuczelnianie Centrum Wsparcia Psychologicznego

Hubert Kaszyński
Instytut Socjologii Uniwersytetu Jagiellońskiego

Marek Świerad
Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych Uniwersytetu Ekonomicznego

Międzyuczelniane Centrum Wsparcia Psychologicznego

W 2009 roku na Uniwersytecie Ekonomicznym w Krakowie, w Biurze ds. Osób Niepełnosprawnych, powstało Międzyuczelniane Centrum Wsparcia Psychologicznego (MCWP) – projekt pomocy psychologicznej dla studentów z niepełnosprawnością. Projekt ten umożliwia współpracę w zakresie działań na rzecz ochrony oraz promocji zdrowia psychicznego między Biurami ds. Osób Niepełnosprawnych (BON) pięciu krakowskich uczelni: Akademii Górniczo-Hutniczej, Politechniki Krakowskiej, wspomnianego Uniwersytetu Ekonomicznego, Uniwersytetu Pedagogicznego oraz Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II. Funkcję koordynatora merytorycznego MCWP pełni Maria Augustyniak – psycholog UEK.

Oferta MCWP obejmuje indywidualne konsultacje z psychologiem, regularną pomoc psychologiczną (nakierowaną na podnoszenie osobistych kompetencji sprzyjających efektywnemu studiowaniu), warsztaty rozwoju osobistego oraz szkolenia. Od początku oferta ta kierowana była zarówno do studentów, jak rów-

nież do pracowników uczelni, w przekonaniu, iż oddziaływanie na środowisko akademickie jest nieodzownym elementem proponowanego wsparcia.

Szkolenia organizowane na krakowskich uczelniach można uznać za inicjatywę wyjątkową w skali kraju. MCWP realizuje obecnie dwa cykle szkoleniowe. Pierwszy, *Uczelnia wobec studentów chorujących psychicznie* przeznaczony dla pracowników naukowo-dydaktycznych oraz administracyjnych uczelni prowadzony od 2010 roku oraz drugi, *Zdrowie a choroba psychiczna* dla studentów zainicjowany dwa lata później. Na każdy z tych cyklów składają się trzy lub cztery spotkania. Obejmują one niezbędne wprowadzenie do problematyki zdrowia psychicznego, jak również osobne spotkania przybliżające uczestnikom poszczególne rodzaje zaburzeń lub chorób psychicznych – zaburzenia nastroju (depresji), zaburzenia „nerwicowe" (lękowo-depresyjne) oraz schizofrenię (psychozę). Tematyka spotkań dotyczy specyfiki przeżywanych trudności psychicznych, możliwości godzenia leczenia psychiatrycznego z wymogami życia akademickiego, doświadczanej dyskryminacji ze strony pracowników uczelni oraz innych studentów, a także metod wspierania studentów chorujących psychicznie[25]. Zdarza się, że z uwagi na zapotrzebowanie ze strony uczestników organizowane jest czwarte spotkanie warsztatowe.

W jaki sposób mówić o chorobie psychicznej w środowisku uczelni? Celem organizowanych szkoleń jest przybliżenie pracownikom uczelni i studentom specyficznej sytuacji studentów chorujących psychicznie. Nieocenioną wartością dodaną każdego ze spotkań jest fakt współprowadzenia go przez osobę, której dane zaburzenie osobiście dotyczy, która opisuje swoje doświadczenie, także w kontekście studiowania. Jedna z osób biorących udział w szkoleniu tak relacjonowała swoje wrażenia: *Na początku pani A wydawała mi się dziwna, ale pod koniec uważałam już, że to ona była „skarbem" tego spotkania. Jej historia poruszyłaby umarłego, choć właściwie można było niejako domniemywać co mogła przeżyć – zwłaszcza na uczelni. Jej historia świetnie pokazała jakie problemy mają tego typu studenci.* Uczestnicy szkoleń zyskują zatem nie tylko teoretyczną wiedzę, ale również bardziej całościowe rozumienie choroby. Możliwość wysłuchania relacji, doświadczeń, opinii i sugestii osób, które chorowały psychicznie lub cierpiały na tzw. „wspólne zaburzenia psychiczne" bez wątpienia stanowi o wyjątkowości tego projektu szkoleniowego. Początkowo projekt MCWP był

[25] Zob. [1] – doniesienia ze szkoleń opracowali Maria Augustyniak psycholog, autorka inicjatywy szkoleniowej, oraz Marek Świerad – związani z BON Uniwersytetu Ekonomicznego. Problem ten jest tematem studenckiego reportażu z 2012 roku *Zwyczajni ludzie* – realizacja: Agnieszka Niedojad, *Przystanek Student*, *Studencka Telewizja Internetowa*, http://www.przystanekstudent.pl/filmy/207 [dostęp: 14.02.2013].

realizowany we współpracy ze Stowarzyszeniem „Otwórzcie Drzwi". Obecnie szkolenia prowadzone są przy współpracy ze Stowarzyszeniem Instytut Terapii i Edukacji Społecznej (ITiES). *Uczenie poprzez doświadczenie emocjonalne* jest ważną ideą i zarazem formułą edukacyjnej działalności ITiES. Jego istotą jest: możliwość emocjonalnego spotykania ze sobą osób o zbliżonych statusach społecznych, stworzenie kameralnych warunków dialogu, wzbudzenie wśród uczestników atmosfery zaufania, współpracy oraz wspólnego celu, jakim jest troska o zdrowie psychiczne [Kaszyński, 2013]. Szkolenia prowadzi socjolog, pracownik socjalny, od 20 lat związany zawodowo i społecznie z osobami chorującymi psychicznie.

Do tej pory w ramach MCWP na kilku krakowskich uczelniach odbyło się 14 spotkań szkoleniowych dla pracowników, w których wzięło udział 263 uczestników, oraz 7 spotkań dla studentów, które zgromadziły łącznie 109 osób. Duże zainteresowanie szkoleniem oraz prowadzone regularnie badania ewaluacyjne pokazują, że podejmowanie problematyki zdrowia psychicznego w środowisku uczelni jest zdecydowanie potrzebne.

Należy podkreślić, iż projekt szkoleniowy prowadzony na Uniwersytecie Ekonomicznym jest przykładem wprowadzenia w życie głównej rekomendacji raportu opublikowanego przez *The Organisation for Economic Co-operation and Development* [OECD, 2012], która odnosi się do wdrażania metod promocji zdrowia psychicznego ukierunkowanych na problemy radzenia sobie z konsekwencjami zaburzeń o umiarkowanym nasileniu. Ponadto, strategicznym celem działań prowadzonych przez MCWP jest wypracowanie takiego modelu wsparcia, który w istotny sposób będzie zwiększał szansę studentów z zaburzeniami psychicznymi na uzyskanie dyplomu uczelni wyższej, a tym samym na znalezienie i utrzymanie pracy zarobkowej jako fundamentalnej wartości konstytuującej nasze zdrowie psychiczne.

strona internetowa: http://bon.uek.krakow.pl
kontakt: bon@uek.krakow.pl

4.4.4. Kraków: Inicjatywy Cogito

Agnieszka Lewonowska-Banach
Stowarzyszenie Na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej,
Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne", Kraków

Praca jest jednym z ważnych wyznaczników w procesie zdrowienia osoby chorującej psychicznie – umożliwia pełne uczestnictwo w życiu społecznym, bardzo często określa status i rolę społeczną jednostki. Umożliwienie osobie chorującej psychicznie podjęcia pracy w miejscu dostosowanym do możliwości i indywidualnych ograniczeń spowodowanych chorobą psychiczną, stanowi połączenie funkcji zawodowej z terapeutyczną. Przykładem takich miejsc pracy są inicjatywy organizowane w Krakowie przez dwie organizacje pozarządowe: Stowarzyszenie Na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej oraz Stowarzyszenie Rodzin *Zdrowie Psychiczne*.



Od 2003 roku na krakowskim rynku turystycznym działa zakład aktywności zawodowej ***U Pana Cogito*** **Pensjonat i Restauracja** prowadzony przez Stowarzyszenie Rodzin *Zdrowie Psychiczne*, który zatrudnia 24 osoby niepełnosprawne po kryzysach psychicznych. To elegancki, profesjonalnie zarządzany pensjonat, a pracownicy oceniani są przez gości przez pryzmat jakości oferowanej usługi. Pensjonat posiada standard trzygwiazdkowy, oferuje gościom 14 pokoi, w obiekcie działa restauracja serwująca dania kuchni polskiej, w której organizowane są przyjęcia okolicznościowe. W ofercie Pensjonatu jest także obsługa

szkoleń i wizyt studyjnych. Osoby po kryzysach psychicznych pracują w Pensjonacie jako recepcjoniści, kelnerzy, pokojowe, pomoce kuchenne, ogrodnicy oraz w księgowości. Wymiar czasu pracy wynosi od 0,55 etatu do 0,8 etatu i jest dobierany w oparciu o indywidualne możliwości każdej osoby niepełnosprawnej.





Pensjonat U Pana Cogito jest nie tylko miejscem pracy, ale także miejscem, gdzie uzyskują wsparcie i pomoc w trudnych momentach życiowych. Każdy pracownik niepełnosprawny ma opracowany indywidualny program rehabilitacji, ma możliwość podnoszenia swoich kompetencji i wykształcenia, udziału w szkoleniach, doradztwie zawodowym, korzystaniu z zajęć rehabilitacyjnych w trakcie przerw w pracy np. muzykoterapii, masażu relaksacyjnym, fototerapii czy psychoterapii podtrzymującej. Są to bardzo ważne elementy wpływające na indywidualne zasoby radzenia sobie z chorobą oraz na jakość wykonywanej przez osoby niepełnosprawne pracy.

Od 2005 roku działa ***Laboratorium Cogito Spółka z o.o.***, która została utworzona przez Stowarzyszenie Na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej. Spółka zatrudnia 12 osób niepełnosprawnych chorujących psychicznie. Prowadzi działalność hotelarską, gastronomiczną i kateringową, organizuje szkolenia i konferencje. W okresie od maja 2010 roku do września 2013 roku rozszerzyła działalność o miejsce w wynajmowanym od Wojewody Małopolskiego *Ośrodku Zielony Dół* w Krakowie, które to miejsce przywróciła do świetności nakładem pracy osób niepełnosprawnych, funduszom własnym i sponsorów. Z niezrozumiałych powodów, pomimo ogólnopolskich protestów wielu środowisk związanych z psychiatrą, ekonomią społeczną, edukacją, polityką, klientów i rodzin osób chorujących psychicznie, kolejny Wojewoda nie przedłużył umowy najmu

dla *Laboratorium Cogito* (www.facebook.com/RatujemyZielonyDol). Przejął wartość inwestycji poczynionych w obiekcie, naraził osoby chorujące psychicznie na groźbę utraty pracy i decyzją swoją poważnie załamał kondycję finansową firmy społecznej, zaś obiekt oddał w najem innej organizacji. Działalność cateringowa od stycznia 2014 roku zostanie wznowiona w nowym miejscu.

Od 2010 roku działalność gospodarczą prowadzi także Stowarzyszenie Na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej zatrudniając osoby chorujące psychicznie. Praca daje osobom niepełnosprawnym poczucie wartości, poczucie bycia potrzebnym, pełnienia funkcji cenionych przez drugiego człowieka – niezbędnych dla gościa/klienta, składających się na jakość oferowanej usługi. Fakt, że oczekiwania gościa co do jakości obsługi i poczucia bezpieczeństwa jest w stanie spełniać osoba chorująca psychicznie, daje pracownikom niepełnosprawnym dużą satysfakcję, poczucie siły i przełamuje stereotypy społeczne. Praca daje osobie niepełnosprawnej poczucie niezależności i możliwość rozwoju. Taki bliski, profesjonalny kontakt pokonuje bariery i uprzedzenia społeczne, to najlepszy, naturalny sposób edukacji.

Podjęcie przez osobę chorującą psychicznie roli zawodowej, związane jest z powierzeniem jej odpowiedzialności wynikającej ze stanowiska pracy lub zadania, co sprawia, że zmienia się kontekst rzeczywistości i kontekst relacji z otoczeniem. Elementy te sprawiają, że cechy niezbędne przy wykonywaniu pracy wpływają pozytywnie na funkcjonowanie społeczne, na budowanie relacji, kształtowanie zachowań i reakcji mieszczących się w uznanych społecznie normach.

W przypadku osoby chorującej psychicznie trudno jest rozdzielić tylko terapeutyczne elementy pracy od jej wymiaru gospodarczego. Dlatego też wszystko, co wzmacnia osobę chorującą psychicznie może być uznane ze terapeutyczne. Pracownik niepełnosprawny powinien odczuwać, że jest traktowany jak partner w pracy, a nie jak podmiot terapii, czy pacjent. To, co niesie walor terapeutyczny jest często niezauważalne, ukryte w relacji, „przemycone" w doborze słów, gestów, reakcji i więziach miedzy współpracownikami i przełożonymi.

Przedsięwzięcia *Cogito* w Krakowie prowadzone są przez organizacje pozarządowe, których statutowym zadaniem jest wspieranie osób chorujących psychicznie, ich aktywizacja społeczna i pomoc w codziennym życiu i rozwoju. Ich celem nadrzędnym jest zachowanie stabilnych miejsc pracy dla osób chorujących psychicznie w oparciu o przedsięwzięcia funkcjonujące przez wiele lat. W przeciwieństwie do niebezpieczeństw, jakie niesie wolny rynek nastawiony wyłącznie na zysk, Stowarzyszenia mają zagwarantować zrównoważenie celu społecznego z gospodarczym, zabezpieczając swoim majątkiem i wizerunkiem spełnianie tych celów.

Tworzenie miejsc pracy dla osób chorujących psychicznie w oparciu o rynkową konkurencję, na tzw. wolnym rynku pracy jest bardzo trudne, gdyż wyma-

ga pozyskania świadomych partnerów po stronie pracodawców, oferujących realne wsparcie podczas wykonywania pracy. Osoby niepełnosprawne czują się wówczas bezpieczniej, łatwiej jest im podejmować ryzyko zmiany pracy. Są wówczas spokojniejsi o możliwość powrotu do pracy w sytuacji nawrotu choroby, spokojniejsi, bo pozbawieni ciężaru tabu choroby psychicznej oraz pewni, że uzyskają w pracy odpowiednie wsparcie i zrozumienie.

Pensjonat *U Pana Cogito* stał się nie tylko sprawnie działającym przedsięwzięciem, ale także symbolem dającym nadzieję na lepszy los osób zmagających się z chorobą psychiczną.

strony internetowe: www.stowarzyszenie-rozwoju.eu, www.rodziny.info, www.pcogito.pl; www.laboratoriumcogito.pl
kontakt: stowarzyszenie@rodziny.info, biuro@stowarzyszenie-rozwoju.eu, biuro@pcogito.pl, zamowienia@catering-cogito.pl

4.4.5. Radom: Przedsiębiorstwo Społeczne Gospoda „Jaskółeczka"

Jolanta Gierduszewska
Przedsiębiorstwo Społeczne *Gospoda Jaskółeczka*, Radom

Przedsiębiorstwo Społeczne *Gospoda Jaskółeczka* funkcjonuje na radomskim rynku od roku 2007. Jest pierwszym na Mazowszu, i jak dotąd jednym, przedsiębiorstwem zapewniającym zatrudnienie osobom niepełnosprawnym po kryzysach psychicznych. Dzięki swojej działalności zmienia obraz osób chorujących psychicznie w społeczeństwie, poprzez serwowanie potraw wysokiej jakości, jak również angażując się w działania na rzecz mieszkańców Osiedla Michałów, w ścisłej współpracy z Centrum Aktywności Lokalnej i władzami lokalnymi Miasta Radomia.

Przedsiębiorstwo Społeczne *Gospoda Jaskółeczka* powstało dzięki udziałowi Stowarzyszenia Ochrony Zdrowia Psychicznego *Wzajemna Pomoc* w programie partnerskim Krakowska Inicjatywa na rzecz Gospodarki Społecznej *Cogito*

w ramach Inicjatywy Wspólnotowej EQUAL finansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego.

Za powstanie i funkcjonowanie Przedsiębiorstwa Społecznego *Gospoda Jaskółeczka* odpowiedzialne jest Stowarzyszenie *Wzajemna Pomoc*, jedyny właściciel firmy. Istnieje ono w Radomiu od blisko 20 lat (powstało w roku 1994) i jest zrzeszone w Związku Stowarzyszeń Rodzin Osób Chorujących Psychicznie *Rodziny* z siedzibą w Krakowie. W ramach swojej działalności statutowej Stowarzyszenie prowadzi biuro, pełniące także funkcję Klubu Wsparcia, udziela wsparcia osobom chorującym psychicznie i ich rodzinom, przygotowuje wyjazdy na wycieczki i turnusy rehabilitacyjne, a także prowadzi działania mające na celu integrację osób niepełnosprawnych ze środowiskiem lokalnym.

Natomiast zadania związane z promocją i aktywizacją zawodową pełni Gospoda Jaskółeczka, która działa jako podmiot ekonomii społecznej i jest organizacją non profit. *Gospoda Jaskółeczka* już w fazie planów miała być swoistym azylem, miejscem w którym każdy miał się czuć jak w domu. Działać zgodnie z wypracowana misją. Kluczową kwestią było zorganizowanie w niej miejsca pracy dla osób bezrobotnych z powodu choroby psychicznej. Opierając się na dotychczasowych doświadczeniach w pracy z osobami z tej grupy można stwierdzić, że przedsiębiorstwa społeczne są dla nich również jedną z najefektywniejszych metod integracji społecznej. Metoda ta sprzyja uaktywnieniu społecznemu i zawodowemu osób niepełnosprawnych.

Serwując domowe posiłki najwyższej jakości w cenach „na każdą kieszeń" dostarczenie satysfakcji dla jak najszerszej grupy konsumentów oraz zmiana wizerunku osób niepełnosprawnych w społeczeństwie. Bez względu na rodzaj spotkania, czy zasobność portfela można w niej zjeść pachnący, smaczny domowy posiłek. Ogromną zaletą przygotowywanych w *Gospodzie*… dań jest ich świeżość oraz to, iż przygotowywane są od początku do końca przez pracowników, począwszy od wywarów na bazie rosołu z kurcząt i wołowiny, a skończywszy na ręcznym lepieniu pierogów i robieniu makaronu. Serwowane potrawy kuszą pięknym zapachem, zachwycają delikatnym smakiem, które dzięki zastosowaniu domowych receptur podawane są nawet małym dzieciom. Działalność „Gospody Jaskółeczka" to także imprezy okolicznościowe (m.in. chrzciny, kameralne przyjęcia weselne), catering podczas szkoleń i spotkań okolicznościowych, ą posiłki m.in. dla Placówki Opiekuńczo-Wychowawczej *Słoneczny Dom* i kilku radomskich przedszkoli.

Należy podkreślić, że w trakcie tworzenia, jak również funkcjonowania firmy, to osoby niepełnosprawne były i są najważniejszymi podmiotami. Uczestniczyli, bowiem we wszystkich działaniach, począwszy od wymyślenia logo i nazwy, a na meblach, dekoracjach i kształcie menu skończywszy.

Jaskółeczka przypomina trochę firmę rodzinną, w której wszyscy darzą się wzajemnie sympatią i zaufaniem. Jest ono jednak w pewnej mierze oparte na respektowaniu przez całą załogę wspólnie ustalonych zasad działania firmy. Zapewnia możliwość rozwoju osobistego jej pracowników, mają oni szansę uczestniczyć w dodatkowych kursach i szkoleniach. Jednak poza realizacją zawodową „ludzie Jaskółeczki" zmienili swoje życie. Znaleźli miejsce pracy zapewniające im pewna materialną stabilizację oraz ludzi mobilizujących i wspierających ich przy podejmowaniu wyzwania, jakim jest życie.

(…) W pracy zetknęłam się naprawdę ze wzajemną pomocą, tą podtrzymującą mnie na duchu i tą, kiedy będąc w niedyspozycji koleżanka czy kolega mnie wyręczali. Nigdy nikt nie robił nikomu wyrzutów, że ktoś się słabiej czuje i musi na chwilę odpocząć. W Jaskółeczce nauczyłam się, że każda czynność wymaga dokładności, staranności i spokoju. (…) z osoby zestresowanej przemieniłam się w pewniejszą siebie i bardziej optymistycznie patrzącą na świat.Podjęłam decyzję o powrocie na studia. Na razie odnajduję się w akademickiej rzeczywistości. Staram się mobilizować. Przy tym śmiało mogę powiedzieć, że bez pracy w „Jaskółeczce" nie nastąpiłaby we mnie poprawa"(kelnerka).

Pracuję na stanowisku kucharz. Początki w tym zawodzie nie były łatwe, (…). Cenię sobie tę pracę i mam satysfakcję z gotowania. Cieszę się z każdej pochwały gości(…). Stałam się samodzielna, patrząca odważniej na świat. Praca dała mi poczucie własnej wartości. Dała mi szansę na lepsze jutro i podbudowała nie tylko duchowo, ale i finansowo. Dzięki pracy mogę realizować swoje marzenia(…) czuję się doceniana i potrzebna. Bardzo się cieszę, że została założona taka firma(…) dająca możliwość pracy osobom chorującym psychicznie. Dzięki niej możemy zmienić nasz wizerunek a także uprzedzenia w stosunku do nas (kucharka).

Gospoda Jaskółeczka jak i Stowarzyszenie *Wzajemna Pomoc* zyskało olbrzymią sympatię i zaufanie mieszkańców naszego miasta, co odzwierciedla poparcie, jakie uzyskaliśmy podczas głosowania projektów zgłoszonych w ramach Obywatelskiego Budżetu na rok 2014. Ważnym elementem była również dotychczasowa współpraca z Warsztatami Terapii Zajęciowej. Dzięki temu znaleźliśmy się w gronie 11 realizowanych projektów, a budynek w którym mieści się *Gospoda*…, oraz Warsztaty Terapii Zajęciowej i Zespół Pracy Socjalnej MOPS w Radomiu, będzie miał odnowioną i ocieploną elewację.

Obecnie Gospoda zatrudnia 18 osób, w tym 13 osób niepełnosprawnych, przy czym 12 osób chorujących psychicznie. Wskaźnik osób niepełnosprawnych do zatrudnionych ogółem wynosi 72%, a osób chorujących psychicznie odpowiednio 66%.

Przedsiębiorstwo Społeczne *Gospoda Jaskółeczka* jest laureatem wielu prestiżowych nagród: Lodołamacz 2008 oraz 2011, znalazło się w dziesiątce Naj-

lepszych Przedsiębiorstw Społecznych w ramach konkursu organizowanego przez Fundację Inicjatyw Społeczno–Ekonomicznych w 2011 r. Stowarzyszenie *Wzajemna Pomoc*, które jest właścicielem przedsiębiorstwa w 2009 roku otrzymało wyróżnienie w konkursie organizowanym przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej w dziedzinie pomocy społecznej. Stowarzyszenie za utworzenie i działalność Przedsiębiorstwa Społecznego *Gospoda Jaskółeczka* otrzymało również główną nagrodę w konkursie *Dobre Praktyki 2008* organizowanym przez Prezydenta Miasta Radom oraz zostało wyróżnione medalem *Pro Masovia* przyznawanym przez Marszałka Województwa Mazowieckiego. Przedsiębiorstwo Społeczne *Gospoda Jaskółeczka* ponadto, znalazło się wśród 12 dobrych praktyk z Polski, Światowej Organizacji Zdrowia (WHO).

strona internetowa: www.jaskoleczka.pl
kontakt: kontakt@jaskoleczka.pl

4.4.6. Warszawa-Ochota: Środowiskowy Dom Samopomocy „Pod Skrzydłami"

Iwona Kamińska, Magdalena Stacewicz
Środowiskowy Dom Samopomocy *Pod Skrzydłami*, Warszawa



Środowiskowy Dom Samopomocy *Pod Skrzydłami*, dzienny ośrodek wsparcia dla osób chorujących psychicznie działa na warszawskiej Ochocie od 2007 roku. Tak jak inne środowiskowe domy samopomocy (ŚDS) jest ważnym elementem sieci oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, które powstają w Polsce po 1994 roku, w oparciu o zapisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego i ustawy o pomocy społecznej.

Cele, które stawiamy i realizujemy – to przede wszystkim codzienne wspieranie osób chorujących psychicznie w ich samodzielności i zdrowieniu, przeciwdziałanie izolacji społecznej, a także integracja ze środowiskiem, czyli budowanie pomostów do społeczności lokalnej.

Osoby chorujące psychicznie w ramach zajęć korzystają ze wsparcia indywidualnego oraz zajęć o charakterze grupowym, m.in. treningów umiejętności społecznych, zajęć edukacyjnych, relaksacyjnych, rozwijających ekspresję twórczą. Otrzymują wsparcie socjalne i psychologiczne, pomoc w załatwianiu ważnych spraw życiowych.

Choroba psychiczna jest doświadczeniem osoby chorującej i jej otoczenia, niesie ze sobą cierpienie, wiąże się z nią wiele negatywnych stereotypów. Ma wymiar społeczny i aby skutecznie towarzyszyć osobom chorującym psychicznie w zdrowieniu, niezbędne są różnorodne oddziaływania. Obok codziennego wspierania uczestników, udzielamy również pomocy rodzinom, prowadzimy działania edukacyjne dla społeczności lokalnej i przedstawicieli samorządu, włączamy wolontariuszy w pomoc osobom z doświadczeniem choroby psychicznej.

Jesteśmy przekonani, że razem możemy więcej, skuteczniej i łatwiej, dlatego w działaniach, które podejmujemy stawiamy na partnerstwo. Zależy nam na współpracy na każdym poziomie, zarówno przy rozwijaniu społeczności terapeutycznej, jak i integracji ze społecznością lokalną. Inicjujemy i współorganizujemy wiele akcji edukacyjnych kierowanych do różnych grup wiekowych i zawodowych, przykładem jest kampania informacyjno-edukacyjna *Ochoczo Razem*, mająca na celu zmianę wizerunku społecznego osób chorujących psychicznie. Wspólnie z ochockimi partnerami z instytucji i organizacji pozarządowych prowadzimy warsztaty edukacyjne i integracyjne na temat zdrowia psychicznego m.in. dla młodzieży licealnej, seniorów, przedstawicieli Urzędu Dzielnicy Ochota, pracowników socjalnych oraz pracowników domu kultury i bibliotek. Mamy nadzieję, że dzięki tym działaniom udaje się zmniejszać i oswajać lęki społeczne, a także kształtować pozytywny i bardziej prawdziwy obraz osób po kryzysach psychicznych.

Ważnymi partnerami w pokonywaniu barier społecznych i negatywnych stereotypów są dla nas biblioteki, ochockie klubokawiarnie i dom kultury. Poprzez edukację kulturalną wkraczamy w przestrzeń publiczną z takimi działaniami jak happeningi, spektakle i wernisaże twórczości osób z doświadczeniem choroby psychicznej. Pracownicy tych placówek inspirują społeczność ŚDS do pracy, pokazują nowe możliwości, wspierają swoimi pomysłami i zasobami.

Uczestnicy naszego ŚDS, którzy chcą włączać się w działania adresowane do społeczności lokalnej, bardziej otwarcie mówią o swojej chorobie i nie ukrywają jej. Doceniani za swoje zdolności i umiejętności przestają być „tylko chorobą". Są postrzegani jako odpowiedzialni i aktywni uczestnicy życia społecznego. To wzmacnia ich poczucie podmiotowości i sprawstwa. Nowe doświadczenia uczestników przekładają się często na lepsze samopoczucie, poprawę relacji i aktywizację. Niektórzy znajdują pracę, zostają wolontariuszami, rozwijają się. Przykładem takiego społecznego zaangażowania uczestników ŚDS *Pod Skrzydłami* i zaprzyjaźnionego

ŚDS *Słoneczny Dom* z Ursusa jest list otwarty osób z doświadczeniem choroby psychicznej „Nasze życie to nie tylko choroba".



List skierowany do mediów w Światowym Dniu Zdrowia Psychicznego powstał w 2013 roku na warsztatach dziennikarskich w ramach kampanii *Ochoczo Razem*. To głos osób, które postanowiły powiedzieć, co czują, czego pragną i jak bardzo przeszkadzają im krzywdzące stereotypy powielane w mediach. W liście jego sygnatariusze piszą m.in.:

Nie zgadzamy się na to, w jaki sposób często jesteśmy przedstawiani w mediach, przez co wzmacniane są stereotypy na temat osób z problemami. Nie zgadzamy się, aby o chorobie psychicznej mówiono tylko w kontekście tragedii i sensacji. (…)

Nie jesteśmy jedynie odbiorcami pomocy, potrafimy dużo dać z siebie. Jak wiele osób mamy pasje, talenty i marzenia. (…) Jesteśmy chorzy, ale nie jesteśmy tylko chorobą. Chcemy być równie ważni jak inni – być pełnoprawnymi członkami społeczeństwa. Jesteśmy sąsiadami, córkami, matkami, żonami, braćmi, wyborcami, pracownikami. Nie odbierajcie nam prawa do tego.

Podejmując dialog i „tkając" więzi w naszej ochockiej społeczności, ŚDS *Pod Skrzydłami* włącza się w różnorodne działania na rzecz całej społeczności lokalnej. Bierze udział w Dniach Sąsiada, Dniach Sportu Osób Niepełnosprawnych, piknikach, pracach ruchu społecznego *Koalicja na Rzecz Ochoty*. Opiniuje i współtworzy lokalne inicjatywy, próbuje mieć wpływ na życie dzielnicy. Współpracujemy też ze środowiskowymi domami samopomocy z Mazowsza oraz innymi ośrodkami pomagającymi osobom chorującym. Uczestnicy biorą udział w przeglądach literackich i teatralnych, turniejach szachowych, wspólnych zabawach, a kadra ma możliwość wymiany doświadczeń i wzajemnego inspirowania się.

Nie omijają nas też trudności. Współpraca i partnerstwo nie zawsze i nie dla każdego ma znaczenie. Nie każdy chce, potrafi albo lubi działać z innymi, a to bywa zniechęcające. Ograniczają nas również zbyt małe środki finansowe i zasoby kadrowe. Zespół terapeutyczny ŚDS *Pod Skrzydłami* liczy tylko 5 osób, które na co dzień wspierają aż 30 uczestników. Bywa, że brakuje sił, czasu i możliwości, aby podołać wszystkim potrzebom i wyzwaniom. Mała obsada kadrowa to duże obciążenie pracą i zagrożenie wypaleniem zawodowym. Dlatego tak ważna i nieoceniona jest codzienna praca wolontariuszy, a także możliwość korzystania przez zespół terapeutyczny z superwizji i szkoleń. Niestety nie zawsze mamy na to wystraczające środki finansowe. Pomimo to staramy się stale szukać nowych rozwiązań i możliwości.

Nasze doświadczenia w pracy ze społecznością lokalną pokazują, że **otwarcie na dialog, współpracę i partnerstwo** ma duże znaczenie dla budowania oparcia społecznego dla osób chorujących psychicznie oraz poszukiwania nowych, systemowych rozwiązań. Współpraca jest tania, nie wymaga nakładów

finansowych, pozwala korzystać wzajemnie z zasobów partnerów (ludzkich, organizacyjnych, rzeczowych i informacyjnych). Umożliwia wymianę informacji i bardziej skuteczne rozwiązywanie problemów, a przede wszystkim zmniejsza poczucie bezradności wszystkich: osób chorujących psychicznie, rodzin i pomagających im profesjonalistów.

Potrzebne są tylko dobre chęci.

strona internetowa: http://www.sdsochota.waw.pl
kontakt: podskrzydlami@sdsochota.waw.pl

4.4.7. Warszawa Targówek: dzielnicowy system oparcia społecznego

Paweł Bronowski, Wojciech Lenard, Beata Wnęk
Bródnowskie Stowarzyszenie Przyjaciół i Rodzin Osób z Zaburzeniami Psychicznymi *Pomost*, Warszawa

System oparcia społecznego działający w dzielnicy Targówek można uznać za rozwiązanie kompleksowe. W jego skład wchodzą wszystkie dostępne obecnie w Polsce rodzaje środowiskowych programów umożliwiające wspieranie procesu zdrowienia oraz umacnianie osób chorych psychicznie. System obejmuje swoimi działaniami mieszkańców 130-tysięcznej dzielnicy Warszawy. Jest budowany sukcesywnie od roku 1994, obecnie w skład systemu wchodzą następujące programy: Środowiskowy Dom Samopomocy, Warsztat Terapii Zajęciowej, Specjalistyczne Usługi Opiekuńcze, Klub *Promyk*, Mieszkanie Chronione, Punkt Informacyjno-Konsultacyjny, Punkt Aktywizacji Zawodowej.

Wymienione programy stanowią podstawę systemu. Są one uzupełniane przez inne działania przeznaczone dla osób chorych psychicznie. Należą do nich programy edukacyjne (np. program nauki obsługi komputerów), turnusy rehabilitacyjne oraz wsparcie dla członków rodzin osób chorujących (psychoedukacja, grupy wsparcia).

Specyfika systemu oparcia w dzielnicy Targówek polega na tym, że programy wchodzące w jego skład tworzą kompleksową ofertę. Dzięki temu możliwe jest udzielenie wsparcia dostosowanego do indywidualnych potrzeb i możliwości osób choru-

jących. W zależności od aktualnego stanu zdrowia i etapu procesu zdrowienia, w ramach systemu, możliwe jest wykorzystanie programów nastawionych na podtrzymanie funkcjonowania w społeczności lokalnej i zapobieganie hospitalizacjom (Środowiskowy Dom Samopomocy, Klub, Specjalistyczne Usługi Opiekuńcze) lub działań zorientowanych w większym stopniu na aktywizację i uzyskanie samodzielności (Warsztat Terapii Zajęciowej, Punkt Aktywizacji Zawodowej, Mieszkanie Chronione). Dzięki temu, na obszarze jednej dzielnicy możliwie jest stworzenie dynamicznego systemu zapewniającego różne formy umacniania. Warto zaznaczyć, że programy działają nieprzerwanie i stabilnie od wielu lat, dysponują interdyscyplinarnym kompetentnym personelem. Korzysta z nich liczna grupa osób chorujących psychicznie.

Podmiotami tworzącymi system oparcia społecznego w dzielnicy Targówek są Bródnowskie Stowarzyszenie Przyjaciół i Rodzin Osób z Zaburzeniami Psychicznymi „Pomost" oraz dzielnicowy Ośrodek Pomocy Społecznej. Jednym z ważnych elementów, które przyczyniają się do efektywności podejmowanych działań jest ich bliska współpraca.

Warto dodać, że opieka psychiatryczna na Targówku, zapewniana przez II Klinikę Psychiatryczną Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, jest zorganizowana w oparciu o standardy psychiatrii środowiskowej. W dzielnicy działa Zespół Leczenia Środowiskowego, Oddział Dzienny oraz Poradnia Zdrowia Psychicznego. Hospitalizacje całodobowe odbywają się w oddziale psychiatrycznym przy szpitalu ogólnym. Ten sposób zapewniania opieki psychiatrycznej doskonale współgra z lokalnym systemem oparcia środowiskowego stanowiąc rozwiązanie modelowe. Należy dodać, że przedstawiciele Stowarzyszenia Pomost, Ośrodka Pomocy Społecznej oraz lecznictwa psychiatrycznego od wielu lat regularnie spotykają się omawiając bieżące problemy związane ze skutecznym wspieraniem osób chorych psychicznie [Bronowski 2007].

Należy dodać, że ważnym elementem systemu oparcia jest skutecznie działający program aktywizacji zawodowej. Obejmuje on diagnozę zawodową osób poszukujących pracy, wyszukiwanie ofert zatrudnienia, negocjowanie z pracodawcami oraz wsparcie osób zatrudnionych. Dzięki tym działaniom w ciągu ostatnich lat kilkanaście osób podjęło zatrudnienie, głównie na lokalnym rynku pracy.

System wsparcia w dzielnicy Targówek był wielokrotnie przedmiotem badań naukowych. Wykazały one jego skuteczność w zakresie wzmacniania sieci społecznych, poprawy funkcjonowania oraz ograniczania rehospitalizacji jego uczestników [Załuska i Paszko 2002; Bronowski i Załuska 2005; Bronowski 2012]. Od długiego czasu jest on również bazą szkoleniową dla studentów psychologii, pracy socjalnej i pedagogiki poznających efektywne środowiskowe metody wspierania osób chorych psychicznie. Na podkreślenie zasługuje również zaangażowanie dużej grupy wolontariuszy pracujących w ramach systemu.

Po prawie 20 latach, dzielnicowy system oparcia dla osób chorych psychicznie można uznać za produkt finalny. Jest stabilny, kompleksowy i efektywny. Na jego sukces złożyły się przede wszystkim dobra współpraca między organizacją pozarządowa i pomocą społeczną oraz wytrwałość i konsekwencja tych dwóch podmiotów w uruchamianiu i prowadzeniu zróżnicowanych programów wsparcia.

strona internetowa: www.pomost.info.pl
https://www.facebook.com/StowarzyszeniePomost
kontakt: pawel.bronowski@icar.org.pl

4.4.8. Warszawa: Zespół Leczenia Środowiskowego w Szpitalu Bielańskim

Krystyna Żaryn
Zespół Lecznictwa Środowiskowego, Szpital Bielański
im. Ks. Jerzego Popiełuszki, Warszawa

Leczenia Środowiskowego (ZLŚ) został utworzony przy Szpitalu Bielańskim w Warszawie w lutym 2009 r. Interdyscyplinarny zespół prowadzi terapię w środowisku dla osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, wymagających intensywnych oddziaływań socjoterapeutycznych, farmakologicznych i rehabilitacyjnych, osób doświadczających poważnych problemów w funkcjonowaniu środowiskowym, wypadających z innych form leczenia. W odpowiedzi na postępujące inwalidztwo społeczne i zawodowe pacjentów oraz nadmierne obciążenie członków rodzin, oddziaływaniami objęci są pacjenci i ich najbliższe otoczenie. Rodziny pacjentów, jako rdzeń naturalnej sieci otoczenia społecznego, wymagają również pomocy.

Aktualnie zespół ma pod opieką 140 pacjentów. W skład zespołu wchodzą lekarze specjaliści psychiatrii, psychologowie kliniczni, psychoterapeuci, terapeuci środowiskowi, pielęgniarki.

Zasadą pracy zespołu jest wieloprofesjonalność, łączenie oddziaływań medycznych i psychospołecznych, wymienność ról i wspólne ustalanie w zespole indywidualnego programu terapeutycznego pacjenta, częsty kontakt z pacjentem, (średnio 1-2 x w tygodniu), udzielanie świadczeń w miejscu zamieszkania pacjenta (średnio co najmniej połowa ogólnej liczby świadczeń).

Zespół pracuje zgodnie z upowszechnionym modelem Aktywnej Terapii Środowiskowej (*Assertive Community Treatment*, ACT). Stosowane są następujące metody pracy: diagnoza psychiatryczna i psychologiczna, farmakoterapia, monitorowanie stanu psychicznego i somatycznego, psychoterapia, treningi umiejętności osobistych i społecznych, psychoedukacja pacjenta i rodziny, pomoc psychologiczna, interwencje kryzysowe, mediacje, zajęcia klubowe oraz współpraca z innymi jednostkami: jednostkami psychiatrycznej służby zdrowia (oddział stacjonarny, dzienny, poradnia zdrowia psychicznego) pozostałymi jednostkami służby zdrowia, ośrodkami pomocy społecznej, organizacjami pozarządowymi, samorządem lokalnym, jednostkami zajmującymi się readaptacją zawodową.

Głównym celem terapii środowiskowej jest umożliwienie pacjentom jak najbardziej satysfakcjonującego funkcjonowania w środowisku, z poszanowaniem ich godności i praw, na poziomie uwzględniającym indywidualne zasoby, preferencje i ograniczenia wynikające z choroby.

Cele szczegółowe ZLŚ – to zapewnienie ciągłości leczenia, zmniejszenie liczby hospitalizacji, skrócenie ich czasu, wzrost dostępności leczenia, przeciwdziałanie stygmatyzacji i wzmocnienie sieci otoczenia społecznego pacjentów.

W praktyce działania zespołu skoncentrowane są na dążeniu do zmniejszania liczby nawrotów psychoz u pacjentów, wydłużaniu okresów remisji, wychwytywaniu kryzysów krótkoterminowych, wzmacnianiu odpowiedzialności pacjentów za własne życie i pełne uczestnictwo w życiu społecznym (odzyskiwanie poczucia sprawczości i usamodzielnienie).

Zespół realizuje podejście do terapii pacjentów w szerokiej perspektywie, obejmującej nie tylko aspekt kliniczny choroby, ale społeczne funkcjonowanie pacjenta i jego deficyty w życiu codziennym oraz relacje z bliskimi.

Podsumowując czteroletni okres funkcjonowania zespołu można podkreślić, że sukcesem jednostki jest zwiększenie liczby pacjentów z 20 do 140, intensywny rozwój kompetencji zespołu (kursy psychoterapii, specjalizacja z psychologii klinicznej), udział w licznych konferencjach, projektach, w tym międzynarodowych, prowadzenie badań naukowych, prowadzenie działalności edukacyjnej dla psychologów i lekarzy (staże specjalizacje, praktyki) wzbogacenie oferty klubu pacjenta, turnusy rehabilitacyjne, wypracowanie bardzo dobrej stałej współpracy z OPS oraz budowanie kapitału środowiskowego dla naszych pacjentów (dzielnica, samorząd, organizacje pozarządowe itp.). Istotny dla zespołu jest uzyskany wynik badania ewaluacyjnego, w którym pacjenci wysoko ocenili poziom realizacji świadczeń.

Największą przeszkodą w pracy zespołu były trudne warunki lokalowe jednostki, utrudniające realizację świadczeń na najwyższym poziomie. Aktualnie udało się pozyskać nowy, pełnowartościowy lokal dla jednostki i dzięki pomocy finansowej m. st. Warszawy adaptować na cele realizacji zadań z zakresu

psychiatrii środowiskowej. W nowej siedzibie planowany jest rozbudowa oferty świadczeń dla pacjentów o grupę wsparcia i psychoterapię grupową.

W pracy zespołów leczenia środowiskowego można zaobserwować niepokojące zjawiska, utrudniające opiekę nad pacjentami, pochodzące z różnych źródeł: brak standardów działalności ZLŚ, ubożenie pacjentów oraz problemy z dostępnością do innych świadczeń medycznych, brak standardów współpracy z POZ, duża ilość pracochłonnych zadań poza świadczeniami objętymi w kontrakcie z NFZ (telefony do pacjentów, rodzin, kontakty z OPS, POZ, Policją, organizacjami pozarządowymi itp.), wzrastająca biurokracja i zagrożenie odchodzeniem personelu o wysokich kompetencjach z powodu utrzymujących się niskich wynagrodzeń.

Model długoterminowej, dostosowanej do indywidualnych potrzeb pacjentów opieki środowiskowej wpisuje się w model antyizolacyjnej i szanującej prawo do godnego życia i funkcjonowania w społeczeństwie psychiatrii. Przyglądając się perspektywom rozwoju psychiatrii środowiskowej, wzrastającej liczbie pacjentów zainteresowanych terapią środowiskową pojawia się pytanie, co aktualnie utrudnia rozwój zespołów leczenia środowiskowego? Rozwoju nie ułatwia „martwy" Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, mała ilość Centrów Zdrowia Psychicznego, które gwarantowałyby rozwój i uszczelnienie systemu lecznictwa psychiatrycznego, brak środków w NFZ, brak środków na działania profilaktyczne i walkę z wciąż obecną stygmatyzacją pacjentów.

strona internetowa: http://www.bielanski.med.pl/
kontakt: zls@bielanski.med.pl

4.4.9. Grajewo: Oddział Psychiatryczny Szpitala Ogólnego

Janusz Chojnowski
Oddział Psychiatryczny, Szpital Ogólny im. Dr Witolda Ginela, Grajewo



Trzydziestołóżkowy oddział psychiatryczny zintegrowany z poradnią zdrowia psychicznego w powiatowym Szpitalu Ogólnym w Grajewie, mieście powiatowym liczącym 20 tysięcy mieszkańców (ludność powiatu to około 50 tys.) w województwie podlaskim, został otwarty w roku 2001. Jest on, jak wiele in-

nych podobnych mu oddziałów, owocem przemian w polskim szpitalnictwie, które zaszły na przełomie wieków. Powstał w warunkach niewielkiego niedosytu usług medycznych tego rodzaju, gdyż w okolicznych miejscowościach (Kolno, Łomża) istniały już od niedawna oddziały psychiatryczne. Dzięki temu oszczędzono mu „burzy i naporu" ze strony pacjentów, które były losem wcześniej otwieranych placówek. Od początku jego istnienia większość przyjmowanych chorych stanowiły osoby mieszkające w najbliższej okolicy, które były już wcześniej lub mogły być – po zakończeniu hospitalizacji – pacjentami zintegrowanej z oddziałem poradni zdrowia psychicznego. Troje psychiatrów i psycholog pracują zarówno w oddziale, jak i poradni. Dyżury popołudniowe nie są obsadzone przez psychiatrów, lecz przez lekarzy z oddziału obserwacyjno-zakaźnego. W dni ustawowo wolne od pracy pełnione są dyżury psychiatryczne.

Celem istnienia oddziału jest zapewnienie pełni świadczeń psychiatrycznych dla miejscowej i okolicznej ludności po to, by ewentualne hospitalizacje psychiatryczne nie odbywały się w odległych placówkach. Dwanaście lat funkcjonowania oddziału pozwoliło na zaobserwowanie ciekawych zjawisk, które zapewne dotyczą także innych placówek tego typu i jako takie zasługują na omówienie.

Po pierwsze, funkcjonowanie oddziału potwierdziło tezę, iż mały oddział psychiatryczny radzi sobie z pacjentami pobudzonymi, agresywnymi. W czasie kilku zebrań poprzedzających jego utworzenie, administratorom służby zdrowia z wykształceniem lekarskim oraz psychiatrom z dużego szpitala specjalistycznego zdarzało się wypowiadać opinie, iż oddziały takie będą leczyć pacjentów nerwicowych i chorych z łagodniejszym przebiegiem chorób psychicznych. Podkreślano przy tym, że chorzy z okolic Grajewa odznaczają się dużą agresywnością. W praktyce, zdarzają się wprawdzie przypadki, że pacjent zostaje odesłany za porozumieniem do dużego szpitala psychiatrycznego, ale są one bardzo rzadkie i wiążą się z trudnościami w relacji z chorym. Pacjenci ci, jeśli tego później wymagają, z reguły są hospitalizowani ponownie w oddziale. Jeśli chodzi o prewencję zachowań agresywnych, to szczupła obsada lekarska jest z nawiązką rekompensowana przez liczebność personelu pielęgniarskiego i niższego. Na każdej nocnej zmianie pracują w oddziale przynajmniej trzy osoby.

Kolejne zjawisko – to ograniczenie tzw. efektu „drzwi obrotowych" czyli szybkich powrotów chorych psychotycznych do oddziałów całodobowych po zakończeniu hospitalizacji. W początkowym okresie funkcjonowania odnotowano wzrost liczby przyjmowanych pacjentów, lecz po paru latach dała się zauważyć przeciwna tendencja. Liczba przyjęć chorych z terenu powiatu grajewskiego zaczęła spadać, natomiast liczba porad udzielanych w poradni systematycznie rosła. Na poziomie bardziej indywidualnym zjawisku temu ze strony psychiatrów towarzyszyło poczucie zawiązywania się realnego przymierza terapeutycznego z pacjentami hospitalizowanymi i leczonymi następ-

nie w przyszpitalnej poradni. Wielu pacjentów „pozyskanych" po hospitalizacji do leczenia ambulatoryjnego, uczyło się współodpowiedzialności za leczenie swojej choroby. W przeszłości mieli oni w pogotowiu ratunkowym i odległym szpitalu psychiatrycznym niemalże status „pasażera *frequent flyer*".

Przytoczę tylko jedną, najbardziej wyrazistą w swej wymowie historię. Pacjentce, która podjęła zamach samobójczy przez zatrucie lekami odmówiono przyjęcia do wielkiego szpitala psychiatrycznego i nie zakwalifikowano do intensywnego leczenia w miejscowym szpitalu ogólnym. Jednak ktoś przypomniał sobie, że w nieodległym Grajewie jest zarówno oddział intensywnej terapii, jak i psychiatryczny. Jej hospitalizacja w naszym oddziale była dla niej dwudziestą szóstą, i jak do tej pory ostatnią, a upłynęło od niej już około 10 lat. Czasem zwierza się, że trochę tęskni za pobytami w starym szpitalu – piciem mocnej kawy i paleniem jednego papierosa za drugim. Śledząc przebieg chorób pacjentów można odnieść wrażenie, że w dużych szpitalach psychiatrycznych leczą się osoby ciężej chorujące, a w oddziałach szpitali ogólnych zintegrowanych z poradniami chorzy o łagodniejszym przebiegu zaburzeń. Jak widać, czasem są to te same osoby.

Ekonomiczna strona opisanego zjawiska przedstawiała się jednak niepokojąco. Oddział, którego funkcjonowanie opłacane jest proporcjonalnie do jego obłożenia chorymi stał się przedmiotem krytyki ze strony organów samorządowych. Wzrost liczby porad ambulatoryjnych nie rekompensował finansowo niedoboru przychodów z hospitalizacji. Narodowy Fundusz Zdrowia miał korzyści finansowe, pacjenci odnosili korzyści zdrowotne, rodziny pacjentów odczuły ulgę, ale radni żądali wyników. Wkrótce przybyło chorych z sąsiedniego powiatu ełckiego. Także ci pacjenci przed opuszczeniem oddziału nierzadko proszą o możliwość leczenia w poradni przy oddziale. Można zaobserwować zjawisko „coraz wolniej obracających się drzwi obrotowych". Klucz do tych drzwi znajduje się w poradni zintegrowanej z oddziałem.

Ten pozytywny efekt raczej nie wystąpi, gdy oddział psychiatryczny dysponuje zbyt małą ilością łóżek w stosunku do potrzeb społeczności lokalnej. Napór pacjentów i duże nasilenie zaburzeń w oddziale powoduje szereg zjawisk, które można określić mianem „syndromu oblężonej twierdzy". W drzwiach do pomieszczeń personelu od strony pacjentów nie ma klamek, pacjenci otrzymują wysokie dawki leków (by interakcje nie wymknęły się spod kontroli), hospitalizację kończy się, gdy tylko stan pacjenta na to pozwala, nie zaś w momencie optymalnym do tego, by mógł on dobrze poradzić sobie z tym, co czeka go za progiem szpitala. Z kolei, choćby najsprawniejsze od strony logistycznej odwożenie pacjenta (z powodu braku miejsc w lokalnym oddziale) do odległego szpitala, jest dla chorego źródłem głębokiej, ukrytej traumy, która waży potem negatywnie na jego zdolności do nawiązania relacji z miejscowym psychiatrą. Pozwalam sobie na to stwierdzenie w oparciu o rozmowy z wieloma pacjenta-

mi, których w przeszłości spotkał taki los. Dobry kontakt z psychiatrą jest sprawą bardzo intymną. Dlatego ważne jest, by chory, który w swej chorobie niejako otworzył się psychicznie przed swym lekarzem i zaufał mu, mógł korzystać z poufnego kontaktu z nim, gdy czuje się już lepiej. Korzyść jest obopólna.

Kolejne zagadnienie – to rzekomy „opór miejscowej ludności i brak tradycji", slogany, jakimi posługują się władze lokalne, gdy są przeciwne powstawaniu oddziałów psychiatrycznych na swoim terenie. Oddział w Grajewie, podobnie jak wiele innych, nie powstał dlatego, że społeczność lokalna dojrzała do tego, by nowocześniej zaopiekować się swymi chorymi. Powstał, ponieważ ówczesny Krajowy Konsultant w dziedzinie psychiatrii czynnie propagował taką ideę, ówczesne Ministerstwo Zdrowia oferowało środki finansowe na adaptację pomieszczeń, a dyrekcja szpitala szukała sposobów na poprawę wyników ekonomicznych. W budynku szpitala były wolne pomieszczenia, które nadawały się do zaadaptowania. Miejscowa społeczność odniosła się do tego raczej obojętnie. Wśród pacjentów nie było entuzjazmu, ale zdecydowanie łatwiej niż w przeszłości dawali się nakłonić do hospitalizacji. Rodziny chorych rzadko okazywały zadowolenie. Jednak po paru latach funkcjonowania oddziału, gdy pojawiły się pogłoski o możliwym jego zamknięciu, przebywający w nim pacjenci sami zmobilizowali się do tego, aby wystosować pismo protestacyjne do starosty, organu założycielskiego szpitala. Pismo to spotkało się z poważną i bardzo rzeczową odpowiedzią, a starosta wyraził pogląd, że skoro dwadzieścia kilka osób nie zawahało się rzucić na szalę swej prywatności w obronie placówki, która ich leczy, to zawiera się w tym wartość, której nie da się przełożyć na wyniki finansowe.

Po mniej więcej dziesięciu latach pracy zintegrowanego z poradnią oddziału dało się zauważyć pewną korzystną zmianę postaw w kontaktach z rodzinami pacjentów. Są one spokojniejsze. Bliscy osób chorych rzadziej przyjmują postawę antagonistyczną, nieufną. Spektakularnym, choć odchodzącym już w przeszłość, efektem powstania oddziału było ujawnianie się w miejscowej społeczności osób od wielu lat chorujących psychicznie, a nieleczących się. Ich opiekunów nierzadko cechowała daleko posunięta apatia, brak wiary w możliwość zmiany na lepsze, w sens hospitalizacji. Większości tych chorych i ich rodzinom udało się skutecznie i trwale pomóc.

Wydaje się, że ten model funkcjonowania psychiatrii w małej miejscowości zdał egzamin i zasługuje na upowszechnienie. Pomaga efektywnie leczyć, tworzy lepszy wizerunek psychiatrii, atrakcyjny dla wszystkich stron układu pacjent-rodzina-lekarz.

strona internetowa: http://www.szpital-grajewo.pl/
kontakt: zintegrowany@gmail.com

4.4.10. Warszawa-Bemowo: lokalna koalicja na rzecz ochrony zdrowia psychicznego – „Razem skutecznie…"

Elżbieta Kluska
Środowiskowy Domu Samopomocy, Ośrodek Pomocy Społecznej,
Warszawa Bemowo

Koalicja ***Razem skutecznie…*** jest inicjatywą stosunkowo młodą. Działania związane z jej powołaniem zostały zapoczątkowane we wrześniu 2012 roku przez pracowników Ośrodka Pomocy Społecznej Dzielnicy Bemowo m. st. Warszawy (OPS). Motywem podjęcia działań był projekt *Razem skutecznie – system oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w Dzielnicy Bemowo*, którego celem była realizacja zadania publicznego: *Oparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi*, zleconego w ramach konkursu Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej. Partnerem w realizacji projektu było Bródnowskie Stowarzyszenie Przyjaciół i Rodzin Osób z Zaburzeniami Psychicznymi POMOST, którego pracownicy skutecznie wspierali nas swoją wiedzą oraz doświadczeniem, co znacząco przyczyniło się do powstania Koalicji.

Potrzebę utworzenia Koalicji pracownicy OPS dostrzegli dużo wcześniej. W 2010 roku zespół wspierająco-aktywizujący Środowiskowego Domu Samopomocy (ŚDS) przy ul. Wrocławskiej przygotował ideę powołania Koalicji *Razem skutecznie*, w której przedstawił problemy związane z funkcjonowaniem osób chorych psychicznie w dzielnicy oraz określił cele i zadania, a także zasady, którymi powinna się kierować. W codziennej pracy zespół wspierająco – aktywizujący ŚDS napotykał na szereg trudności związanych ze współpracą i komunikowaniem się z instytucjami i organizacjami działającymi na rzecz osób chorujących psychicznie w dzielnicy Bemowo. Dotyczyły one wzajemnych relacji, którym brakowało przede wszystkim partnerstwa oraz sprawnego przepływu informacji, co nie wpływało pozytywnie na podejmowane działania na rzecz osób chorych psychicznie.

Potrzeba utworzenia Koalicji wynikała także ze wzrastającej liczby osób zgłaszających się do Poradni Zdrowia Psychicznego. Dzielnica Bemowo liczy ok. 113 tys. mieszkańców, a z danych Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Bemowo Włochy wynika, że liczba pacjentów pierwszorazowych zgłaszających się do PZP systematycznie wzrasta. Z powodu różnego rodza-

ju zaburzeń psychicznych w dzielnicy Bemowo leczy się już ponad 3000 mieszkańców (najwięcej w przedziale wiekowym 31-65 lat, z przewagą kobiet).

Powodem powstania Koalicji był także niski poziom wiedzy wielu osób oraz przedstawicieli instytucji i organizacji na temat funkcjonowania chorych psychicznie i praw tych osób, co z pewnością pogłębia procesy ich stygmatyzacji i marginalizacji. Potrzebny jest wspólny program przeciwdziałania tym procesom.

Wsparcie środowiskowe osób chorych psychicznie i członków ich rodzin w dzielnicy Bemowo realizuje aktualnie jedynie OPS. Są to specjalistyczne usługi opiekuńcze oraz oferta terapeutyczna ŚDS. Utworzenie ŚDS dla osób chorych psychicznie na terenie Bemowa miało na celu zapewnienie oparcia społecznego osobom dotkniętym chorobą psychiczną, pozwalającego na zaspokojenie ich podstawowych potrzeb życiowych, usamodzielnienie, zapobieganie postępującej izolacji i umacnianie integracji społecznej. Wszelkie działania prowadzone przez OPS na rzecz osób chorych psychicznie zmierzają do stworzenia zintegrowanego systemu oparcia społecznego, poprzez współpracę instytucji i organizacji, które pracują na rzecz chorujących psychicznie.

Projekt zapoczątkowany przez OPS obejmował szereg działań. Część z nich skierowana była bezpośrednio do osób chorych psychicznie i członków ich rodzin (otwarcie klubu popołudniowego, punktu konsultacyjnego, organizowanie wyjazdów integracyjnych dla chorych i ich rodzin), część do instytucji lokalnych. Jednak najważniejszym zadaniem było utworzenie partnerstwa lokalnego – Koalicji *Razem skutecznie*.

Ważnym czynnikiem budującym Koalicję stały się warsztaty dla przedstawicieli instytucji, które zadeklarowały swój udział w pracach na rzecz powołania Koalicji. Spotkania cieszyły się dużym zainteresowaniem i wysoką frekwencją. Na pierwsze spotkanie przybyli przedstawiciele 16 spośród 35 zaproszonych. W czasie warsztatów przedstawiano dobre praktyki działań na rzecz rozwiązywania różnych lokalnych problemów społecznych w innych dzielnicach Warszawy, a także edukowano na temat sytuacji osób chorych psychicznie w społeczeństwie i potrzebie jej zmiany. Dokonano identyfikacji zasobów, którymi dysponuje dzielnica Bemowo. Określone zostały deficyty w ofercie wsparcia dla tej grupy osób i działania, jakie należy podjąć w najbliższej przyszłości w ramach służby zdrowia, pomocy społecznej i organizacji pozarządowych.

Kolejnym działaniem w ramach projektu było zorganizowanie dwóch konferencji szkoleniowych o charakterze lokalnym dla przedstawicieli instytucji i organizacji z dzielnicy Bemowo. W konferencjach uczestniczyło ponad 80 osób. Ich celem było wyposażenie pracowników instytucji lokalnych w wiedzę dotyczącą problemów osób chorujących psychicznie jako grupy potrzebującej szczególnego zainteresowania oraz najbardziej zagrożonej wykluczeniem społecznym. Podczas konferencji zaprezentowane zostały również środowiskowe

metody wspierania osób chorujących psychicznie, oferta wsparcia środowiskowego, a także sytuacja osób chorych psychicznie na rynku pracy.

Zarówno spotkania warsztatowe, jak również zorganizowane konferencje szkoleniowe zaowocowały podpisaniem 14 marca 2013 roku w Sali Sesji Urzędu Dzielnicy Bemowo ***Porozumienia o współpracy na rzecz osób chorych psychicznie i członków ich rodzin.*** Wśród założycieli byli przedstawiciele 13 instytucji i organizacji: Urząd Dzielnicy Bemowo, Ośrodek Pomocy Społecznej, Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Bemowo Włochy, Bemowskie Centrum Kultury, Bródnowskie Stowarzyszenie *POMOST*, Spółdzielnie Mieszkaniowe, Policja, Szkoły, Stowarzyszenie Profilaktyki Depresji *ISKRA*. W Porozumieniu mowa jest o wzajemnej współpracy pomiędzy instytucjami, wymianie doświadczeń, udrożnieniu przepływu informacji, wspólnie podejmowanych inicjatywach i działaniach na rzecz poprawy sytuacji osób chorych psychicznie i członków ich rodzin w dzielnicy Bemowo. W ramach Koalicji poszczególne instytucje aktywnie uczestniczą w przedsięwzięciach integracyjnych na rzecz osób niepełnosprawnych, np. w ramach *Dni Osób Niepełnosprawnych* w dzielnicy Bemowo. Podczas *Tygodnia Konsultacji* pod patronatem Koalicji *Razem skutecznie* przedstawiciele poszczególnych instytucji pełnili dyżury i udzielali bezpłatnych porad mieszkańcom Bemowa dotyczących zdrowia, terapii, prawa oraz pomocy społecznej. Natomiast uczestnicy obchodów 10-lecia ŚDS *Wrocławska* mogli wysłuchać m. in. wykładu o *Roli środowiskowych placówek wsparcia w poprawie jakości życia osób chorujących psychicznie*. Podejmowane przedsięwzięcia koordynował i wspierał Urząd Dzielnicy Bemowo m. st. Warszawy.

Co udało się osiągnąć dzięki realizowanemu projektowi i powołaniu Koalicji?

Z pewnością problemy osób chorych psychicznie zostały dostrzeżone przez instytucje i organizacje działające w dzielnicy Bemowo, pozyskano partnerów do zmian i budowania modelowego systemu wsparcia dla tej grupy osób, wypracowane zostały efektywne formy i metody współpracy pomiędzy instytucjami i organizacjami. Spotkania Koalicji przyczyniły się do wzajemnego poznania się uczestników, którzy przestali być anonimowi, a współpraca stała się bardziej wymierna. Zwiększyła się wiedza i kompetencje pracowników instytucji publicznych na temat specyfiki choroby psychicznej i sposobów komunikowania się z osobami chorującymi. Edukacja społeczności lokalnej otwiera szansę stopniowej zmiany postaw wobec tej grupy osób, a także wzrostu zaufania chorujących do instytucji publicznych.

Wartością dodaną projektu była jego promocja prowadzona w 2012 r. przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, w ramach projektu *Razem dla Mazowsza – edukacja w działaniu*. Projekt był promowany w reportażu telewizyjnym TVP Info w kontekście przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu osób chorych psychicznie. Podczas I Forum Psychiatrii Środowiskowej w październiku 2012 roku, projekt był prezentowany jako przykład dobrej praktyki na rzecz osób chorych psychicznie.

Oczekujemy, że Koalicja będzie tworzyła lobby na rzecz poprawy sytuacji osób chorych psychicznie zamieszkujących w dzielnicy Bemowo. Skupia bowiem osoby znaczące: przedstawicieli lokalnych władz samorządowych, pomocy społecznej, organizacji pozarządowych i innych ważnych podmiotów, które mają realny wpływ na politykę społeczną prowadzoną na poziomie lokalnym. Ma w swoim gronie ekspertów oraz poparcie ze strony władz dzielnicy Bemowo.

Wśród zadań na najbliższą przyszłość planowane są: wydanie informatora o placówkach wspierających osoby chorujące psychicznie w dzielnicy Bemowo, edukacja społeczności lokalnej w tym młodzieży, organizowanie spotkań warsztatowych, które będą służyć zacieśnieniu współpracy i rozwiązywaniu bieżących problemów osób chorujących psychicznie w dzielnicy. Celem spotkań będzie również zachęcenie do współpracy osób chorujących psychicznie i członków ich rodzin.

Mamy nadzieję, że Koalicja przyczyni się do wspierania procesu zdrowienia i poprawy jakości życia osób chorych psychicznie w ich małej ojczyźnie, jaką jest dzielnica Bemowo. Dobre życie to wartość, do której mają prawo dążyć także osoby psychicznie chore, zaś społeczeństwo tzw. ludzi zdrowych powinno zrobić wszystko, aby wspierać działania umożliwiające realizację powyższego celu.

strona internetowa: http://www.opsbemowo.waw.pl/
kontakt: sds@opsbemowo.waw.pl

4.4.11. Kołobrzeg: system psychiatrii środowiskowej w powiecie

Ewa Giza
FENIKS Stowarzyszenie Użytkowników Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej oraz Ich Rodzin i Przyjaciół;
Oddział Psychiatryczny, Szpital Regionalny w Kołobrzegu

Powiat kołobrzeski składa się z 6 gmin i liczy ok. 75 tys. mieszkańców. Obecnie 50-łóżkowy Oddział Psychiatryczny wielospecjalistycznego Szpitala Regionalnego w Kołobrzegu działa od 1986 r. Zatrudnia siedmiu specjalistów psychia-

trii, trzech psychologów, a także specjalistów psychiatrii dzieci i młodzieży, seksuologa, psychoterapeutę, psychoterapeutę uzależnień, terapeutę zajęciowego, pracownika socjalnego, pielęgniarki, sanitariusze. Także w Kołobrzegu troska psychiatrów o los pacjentów nie kończy się z momentem wypisu ze szpitala. Bardzo często pacjenci nie kontynuowali leczenia, a rodziny nie umiały odnaleźć się w przebiegu przewlekłej choroby psychicznej, uzależnienia. Pozostawieni samym sobie chorzy nie mieli zajęcia ani szansy na znalezienie pracy. Egzystencja bez celu, zrozumienia ze strony bliskich i otoczeniu pogłębiała chorobę. Szybko wracali do szpitala, ich pobyty były coraz dłuższe, postępowała destrukcja wynikająca z nieleczonej, nierehabilitowanej choroby psychicznej. Za murami oddziału zacieśniało się błędne koło choroby, niezrozumienia i bezradności.

Światełko w tunelu

Aby temu zaradzić, w 1996 r. utworzono Oddział Dzienny, pierwszy w ówczesnym województwie szczecińskim. Dekadę temu ta mało znana forma leczenia była przez wielu nieakceptowana. Tymczasem pacjenci otrzymali całkiem nowe możliwości leczenia – terapia, różne rodzaje treningów, zajęć, aktywna organizacja czasu, możliwość poznania przyjaciół i zwyczajne wyjście z domu sprawiły, że oddział dzienny szybko wrastał w struktury kołobrzeskiej służby zdrowia. Zdobywał sympatię lekarzy, pacjentów ich rodzin. Oddział działa, nadal cieszy się bardzo dobrą opinią i jest ważnym narzędziem zdrowienia pacjentów. Kadra – to 4 psychologów, specjalista psychiatra, 4 terapeutów zajęciowych, pielęgniarka, którzy codziennie opiekują się ok. 50 pacjentami. Po leczeniu w oddziale całodobowym pacjenci mają tu możliwość pokonywania ograniczeń związanych z chorobą czy uzależnieniem. Z większą pewnością siebie powracają do funkcjonowania w społeczeństwie. Duży nacisk położony jest na pracę z rodziną pacjenta. Przy Oddziale Dziennym powstał Klub Pacjenta, gdzie spotykali się byli pacjenci i ich rodziny, przyjaciele. Jego formuła ewoluowała, obecnie pracują w nim: psycholog, dwóch specjalistów terapii uzależnień i socjoterapeuta. Kilka razy w tygodniu prowadzone są zajęcia edukacyjne, terapeutyczne, grupy wsparcia dla osób uzależnionych, współuzależnionych, dorosłych dzieci alkoholików, praca systemowa z rodzinami Udzielane są porady i wsparcie. Klub stale się rozwija i ma dobrą opinią wśród młodzieży szkół ponadpodstawowych i rodziców.

Od obojętności do empatii

Pobyt w oddziale dziennym przynosił wymierne efekty. Pacjenci zdrowieli. Rzadko wracali do szpitala z nawrotami choroby. Znacznie lepiej radzili sobie w życiu, z pełnieniem ról rodziców, współmałżonków. Okresowo podejmowali pracę. Był najwyższy czas na nowy model funkcjonowania kołobrzeskiej psychiatrii.

W celu tworzenia zrębów opieki środowiskowej w powiecie, rozpoczęłam

próby pokonywania oporu lokalnych polityków, mieszkańców Kołobrzegu, pozyskiwania sojuszników. Byłam wówczas w tych zamiarach osamotniona – nie wiedziałam jak to ma wyglądać, jakie tworzyć działania, jakie placówki środowiskowe? Nikt nie umiał podpowiedzieć wzoru, wielu lekarzy i polityków patrzyło na mnie z politowaniem. Podjęłam wyzwanie. Zaczęłam od … polityki. W roku 1999 zostałam radną Rady Powiatu, gdyż wiedziałam, że bez wsparcia radnych samorządu nie jestem w stanie pozyskać pieniędzy, realizować działań na rzecz pacjentów. Po latach okazało się, że pomysł był trafny. Świadomość radnych z każdym rokiem rosła, z coraz większą przychylnością i bez lęku odpowiadali na zaproszenia na imprezy organizowane wraz z pacjentami. Poznawali się nawzajem, słuchali ich opowieści. Rozumieli. O pacjentach mówiono już bez skrępowania i ukradkowych uśmieszków. Znajdowały się pieniądze na nasze inicjatywy. Mieliśmy wsparcie i finansowe, i moralne. Nie do przecenienia wówczas i teraz jest sympatia lokalnych mediów i ich uczestnictwo we wszystkich przedsięwzięciach, czy to z powodu obchodów Światowego Dnia Zdrowia Psychicznego, czy podczas zbierania podpisów popierających Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, czy w związku z ustawiczną edukacją mieszkańców w Szkole Zdrowia Psychicznego.

Nadzieja, czyli Feniks

W 2000 r. powstało Stowarzyszenie Użytkowników Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej oraz Ich Rodzin i Przyjaciół FENIKS, którego jestem prezesem. Nazwę stowarzyszenia wymyślili pacjenci Oddziału Dziennego. Na początku była nas garstka entuzjastów, w Feniksa wierzyło kilkoro pracowników oddziału, oddziału dziennego, kilku radnych. Obecnie jest nas kilkadziesiąt osób: psychologów, pedagogów, lekarzy, polityków, pacjentów, terapeutów, rodzin, przyjaciół! I kilkakrotnie więcej sympatyków w całej Polsce. Jesteśmy organizacją pożytku publicznego, mamy swoja stronę internetową, wydajemy kwartalnik *Pod skrzydłami Feniksa*, redagowany przy współudziale pacjentów. Czasopismo spełnia rolę edukacyjną, promocyjną, przybliża nasz świat coraz szerszemu odbiorcy, oswaja z problematyką zdrowia psychicznego.



Ciągle do przodu

Przełomowy był rok 2002, kiedy z Ministerstwa Pracy i Polityki Socjalnej otrzymaliśmy pieniądze na projekt *Otwarte Drzwi*. Odwiedziwszy wtedy wszystkich pacjentów chorujących na schizofrenię w powiecie i ich rodziny (ok. 170 środowisk) zyskaliśmy podstawę do kolejnych projektów i strategii. Utwierdziliśmy się w przekonaniu o potrzebie działań w środowisku na rzecz

tej grupy pacjentów, którzy nieleczeni, pozostawieni chorobie żyli w ubóstwie, często w niegodnych warunkach, samotni, bezradni wobec bierności służb. Nie licząc się z czasem i kosztami przemierzamy wiele kilometrów w całej Polsce i za granicą promując na konferencjach i wykładach (m.in na konferencji zorganizowanej przez kancelarię Śp. Prezydenta RP Lecha Kaczyńskiego) ideę dobrej współpracy z lokalnym samorządem i zalety psychiatrii środowiskowej. Tam także zyskujemy wielu sojuszników.

Od 2004 roku sojusznikiem jest *Ustawa o pożytku i wolontariacie*, która pozwoliła nam przystępować do konkursów lokalnego samorządu. Od 2004 r. cyklicznie otrzymujemy środki na działania Klubu Pacjenta. Od 2006 r. systematycznie przystępujemy do konkursów gmin powiatu kołobrzeskiego, dzięki czemu możemy finansować konsultacje specjalistyczne i działania edukacyjne. Od 2008 prowadzimy Biuro Porad Obywatelskich, gdzie pacjenci, ale i ubodzy mieszkańcy powiatu uzyskują profesjonalne, bezpłatne porady prawne. Biuro cieszy się dużym zaufaniem i bardzo dobrą opinią. Współpracując z ośrodkami pomocy społecznej, szkołami, lekarzami rodzinnymi i samorządowcami konsultujemy środowiska rodzinne. Na nasze wnioski rodziny obejmowane są pomocą przez gminne służby. Doglądamy pacjentów po hospitalizacjach psychiatrycznych, którzy z różnych powodów nie przyjadą do nas, mobilizujemy ich do działań na rzecz pracy, systematycznego leczenia, pomagamy w rozwiązywaniu ich trudności, zyskujemy ich zaufanie. Od 2 lat we współpracy z intedyscyplinarnymi zespołami gmin powiatu kołobrzeskiego, organizujemy też system wsparcia dla ofiar przemocy domowej. Wśród nas jest już 4 certyfikowanych terapeutów środowiskowych, mamy licznych wolontariuszy, psychologów, lekarzy stażystów którzy uczą się przy nas psychiatrycznej opieki środowiskowej, obserwują efekty naszych oddziaływań i stają się emisariuszami takich działań w swoich środowiskach.

Odczarowywanie psychiatrii

Po wielu, wielu staraniach udało się nam stworzyć finansowaną przez Urząd Marszałkowski Szkołę Zdrowia Psychicznego. Szkoła od 5 lat prowadzi szeroko rozumianą edukację w zakresie zdrowia psychicznego, profilaktyki zaburzeń, poradnictwa psychologicznego dla mieszkańców powiatu. Realizuje programy terapeutyczne dla osób przewlekle chorych somatycznie i ich rodzin. Rozwija się, zyskując wielu sympatyków wśród mieszkańców powiatu kołobrzeskiego. Mieszkańcy Kołobrzegu przychodzą na wykłady, które odbywają się także poza terenem szpitala. Bez wstydu słuchają odczytów o depresji, uzależnieniach czy stresie, schizofrenii, otępieniu, współistnieniu schorzeń somatycznych i psychicznych. Dzięki mediom odbiór jest zawsze szeroki.

W tym roku pracowaliśmy z młodzieżą szkół ponadpodstawowych i gimnazjalnych. W konkursie plastycznym młodzi ludzie z wielką otwartością przedstawiali

swoje wyobrażenie o zdrowiu psychicznym. Jednak rysunki to nie jedyne owoce konkursu, efektem są też liczne prośby młodzieży i nauczycieli o wspólne spotkania z pacjentami, wspólne projekty. Bez wątpienia, niesie to korzyści dla obu stron. Zauważyliśmy, że młodzież bez lęku i barier podchodzi do problemów psychicznych – po prostu NORMALNIE, co stanowi kapitalny przykład dla dorosłych. Planujemy wspólne przedsięwzięcia, jak np. teatr, pikniki, zajęcia sportowe, rekreacyjne, taneczne, czy wspólne śpiewanie. Kilka już jest za nami.

Wysokie loty Feniksa

Od 2011 r. Stowarzyszenie jest właścicielem części dworku i 2,5 ha parku podworskiego we wsi Trzynik, w gminie Siemyśl. O pieniądze na remont dworku wnioskowaliśmy z sukcesem do Unii Europejskiej. Tworzymy tam Centrum Integracji Społecznej, w którym znajdą swoje miejsce i zatrudnienie osoby chorujące, nasi podopieczni a także osoby bezrobotne z pobliskich wsi. Pracy nie zabraknie: opieka nad obiektem, pielęgnacja parku, prowadzenie kawiarenki, catering, obsługa konferencji. Planujemy prowadzenie działalności hotelowej, hostelowej, gastronomicznej, edukacyjnej i kulturalnej. Trzynik to mała wieś, w „której każdy zna każdego", jednak ze strony mieszkańców nie mamy problemów z akceptacją naszej działalności. Mieszkańcy z ciekawością i nadzieją patrzą na nasze poczynania. Pomagają, pracują, doradzają i wyczekują lepszego jutra.

Stowarzyszenie pełni w powiecie kołobrzeskim rolę Centrum Zdrowia Psychicznego. Jesteśmy uznawani przez ludzi i instytucje za profesjonalistów w dziedzinie zdrowia psychicznego i to my koordynujemy wszystkie działania zgłaszane nam przez instytucje, współpracujemy z instytucjami pomocy społecznej, sądem, szkołami, urzędami.

Nasz pacjent nie jest osobą anonimową, zajmujemy się nim i jego rodziną w zależności od problemu i potrzeb wtedy, gdy przebywa zarówno w placówce leczniczej, jak i pomocowej, czy gdy jest niedołężny, chory somatycznie, czy umiera. W miarę potrzeb kierujemy na przymusowe leczenia, jesteśmy opiekunami prawnymi naszych podopiecznych, kierujemy do DPS, odwiedzamy ich w tych domach, jesteśmy w ich ostatnich drogach, a potem dbamy o groby. Pomagamy socjalnie, zbieramy odzież itd. Cieszymy się i jesteśmy dumni z każdej osoby, która osiąga samodzielność zawodową, społeczną, "dojrzewa życiowo" rozwija się, lubimy moment w którym przestajemy pełnić rolę opiekuńczą, kiedy stajemy tylko doradcami często przyjaciółmi.

Możemy z wypiekami na twarzy opowiadać o losach naszych podopiecznych, ich talentach, osiągnięciach, porażkach i podnoszeniu się z choroby. Stowarzyszenie w miarę swoich możliwości finansowych tworzy możliwość zatrudniania osób niepełnosprawnych, wraz z utworzeniem Centrum Integracji Społecznej działalność ta będzie znacznie aktywniejsza.

Z radością zauważamy dobry klimat w naszej społeczności. Nastąpiła kolosalna zmiana w postrzeganiu problemów psychiatrii, osób leczonych psychiatrycznie, zabezpieczaniu ich potrzeb. Początki nie były łatwe, ale po latach upartej pracy, pozyskiwania sojuszników, ustawicznej edukacji, działań poprzez przykład i wspólne obcowanie, przekonywania do idei psychiatrii środowiskowej widzimy postęp. Przyczynili się do tego sami pacjenci – chętnie brali czynny udział w rozlicznych imprezach, wydarzeniach i spotkaniach w ramach programów unijnych w Ośrodkach Pomocy Społecznej, czy Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie. Osoby chore psychicznie nie żyją z etykietką „nienormalnego", „tego co ma coś z głową" itp. Nie są stygmatyzowane.

Mamy nadzieję, że organizowanie lokalnego systemu psychiatrii środowiskowej nie będzie zależało od liderów politycznych ugrupowań, klimatów, układów i ludzi, którzy się zmieniają na swoich stanowiskach. Wierzymy, że za sprawą Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, który okrzepnie, nabierze rozpędu i władze na wszystkich szczeblach od parlamentarzystów począwszy będą realizować swoje zadania wobec obywateli, a my profesjonaliści wypełnimy je treścią.

strona internetowa: http://www.feniks.kolobrzeg.pl/
kontakt: fenikskg@op.pl

4.4.12. Lublin: lokalna opieka środowiskowa

Artur Kochański
Lubelskie Stowarzyszenie Ochrony Zdrowia Psychicznego

Lubelska opieka środowiskowa to coraz sprawniej działający system współpracujących ze sobą organizacji i instytucji, którego celem jest towarzyszenie osobie z zaburzeniami psychicznymi na różnych etapach zdrowienia i usprawniania aż do osiągnięcia możliwie najlepszego poziomu osobistego i społecznego funkcjonowania. Znajdziemy w tym systemie jednostki miejskiego samo-

rządu, placówki służby zdrowia, pomocy społecznej a także podmioty rynku pracy i organizacje pozarządowe.

Urząd Miasta bierze udział w systemie poprzez:
- Wiceprezydenta Miasta Lublin ds. Zdrowia i Pomocy Społecznej,
- Miejski Zespół Koordynujący Wdrażanie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego,
- Wydział Zdrowia i Pomocy Społecznej Urzędu Miasta Lublin, a w nim wieloosobowe stanowisko ds. promocji i ochrony zdrowia psychicznego,
- Centrum Interwencji Kryzysowej,
- Ośrodek Informacji Osób Niepełnosprawnych.

Służbę zdrowia reprezentują:
- Katedra i Klinika Psychiatrii SPSK Nr 1w Lublinie,
- Szpital Neuropsychiatryczny w Lublinie,
- 3 lubelskie oddziały dzienne,
- 6 zespołów leczenia środowiskowego (spośród 7 działających w Lublinie),
- 6 poradni zdrowia psychicznego (spośród 14 w Lublinie),
- Lubelski Związek Lekarzy Rodzinnych – Pracodawców.

Spośród **jednostek pomocy społecznej** znajdujemy:
- Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie a w nim: sekcje pracy socjalnej i mieszkania chronione funkcjonujące w prowadzonym przez Miasto Lublin DPS im. Błogosławionego Jana Pawła II, dla osób przewlekle somatycznie chorych,
- Specjalistyczną Poradnię dla Rodzin,
- Zespół Dziennych Ośrodków Wsparcia, który prowadzi: środowiskowy dom samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi, kluby seniora, kluby samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Rynek pracy w systemie lubelskim reprezentują:
- Miejski Urząd Pracy w Lublinie,
- *CONSULTOR* Sp. z o.o.,
- ZPCH ROKA.

Bardzo ważną rolę w systemie opieki środowiskowej na terenie Lublina odgrywają **organizacje pozarządowe**:
- Lubelskie Stowarzyszenie Ochrony Zdrowia Psychicznego,
- Charytatywne Stowarzyszenie Niesienia Pomocy Chorym *MISERICORDIA,*
- Lubelskie Stowarzyszenie Rodzin *Zdrowie Psychiczne,*
- Lubelskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie,
- Fundacja *ALFA* działająca na rzecz osób z autyzmem,
- Fundacja *FUGA MUNDI*, która prowadzi Agencję Zatrudnienia dla Osób Niepełnosprawnych,



– Fundacja Inicjatyw Menedżerskich, realizująca projekty aktywizacji społecznej i zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi.

Lubelskie Stowarzyszenie Ochrony Zdrowia Psychicznego prowadzi aktualnie:

– *Ex CORDIS* Ośrodek Psychiatrii Środowiskowej i Psychoterapii a w nim: zespół leczenia środowiskowego i 2 dzienne oddziały psychiatryczne,
– Środowiskowy dom samopomocy *Serce,*
– działający w godzinach popołudniowych Ośrodek Wsparcia *Serce,*
– specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
– projekt *Przyjazny Świat* realizowany w partnerstwie z Fundacją Inicjatyw Menedżerskich – finansowany ze środków UE, przyznanych przez Wojewódzki Urząd Pracy w Lublinie. Projekt zakłada objęcie indywidualną opieką 80 osób z zaburzeniami psychicznymi, w wieku 15 – 25 lat, z terenu województwa lubelskiego. Opieka ta ma służyć poprawie efektywności leczenia oraz pomocy w powrocie do aktywnego życia społecznego, w tym kontynuacji nauki bądź aktywizacji zawodowej. W projekcie pracuje z pacjentami 40 terapeutów – opiekunów, zatrudnionych w powiatowych ośrodkach wsparcia oraz 10 lekarzy psychiatrów – konsultantów, zatrudnionych w Klinice Psychiatrii UM w Lublinie. W projekcie uczestniczą w sposób pośredni pracownicy socjalni, nauczyciele szkół i uczelni oraz pracownicy urzędów i zakładów pracy, do których dotrze terapeuta wraz ze swym podopiecznym,
– Projekt *Przedsiębiorczy start* – partnerstwo z CONSULTOR Sp. z o.o.,
– Partnerstwo ze Stowarzyszeniem Albatros z Berlina,
– Projekt *Powrót do samodzielności* finansowany ze środków PFRON.

Charytatywne Stowarzyszenie Niesienia Pomocy Chorym *MISERICORDIA* działa poprzez:

– Środowiskowy dom samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
– Klub samopomocy,
– Dom grupowy i mieszkania chronione,
– Warsztat terapii zajęciowej,
– Zakład aktywności zawodowej.

Na uwagę zasługuje szczególny rodzaj partnerstwa publiczno-społecznego, jakim jest funkcjonalne **Centrum Zdrowia Psychicznego** tworzone przez I i II Klinikę Psychiatrii SPSK Nr 1 i Lubelskie Stowarzyszenie Ochrony Zdrowia Psychicznego. Klinika „wnosi" do Centrum: oddziały stacjonarne i poradnię zdrowia psychicznego, natomiast Stowarzyszenie oddziały dzienne i zespół leczenia środowiskowego działające w ramach Ex CORDIS Ośrodka Psychiatrii Środowiskowej i Psychoterapii. Dzięki połączeniu obu placówek pacjenci mogą korzystać z form

terapii najbardziej odpowiadających ich potrzebom – w ostrym stanie psychicznym są przyjmowani do oddziału stacjonarnego, aby możliwie szybko dostać się następnie do oddziału dziennego a dalej do poradni zdrowia psychicznego, bezpośrednio bądź za pośrednictwem zespołu leczenia środowiskowego, który świadczy pomoc terapeutyczną psychiatry, psychologa, pielęgniarki i terapeuty środowiskowego w ramach wizyt domowych – przeznaczony jest tym samym dla pacjentów, którzy wymagają kompleksowego postępowania terapeutycznego a nie są w stanie korzystać z niego poza miejscem zamieszkania z powodu przewlekłej, ciężko przebiegającej choroby psychicznej a często wobec takiego leczenia wykazują bierny lub czynny opór. Część pacjentów korzystając z oddziału dziennego lub zespołu leczenia środowiskowego, uniknąć może z kolei hospitalizacji całodobowej. Pacjenci będący pod opieką Centrum Zdrowia Psychicznego, korzystają kolejno lub równolegle z oddziaływań rehabilitacyjnych w dostępnych w Lubelskim Stowarzyszeniu Ochrony Zdrowia Psychicznego formach aktywizacji społecznej i zawodowej.

Lubelską specjalnością stało się w ostatnich latach mieszkalnictwo chronione dla osób z zaburzeniami psychicznymi – 39 miejsc w mieszkaniach prowadzonych przez Miasto Lublin i 21 w domu grupowym i mieszkaniach Stowarzyszenia MISERICORDIA stwarza znaczącą dostępność dla potrzebujących tej formy opieki mieszkańców Lublina.

Innym naszym osiągnięciem a jednocześnie potwierdzeniem gotowości uczestnictwa w systemie opieki środowiskowej na terenie Lublina, jest podpisane wiosną 2013 roku ***Lubelskie Porozumienie na Rzecz Zdrowia Psychicznego.*** Jak czytamy w treści:

1. Porozumienie niniejsze zostaje zawarte w celu podejmowania wspólnych działań na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi, których celem jest właściwe zabezpieczenie potrzeb mieszkańców Miasta Lublin w zakresie ochrony zdrowia psychicznego.

2. Działania podejmowane przez partnerów dotyczyć będą w szczególności:

– promowania nowoczesnego modelu opieki psychiatrycznej w oparciu o ideę psychiatrii środowiskowej;
– budowania zasad współpracy pomiędzy instytucjami działającymi na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi;
– stworzenia standardów leczenia, wsparcia, opieki oraz rehabilitacji społecznej i zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi;
– tworzenia systemu informacji i komunikacji o dostępnych formach pomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin na terenie Miasta Lublin;



– przeciwdziałania dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi;
– stałego monitorowania potrzeb i ewaluacji systemu wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Porozumienie to – to jeden z owoców polsko-niemieckiego projektu, realizowanego w okresie od listopada 2011 do kwietnia 2013 roku w partnerstwie Stowarzyszenia Albatros z Berlina i Lubelskiego Stowarzyszenia Ochrony Zdrowia Psychicznego. Zostało podpisane przez przedstawicieli 23 podmiotów reprezentujących Urząd Miasta Lublin, ważne placówki psychiatrycznej opieki zdrowotnej, Lubelski Związek Lekarzy Rodzinnych, jednostki pomocy społecznej, podmioty rynku pracy oraz organizacje pozarządowe.

Innym efektem projektu jest Punkt Informacyjno-Konsultacyjny (PIK) dla każdej osoby prywatnej lub instytucji poszukującej pomocy w zakresie leczenia i rehabilitacji zaburzeń psychicznych na terenie Lublina. PIK funkcjonuje nadal przy Lubelskim Stowarzyszeniu Ochrony Zdrowia Psychicznego, zyskał finansowanie z Regionalnego Ośrodka Pomocy Społecznej i działa obecnie na terenie całego województwa. Lubelskie Porozumienie na Rzecz Zdrowia Psychicznego było dotychczas koordynowane przez Lubelskie Stowarzyszenie Ochrony Zdrowia Psychicznego, ale koordynacja ta jest w trakcie przekazywania do Wydziału Zdrowia Urzędu Miasta Lublin.

Trwają prace nad uzupełnianiem systemu lubelskiej opieki środowiskowej. Lubelskie Stowarzyszenie Ochrony Zdrowia Psychicznego w partnerstwie z CONSULTOR Sp. z o.o., realizuje projekt finansowany ze środków UE, przyznanych przez Wojewódzki Urząd Pracy w Lublinie, na tworzenie trzech spółdzielni socjalnych, gdzie znajdzie zatrudnienie na terenie Lublina 22 osoby niepełnosprawne, w tym 19 chorujących psychicznie. Tuż po sądowej rejestracji jest z kolei Lubelskie Stowarzyszenie JESTEŚMY, zrzeszające osoby po kryzysach psychicznych. Rzec by można – projekty te są nie tylko ważnym uzupełnieniem, ale szczególnym potwierdzeniem dojrzałości lubelskiego sytemu opieki środowiskowej.

Opieka środowiskowa na terenie Lublina jest wspierana przez samorząd województwa i administrację rządową. Szczególnie aktywny udział z ramienia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubelskiego bierze Regionalny Ośrodek Polityki Zdrowotnej, który w ramach swoich działań nie tylko aktywnie wpływa na politykę w zakresie zdrowia psychicznego, ale również szkoli kadry instytucji pomocy społecznej i finansuje rehabilitację osób niepełnosprawnych psychicznie. Ze środków i przy merytorycznej współpracy z ROPS organizowane są od 2009 roku Lubelskie Fora Psychiatrii Środowiskowej, gdzie nad najbardziej ważkimi problemami współczesnej opieki psychiatrycznej dysku-

tują osoby dotknięte kryzysami psychicznymi, ich rodziny i profesjonaliści.

Lubelski Urząd Wojewódzki przyznaje i sprawuje merytoryczny i finansowy nadzór nad właściwym wykorzystaniem środków budżetu państwa przeznaczonych na pomoc dla osób z zaburzeniami psychicznymi w formie środowiskowych domów samopomocy, klubów samopomocy czy specjalistycznych usług opiekuńczych.

Różnorodne źródła finansowania stwarzają możliwości, ale i konieczność ich aktywnego poszukiwania i koordynowania wydatków. Lubelskie Stowarzyszenie Ochrony Zdrowia Psychicznego działające od 23 lat, może stanowić przykład podmiotu o bogatej ofercie pomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi, ale jakże skomplikowanym systemie finansowania. Wszystkie organizacje pozarządowe, bez których trudno wyobrazić sobie jakikolwiek system opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi w naszym kraju, a szczególnie te nowo powoływane, potrzebują jednak podstawowego zabezpieczenia finansowego, które zapewni bieżącą egzystencję i da możliwość starania się o środki na realizację projektów, które i tak rzadko zapewniają wystarczającą stabilność i poczucie finansowego bezpieczeństwa.

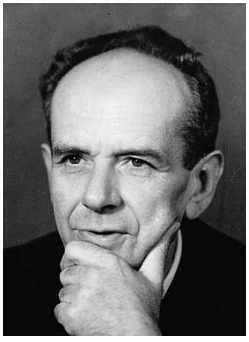
Zasadniczym celem funkcjonowania wszystkich wymienionych wyżej jednostek, struktur i porozumień jest optymalne wykorzystanie ludzkiej energii i zasobów finansowych dla dobra osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi. Działania prowadzone w ramach różnorodnych programów terapeutycznych czy rehabilitacyjnych wiążą i przenikają się wzajemnie łącząc ludzi pomagających i wymagających pomocy.

To co łączy wszystkie wymienione podsystemy to zaangażowane i świadome swojej roli osoby, wrażliwe i uważne na bieżące potrzeby chorych, które inicjują programy terapeutyczne i rehabilitacyjne, dbają o jakość swojej pracy i właściwe wykorzystanie środków. Osoby takie tworzą właściwe środowisko zdrowienia i aktywizacji. Są gotowe organizować pomoc w ramach różnorodnych projektów terapeutycznych nawet bez zagwarantowanej stabilności finansowej. Bez tych osób, instytucje z najlepszymi nawet celami i bazą materialną nie są w stanie efektywnie realizować swojego posłannictwa.

strona internetowa: http://www.lsozp.org/
kontakt: poczta@lsozp.org

4.4. 13. Kraków: środowiskowy system i program leczenia osób chorujących na psychozy

Anna Bielańska
Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej, Kraków



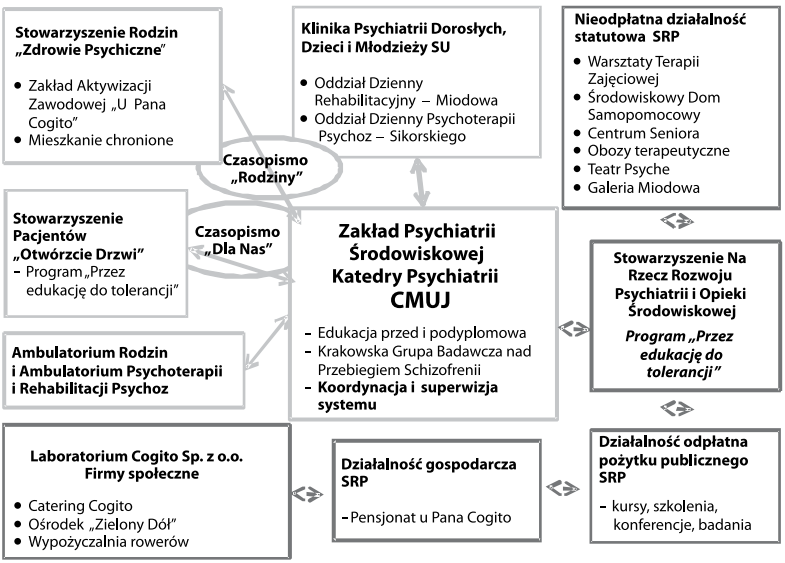
Zintegrowany, środowiskowy system leczenia i rehabilitacji osób chorujących na psychozy z kręgu schizofrenii został rozwinięty w Krakowie w połowie lat 70. To była owocna próba wcielenia w codzienną praktykę humanistycznych idei Antoniego Kępińskiego, idei leczenia zorientowanego na osobę i pobudzającego proces zdrowienia [Cechnicki, 2009; Cechnicki i Bielańska, 2008]. Jesteśmy przekonani, że w polskiej psychiatrii powinien nastąpić powrót do humanistycznego podejścia w duchu Antoniego Kępińskiego i pogłębienie wrażliwości na fundamentalne potrzeby pacjentów i ich rodzin, a krakowski program stanowi wartościową inspirację dla Narodowego Programu Leczenia Psychoz Schizofrenicznych na wzór podobnych np. fińskich projektów Alanena i współpracowników [Cechnicki, 2011].

System rozwijał się stopniowo przenosząc w sieć środowiskowych ośrodków – psychoterapeutyczny program leczenia rozwinięty pierwotnie na stacjonarnym oddziale pierwszego epizodu. Był tak pomyślany, aby mógł objąć różnorodne potrzeby osób chorujących oraz ich rodzin w całej historii życia do późnej starości. Jest programem medyczno-społecznym. Pierwsze dwieście wizyt domowych otworzyło drogę do współpracy z rodziną i Poradni Rodzin. Równolegle rozbudowane zostało Ambulatorium Psychoterapii i Rehabilitacji Psychoz, powstawały oddziały dzienne, hostel terapeutyczny oraz obozy terapeutyczne i treningowo-rehabilitacyjne. Obozy terapeutyczne były szczególną formą przeniesienia całego oddziału stacjonarnego w pozainstytucjonalny kontekst terapii [Cechnicki i in., 1999].

Potrzeba rehabilitacji i brak pracy dla osób chorujących psychicznie zaangażował zespół do stworzenia Warsztatów Terapii Zajęciowej, a w następnym kroku ZAZ *U Pana Cogito*. Pensjonat i Restauracja powstały w ścisłej współpracy

ze Stowarzyszeniem Rodzin *Zdrowie Psychiczne*. Ogniwem najdalej związanym z lokalnym środowiskiem jest spółka społeczna Laboratorium Cogito, która prowadzi działalność gospodarczą w postaci firm społecznych *U Pana Cogito* i *Catering Cogito*. Dochody muszą utrzymać miejsca pracy w rywalizacji z otwartym rynkiem a ewentualne nadwyżki są solidarnie przeznaczane na wsparcie programów rehabilitacyjnych: obozów terapeutycznych, galerii malarskiej *Miodowa*, Teatru *Psyche*, czasopisma *Dla Nas* i *Rodziny*. System dopełniają Środowiskowy Dom Samopomocy i Centrum Seniora, które obejmuje opieką rozszerzający się gwałtownie krąg osób chorujących psychicznie w starszym wieku. Centrum Seniora niestety od czterech lat nie ma stałego finansowania ze strony gminy i jest utrzymywane przez Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej we współpracy ze Stowarzyszeniem Rodzin *Zdrowie Psychiczne*. Ostatecznie system jest koordynowany i superwizowany przez Zakład Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii CMUJ we współpracy z trzema organizacjami pozarządowymi – Profesjonalistów, Rodzin i Pacjentów. To praktyczne, oparte o wspólne zadanie wcielenie idei trialogu. W ten oto sposób powstał świat ludzkich więzi tworzący „kulturę spotkania", całościowy program dla osób chorujących psychicznie ***Żyć, mieszkać, leczyć się i pracować w lokalnej wspólnocie*** uczący Kraków, że kształtowanie takiej wspólnoty jest możliwe i wzbogacające obie strony [Cechnicki, 2009, 2011; Cechnicki i Bielańska, 2008].

Rycina 5. Świat ludzkich więzi tworzących system realizujący „kulturę spotkania".



Obok opieki, wsparcia i poradnictwa, we wszystkich połączonych w sieć instytucjach rozwinięto podobne formy psychoterapii psychoz: indywidualną, grupową, terapię rodzin, społeczność terapeutyczną, psychoedukację i treningi społecznych i zawodowych kompetencji. **Relacja terapeutyczna** była, jest i pozostanie zasadniczym elementem leczenia, a idea kontynuacji, ciągłości leczenia dotyczy nie tylko terapii indywidualnej, ale i grupowej [Bielańska, 2006; Bielańska i Cechnicki 2004]. **Grupa terapeutyczna** jest istotną formą terapii zarówno w oddziałach dziennych jak i w wieloletnim programie ambulatoryjnym. **Rodzina** od początku leczenia włączana jest do współpracy przez możliwość uczestniczenia w konsultacjach, grupie wielorodzinnej lub spotkaniach indywidualnych całej rodziny.

Od 1985 roku prowadzony jest prospektywny program badań nad przebiegiem, prognozą i wynikami leczenia osób z diagnozą schizofrenii: *Schizofrenia – proces wielowymiarowy* [Cechnicki, 2013, Cechnicki i Kaszyński, 2000; Cechnicki i in., 2013 a i b, Błądzinski i in., 2013].

Integracja dydaktyki przed i podyplomowej, programu badawczego do którego włączone są wszystkie instytucje i zespoły gwarantuje szersze spektrum i wiarygodność działań Krakowski zintegrowany system leczenia, rehabilitacji i badań nad schizofrenią jest regularnie superwizowany i zarządzany przez grupę liderów. Nieocenioną wartością jest współpraca trzech organizacji pozarządowych zaangażowanych w program. Stowarzyszenie Rodzin jest współwłaścicielem ośrodków, a członkowie Stowarzyszeniem Beneficjentów *Otwórzcie Drzwi* są włączeni w program edukacyjny. Regularnie biorą udział w zajęciach dla studentów medycyny, psychologii, pracowników pomocy społecznej, lekarzy rodzinnych, kleryków itp. Występują wraz z wykładowcami dzieląc się doświadczeniem choroby psychicznej i refleksją nad procesem zdrowienia [Cechnicki i Liberadzka, 2012].

Trzeba podkreślić, iż cały ten kompleksowy system leczenia i rehabilitacji osób chorujących na schizofrenię jest nastawiony na **zdrowienie,** co oznacza nie tylko walkę z objawami choroby, ale równolegle szukanie zasobów, możliwości rozwoju osoby chorującej, by po przeżytej psychozie mogła powrócić do własnego środowiska, podjęła naukę lub pracę, znalazła swoje miejsce w życiu lokalnej wspólnoty.

strona internetowa: www.stowarzyszenie-rozwoju.eu
kontakt: biuro@stowarzyszenie-rozwoju.eu

Streszczenie

Monografia omawia szereg zagadnień związanych z ochroną zdrowia psychicznego w Polsce. Punktem wyjścia jest szkic globalnych problemów dotyczących zdrowia psychicznego we współczesnym świecie oraz zestawienie najważniejszych dokumentów międzynarodowych, ukazujących kierunki i priorytety ważne ich rozwiązywania. W kolejnych częściach autorzy koncentrują się na przedstawieniu systemu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce – najpierw na zestawieniu jego aktualnego stanu i pilnych potrzeb, następnie na wskazaniu zadań i stanu realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, planu systemowych rozwiązań reformujących miejsce ochrony zdrowia psychicznego w polityce społecznej państwa, a wreszcie – na dyskusji barier opóźniających bądź blokujących jego urzeczywistnianie. W ostatniej części przedstawiono przykłady dobrych i wartych upowszechniania praktyk w dziedzinie ochronie zdrowia psychicznego, które powstały w wyniku obywatelskiej aktywności osób, organizacji i instytucji działających w różnych środowiskach lokalnych.

W części zatytułowanej ***Zdrowie psychiczne we współczesnym świecie*****, Tomasz Szafrański** przekonuje, że patrząc z perspektywy globalnej, można dostrzec bardzo zróżnicowany, ale w zasadzie wszędzie niezadowalający stan ochrony zdrowia psychicznego. Coraz lepiej rozpoznawany rozmiar potrzeb (w tym znaczny udział potrzeb niezaspokojonych) populacji w tym zakresie, coraz lepiej rozumiana wartość zdrowia psychicznego, ale i ryzyka szkód niesionych przez jego niedostatek, jaskrawo kontrastują z zaniedbaniami w zakresie podejmowania właściwej polityki zdrowotnej, niezbędnych reform oraz właściwego inwestowania i finansowania ochrony zdrowia psychicznego. Niestety w większości mniej zamożnych państw, skala zaniechań jest znaczna i pozwala na formułowania diagnozy zbliżania się do stanu „klęski humanitaryzmu". Nawet w krajach, w których potrzebne działania zostały podjęte, skala niezaspokojonych potrzeb stanowi nadal istotne wyzwanie. Trudność polega, bowiem nie tylko na niedostatku politycznej woli reformy czy trudności wyposażenia jej w środki inwestycyjne. Wynika ona także z różnorodności i zasięgu oddziaływania zaburzeń zdrowia psychicznego na sytuację osób, rodzin, grup i populacji. Przeciwdziałanie problemom za pomocą zbyt wąsko i jednostronnie projektowanych instytucji czy kompetencji specjalistycznych okazuje się mało skuteczne. Bardziej skuteczny jest sposób działania, w którym koordynowany wysiłek odpowiednio zróżnicowanych instytucji i kompetencji dopełnia solidarna aktywność lokalnych wspólnot społecznych, oferujących pomoc i wsparcie wolne od uprzedzeń i wykluczających praktyk. Jest to istota tzw. środowiskowego modelu ochrony zdrowia psychicznego.

W kolejnej części poświęconej ***Ochronie zdrowia psychicznego w dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia,*** **Paulina Miśkiewicz**, Dyrektor Biura tej organizacji w Polsce ukazuje rosnący udział problematyki zdrowia psychicznego w jej aktywności programowej. Bliżej charakteryzuje zwłaszcza cztery najważniejsze dokumenty. *Raport o zdrowiu psychicznym* z 2001 roku po raz pierwszy ukazał w tak całościowej i udokumentowanej postaci konsekwencje i koszty jego zaniedbywania, a także wskazał na palącą konieczność nowego zrozumienia rangi zdrowia psychicznego i wskazania nowej nadziei na rozwiązywanie jego problemów. Z kolei, w podpisanej w 2005 roku *Deklaracji Helsińskiej,* państwa europejskie, w tym Polska, podjęły zobowiązanie do stopniowej realizacji szeregu działań na rzecz oczekiwanej zmiany polityki zdrowotnej wobec zagadnień zdrowia psychicznego w swoich krajach, wśród nich na rzecz jego promocji i prewencji, przeciwdziałania nierówności i wykluczeniu osób chorujących psychicznie, oraz zapewnienia im nowoczesnych, wielostronnych i skoordynowanych, środowiskowych form leczenia i wsparcia. Te zobowiązania przypomniano i zaktualizowano następnie w roku 2013 w globalnym i europejskim *Planach Działania* wytyczających zadania na lata 2013-2020. W planie europejskim postuluje się trzech główne wartości orientujące budowanie systemów ochrony zdrowia psychicznego. Są to: sprawiedliwość działania, upełnomocnienie osób korzystających z systemu oraz bezpieczeństwo i efektywność proponowanej pomocy. Potwierdzono znaczenie i celowość budowania środowiskowych rozwiązań organizacyjnych.

W części zatytułowanej ***Unia Europejska wobec zdrowia psychicznego,*** **Jacek Moskalewicz** przedstawia ważniejsze dokumenty UE orientujące działania na rzecz zmiany miejsca zdrowia psychicznego i jego zaburzeń w polityce zdrowotnej państw członkowskich. Pierwszym obszerniejszym opracowaniem była ***Zielona Księga*** z roku 2005, wytyczająca zarys strategii oraz propozycje rozwiązań. Jej konsekwencja w postaci ***Paktu*** na rzecz zdrowia psychicznego z 2008, formułowała już zalecenia i priorytety. Cytując aktualne dane na temat dostępności hospitalizacji psychiatrycznej w krajach UE, autor wyraża opinię o złożoności problemu, różnorodności sytuacji i zagrożeń w różnych krajach, oraz o niejednakowych, lecz w ogólności niedostatecznych wysiłkach na rzecz ich rozwiązywania. Stąd kolejna inicjatywa UE w postaci ***Wspólnej Akcji*** z 2011 przewidującej koordynację działań między państwami, ale przede wszystkim podejmowanie wielosektorowej polityki wewnętrznej, realizującej ideę „zdrowie psychiczne we wszystkim", zalecającej konieczność uwzględniania problemów zdrowia psychicznego we wszystkich dziedzinach życia społecznego, a także dostrzeżenie szybko rosnących kosztów zaniedbań obciążających już nie tylko system ochrony zdrowia, lecz także cały rozwój społeczny i gospodarczy.

Stan i pilne potrzeby – w czwartej części monografii, kilku autorów przedstawia aktualną charakterystykę zasobów i potrzeb polskiego systemu ochrony zdrowia

psychicznego. W rozdziale poświęconym ***Promocji zdrowia psychicznego***, **Krzysztof Ostaszewski** przedstawia jej ledwie raczkujący stan w Polsce i wskazuje na potrzebę odchodzenia od przypadkowych działań na rzecz wypracowania zgodnych ze znanymi priorytetami, sprawdzonych i efektywnych działań promujących zdrowia psychiczne tak, by zdecydowanie podnieść jakość, zasięg i ekonomiczną opłacalność inwestowania w tej dziedzinie. W rozdziale poświęconym celom i formom ***Prewencji zdrowia psychicznego***, **Daria Biechowska** wskazuje na możliwości zapobiegania zaburzeniom psychicznym stwierdzając jednak, że w Polsce w tym zakresie wszystko jest jeszcze do zrobienia, ponieważ praktycznie nie zainicjowano dotąd przemyślanych, systemowych działań tego typu. W przejmującym rozdziale poświęconym ***Poszanowaniu praw i godności chorujących***, **Anna Liberadzka** na podstawie badań i doświadczeń formułuje przekonanie, że w Polsce one szanowane nie są. Wskazuje przy tym na liczne przykłady nierówności zapisanych w przepisach prawa, na stereotypy i uprzedzenia widoczne w badaniach opinii publicznej, a także na przykłady poniżającego traktowania i niegodziwych warunków leczenia czasem opisywane w mediach. Zarazem autorka dostrzega nieśmiałe zaczątki zmiany – pojawienie się przestrzeni dla rozmowy i wzajemności. Ich rozwój wymaga podjęcia solidnego inwestowania w edukację społeczną, przeciwwagę dla rozpowszechnionej ignorancji. **Wanda Langiewicz** zestawia podstawowe informacje o dostępnych zasobach ***Systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej***. Podsumowując, wskazuje na jego niewielka skuteczność i sprawność wynikającą z ograniczonej dostępności oraz nierównomiernego rozmieszczenia wielu form pomocy. Są też one mało kompleksowe, słabo zintegrowane i koordynowane, a ponadto – niedostatecznie oraz nieadekwatnie finansowane. Całość wskazuje na pilna potrzebę gruntownej, systemowej reformy lecznictwa psychiatrycznego, według propozycji modelu środowiskowego. W opinii **Pawła Bronowskiego**, ***System oparcia społecznego*** działa w sposób bardziej skuteczny, ponieważ w ostatnich dekadach udało się uruchomić szereg inicjatyw – instytucjonalnych i obywatelskich – oferujących różne formy pomocy społecznej i wsparcia środowiskowego. Konieczne jest jednak zapewnienie im warunków dalszego rozwoju poprzez: zwiększanie dostępności, różnicowanie form pomocy i wspierania, stabilizację finansowania oraz szeroki program szkolenia i podnoszenia kwalifikacji. Konieczna jest też radykalna poprawa mocno kulejącej koordynacji działań systemów pomocy społecznej i opieki zdrowotnej. W kolejnym rozdziale, **Hubert Kaszyński** opisuje zasoby i potrzeby ***Systemu uczestnictwa społeczno-zawodowego***, wskazując zarówno na komplementarność łatwiej dostępnych form tzw. aktywizacji i rehabilitacji zawodowej (np. warsztaty terapii zajęciowej) oraz powstających już lecz jednak ciągle zbyt nieśmiało form zatrudniania osób zdrowiejących po kryzysach psychicznych na chronionym (zakłady aktywizacji zawodowej) lub otwartym rynku pracy (przedsiębiorczość społeczna). Temat ten na świecie stosunkowo niedawno dostrzeżony

i doceniony stał się jednym z ważnych wyzwań dla przyszłości. W Polsce dostrzeżenie opłacalności tego rodzaju inwestycji odkryto już wprawdzie, lecz jego uznanie jest jeszcze przed nami. W ostatnim rozdziale tej części Paweł **Mierzejewski** przedstawia stan i potrzeby ***Informatyzacji i nauki w obszarze zdrowia psychicznego***. Zebrane informacje wskazują, że oba te zakresy aktywności publicznej nie zawierają celów ukierunkowanych swoiście gromadzenie rzetelnej wiedzy o zdrowiu psychicznym. Istniejące systemy gromadzenia informacji o ochronie zdrowia psychicznego posługują się mało nowoczesnymi narzędziami, a planowana cyfryzacja nie zawiera żadnych odniesień do specyfiki informacji z dziedziny zdrowia psychicznego. Badania naukowe nad zdrowiem psychicznym nie znalazły się dotąd wśród priorytetowych tematów wskazywanych przez instytucje finansujące naukę. Prowadzone w Polsce badania nie podlegają żadnej przemyślanej strategii wiążącej ich cele z praktycznymi potrzebami systemu ochrony zdrowia psychicznego i priorytetami zdrowia publicznego.

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Przedstawione informacje o zasobach i potrzebach systemu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce opisują sytuację, w której zmiana rangi zdrowia psychicznego w polityce zdrowotnej i społeczną, oraz gruntowna i systemowa przebudowa systemu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce wydawały się nieodzowne i pilne. Odpowiedzią na to wyzwanie jest uchwalony w 2008 r., a wdrażany od 2011 r. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP). Poświęcona mu część składa się z dwóch głosów. **Jacek Wciórka** przypomina ***Motywy, cele i priorytety*** tego Programu. Wśród motywów wymienia konieczność zaliczenia zdrowia psychicznego do priorytetowych wartości publicznych, co zwiększy świadomość społeczną zagrożeń i potrzeb, utrudni ich notoryczne przemilczanie i lekceważenie skutkujące m. in. naruszaniem gwarancji, jakich osobom z problemami zdrowia psychicznego udziela polskie prawo. Ponadto, lecznictwo psychiatryczne wymaga reformy według zasad modelu środowiskowego, która może przynieść wydatną poprawę dostępności, jakości i efektywności leczenia, godziwości oferowanych warunków leczenia, a także skoordynowania działań lecznictwa z działaniami innych udziałowców systemu ochrony zdrowia psychicznego. Program wytycza trzy strategiczne cele: (1) promocję zdrowia psychicznego i zapobieganie jego zaburzeniom, (2) reformę systemu pomocy (lecznictwa, oparcia społecznego i uczestnictwa społeczno-zawodowego) osobom chorującym psychicznie oraz (3) gromadzenie systematycznej wiedzy z dziedziny zdrowia psychicznego. Cele te są rozpisane na szereg celów szczegółowych, a te – na konkretne zadania o jasno określonych terminach i wskaźnikach realizacji. Na podstawie niemal trzyletniej obserwacji realizacji Programu autor wylicza dziesięć priorytetów, których stopniowe, wytrwałe osiąganie byłoby ważne dla osiągnięcia jego celów w przyszłości. Realizacja programu nie

przebiega jednak zgodnie z zaplanowanym harmonogramem, w związku z czym **Andrzej Cechnicki** w rozdziale zatytułowanym ***Realizacja do 2013 i dalsza perspektywa*** krytycznie analizuje przyczyny obserwowanych opóźnienia i zaniechań, oraz wskazuje na działania naprawcze konieczne w tej kryzysowej sytuacji, w tym: na ponowne podjęcie przez państwo realnej odpowiedzialności za modernizację lecznictwa psychiatrycznego i ochronę zdrowia psychicznego, na wydłużenie czasu realizacji Programu oraz na zapewnienie mu realistycznego finansowania. Szczególne zadanie stymulowania i monitorowania tych działań autor jest skłonny powierzyć powoływanej właśnie ogólnopolskiej organizacji pozarządowej pod nazwą „Porozumienia na rzecz Realizacji NPOZP", skupiającej organizacje, grupy i osoby deklarujące akceptację Programu oraz gotowe do angażowania się w jego urzeczywistnienie.

Bariery*.** W czwartej część książki autorzy dyskutują bariery utrudniające realizację NPOZP. Ich omawianie rozpoczyna **Piotr Świtaj** opisując wpływ, jaki na realizację Programu mogą wywierać nieprzezwyciężone negatywne uprzedzenia i stereotypy osadzone w sferze *Wartości i świadomości społecznej*. Widomym ich świadectwem jest nie tylko rozpowszechniona gotowość do indywidualnej stygmatyzacji osób cierpiących na zaburzenia psychiczne, lecz także przyzwolenie lub tolerowanie strukturalnych uprzedzeń i nierówności zapisanych w niektórych przepisach prawa, w postawach społecznych i w deprecjonujących wzorach kulturowych. Ich wpływ niezwykle łatwo przenoszony jest na całość zagadnień związanych z funkcjonowaniem systemy ochrony zdrowia psychicznego i na podejmowane próby jego zmiany. Omawiając ***Bariery polityczne, **Marek Balicki** ukazuje negatywne konsekwencje niskiego wartościowania zagadnień zdrowia psychicznego dla decyzji i działań politycznych zmierzających do zmiany systemu jego ochrony. Ułatwiają one rezygnację z realnej odpowiedzialności za tę ważną sferę zdrowia publicznego, odsuwanie zaburzeń psychicznych w populacji na dalszy plan wśród priorytetów zdrowotnych samorz[a]dów i państwa, zaniedbywanie organizacyjnych i finansowych potrzeb lecznictwa, rezygnację z aktywnego zarządzenie samym programem. Autor proponuje najważniejsze środki służące zmianie tego stany rzeczy. W kolejnym rozdziale zatytułowanym ***Finansowanie (na przykładzie uwarunkowań Mazowsza***)**, Dariusz Hajdukiewicz** przedstawia bariery związane niedostatecznym finansowaniem Programu. Dyskutuje kolejno ogólne trudności finansowania zamierzeń programowych występujące po stronie samorządów, po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia oraz po stronie Ministra Zdrowia, a na zakończenie ilustruje je konkretnymi przykładami trudności napotykanych w województwie mazowieckim. W ostatnim rozdziale tej części poświęconym ***Barierom instytucjonalnym*, Maria Załuska** wskazuje na rolę niedostatecznej koordynacji zadań programowych, na niedobór koniecznych placówek, na trudności w ich re-

strukturyzacji oraz właściwej alokacji finansowania, na niedostateczną integrację działania istniejących placówek oraz na niedostateczną informację o lokalnej dostępności różnych świadczeń.

Dobre praktyki. Ostatnia część monografii zawiera kilkanaście przykładów dobrej praktyki w ochronie zdrowia psychicznego zainicjowanych w Polsce i wartych upowszechnienia. Pierwszą grupę stanowią obywatelskie inicjatywy organizacji pozarządowych, przemawiających własnym głosem w sprawach istotnych z punktu widzenia osób korzystających z systemu ochrony zdrowia psychicznego. **Barbara Banaś** w rozdziale ***Kraków: Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi"*** przedstawia pionierskie działania organizacji pozarządowej, skupiającej osoby zdrowiejące po poważnych kryzysach psychicznych, które poprzez różnorodne formy efektywnej aktywności samopomocowej, edukacyjnej, medialnej i publicznej, skutecznie przełamują stereotypy i uprzedzenia, przedstawiają podmiotowe potrzeby i skutecznie zabiegają o poszanowanie swych praw i godności. Można mieć nadzieję, że ta inicjatywa będzie poszerzać swoje oddziaływanie budując silny, niezależny i słuchany z uwagą głos beneficjentów systemu ochrony zdrowia psychicznego. W kolejnym rozdziale ***Wrocław: Fundacja Polski Instytut Otwartego Dialogu,*** **Regina Bisikiewicz** ukazuje powstanie i aktywność inicjatywy inspirowanej doświadczeniami rodzin osób przeżywających poważny kryzys psychiczny, która przybrawszy prawną postać fundacji zabiega o wprowadzenie i upowszechnienie w Polsce zainicjowanego w Finlandii obiecującego, innowacyjnego podejścia do rozwiązywania kryzysu zdrowia, opartego na tzw. „otwartym dialogu". Interesujące doświadczenia międzyuczelnianej inicjatywy odpowiadającej na potrzebę ograniczania wpływu kryzysowych sytuacji i doświadczeń oraz wspierania i pomagania narażonym na ich wpływ studentom przedstawiają **Maria Augustyniak, Hubert Kaszyński i Marek Świerad** w rozdziale ***Kraków: działania na rzecz promocji zdrowia psychicznego w środowisku akademickim.*** Natomiast **Agnieszka Lewonowska-Banach** przybliża szczegóły działania krakowskich ***Inicjatyw Cogito***, projektów zatrudniania osób chorujących psychicznie dość dobrze już rozpoznawanych w Polsce, ale ciągle jeszcze zabiegających o trwałe uznanie i realne upowszechnienie. W tym samym duchu społecznej przedsiębiorczości przemawia obywatelska inicjatywa przedstawiona przez **Jolantę Gierduszewską** w rozdziale ***Radom: Przedsiębiorstwo Społeczne „Gospoda Jaskółeczka"***. Autorka od wielu lat, z niemałym trudem, ale owocnie zabiega o utrzymanie funkcjonującej na otwartym rynku gospody, przynoszącej zatrudnionym w niej beneficjentom wyraźne korzyści zdrowotne i życiowe. Następna grupa dobrych praktyk to inicjatywy łączące aktywność obywatelską i instytucjonalna. **Iwona Kamińska i Magdalena Stacewicz** w rozdziale ***Warszawa Ochota: Środowiskowy Dom Samopomocy „Pod Skrzydłami"*** opisują działanie jednego z wielu funkcjonujących w Polsce ŚDS, w którym instytucjonal-

ne ramy dopełnia zaangażowana i wrażliwa na potrzeby odbiorców aktywność pracowników, wolontariuszy i innych ludzi dobrej woli. Z kolei, **Paweł Bronowski, Beata Wnęk i Wojciech Lenard** w rozdziale ***Warszawa Targówek: dzielnicowy system oparcia społecznego*** pokazują jak rozwijać może się inicjatywa organizacji samorządowej, w tym wypadku *Stowarzyszenia Pomost*, jeśli napotka na zrozumienie i instytucjonalne wsparcie ze strony władzy samorządowej. Ten kompleksowy i skuteczny system wsparcia społecznego dla najciężej chorujących psychicznie osób odniósł sukces nie tylko na Targówku, ale stopniowo zadomowił się lub zadomawia w trzech innych jeszcze dzielnicach Warszawy. Rozdział ***Warszawa: Zespół Leczenia Środowiskowego w szpitalu Bielańskim*** napisany przez kierującą nim **Krystynę Żaryn** pokazuje jak pomocna dla osób zmagających się z chorobą psychiczną i jej konsekwencjami może być działalność takiego zespołu, docierającego w razie potrzeby ze wsparciem i leczeniem do ich domów, zdolnego w wielu wypadkach zapobiegać konieczności hospitalizacji lub eliminować ją. Warto dodać, że jest to ten element systemu lecznictwa psychiatrycznego, którego rola jest w planach NPOZP kluczowa, ale którego najbardziej w systemie brakuje i którego roli decydenci polityczni i finansowi niemal nie dostrzegają. Niezwykle ciekawą w swej reformistycznej wymowie jest treść rozdziału ***Grajewo: Oddział psychiatryczny Szpitala Ogólnego***. **Janusz Chojnowski** relacjonuje w nim, jak sensownie funkcjonować może mały, usytuowany w lokalnej społeczności, zintegrowany z poradnią powiatowy oddział psychiatryczny. Jak zwolna zmienia on społeczne wyobrażenia i postawy wobec osób chorujących psychicznie. Jak staje się dobrem, o który lokalna wspólnota jest gotowa walczyć. To interesujący przyczynek do dyskusji o roli i miejscu wielkich szpitali – odległych, odizolowanych, niechętnie naznaczanych instytucji – w systemie ochrony zdrowia psychicznego. Ostatnia grupa przykładów dobrych praktyk zestawia kilka przykładów lokalnej koordynacji działań na rzecz zdrowia psychicznego. **Elżbieta Kluska** w rozdziale ***Warszawa Bemowo: lokalna koalicja na rzecz ochrony zdrowia psychicznego „Razem skutecznie…"*** opisuje powstanie i pierwsze działania takiej koalicji koordynującej wysiłki różnych organizacji i instytucji w jeden z dzielnic Warszawy, jej trudności i sukcesy w budzeniu zainteresowania, zrozumienia, odpowiedzialności i wsparcia dla potrzeb często „niewidzialnej" i marginalizowanej grupy obywateli, jak są osoby chorujące psychicznie. Niezwykle ciekawe doświadczenia budowania realnego i skutecznego systemu środowiskowej psychiatrii w społeczności powiatu opisuje **Ewa Giza** w rozdziale ***Kołobrzeg: system psychiatrii środowiskowej w powiecie***, na podstawie swojej budzącej podziw wieloletniej działalności w powiecie kołobrzeskim, umiejętnie wiążącej aktywność lekarską z pasją społeczną i stopniowo przekonującej do swych inicjatyw rosnący zastęp coraz lepiej rozumiejących i pomocnych interesariuszy – władz samorządowych, organizacji pozarządowej, placówek ochrony zdrowia i pomocy społecznej, przedsiębiorców. Podobną pasję odnajdzie

czytelnik w doświadczeniach i osiągnięciach, które **Artur Kochański**, przedstawia w rozdziale ***Lublin: lokalna opieka środowiskowa*** na przykładzie dużego ośrodka miejskiego. Także i tu wytrwała animacja i koordynacja zbiorowego wysiłku różnorodnych interesariuszy owocuje zwiększaniem dostępności, różnorodnych form pomocy dla osób doświadczających kryzysy psychiczne. Wreszcie, w ostatnim rozdziale ***Kraków: środowiskowy system i program leczenia osób chorujących na psychozy,*** **Anna Bielańska** ukazuje, jak szeroka może być rozwijająca się i dojrzewająca przez wiele lat sieć koordynowanej pomocy, jak bardzo indywidualne może zaspokajać potrzeby chorujących i otwierać im tym samym drogę do zdrowienia.

Jeśli wyciągać jakieś wnioski z przedstawionych w tej monografii dokumentów, opinii, planów i doświadczeń, to można je zamknąć w kilku zdaniach. Ludziom, których zdrowiu psychicznemu zagraża kryzys zdrowotny, lub których taki kryzys ostatecznie ogarnie lub ich będzie pochłaniał nie musimy okazywać ignorancji, niechęci i bezradności, bo wiadomo, co można, warto i trzeba zrobić. Czy jednak, jako społeczeństwo zdecydujmy się na to? Mamy wybór, poniesiemy odpowiedzialność!

Summary

Mental Health Protection in Poland: Challenges, Plans, Barriers, Good Practices

The monograph discusses a number of issues related to mental health protection in Poland. The point of departure is an outline of global problems concerning mental health in the contemporary world and a list of the most important international documents which define the lines of action and problem-solving priorities. In individual parts, the authors focus on presenting the Polish mental health protection system. First, they discuss the status quo and urgent needs, followed by the tasks and implementation status of the National Mental Health Protection Programme – a plan of systemic solutions that reform the place of mental health protection within the social policy of the state. Next, the barriers which delay or block the Programme's implementation are discussed. Finally, the last part presents examples of good practices in mental health protection that should be popularised. They have been formulated as a result of civic activity of individuals, organisations and institutions in local communities.

In the part entitled ***Mental health in the contemporary world,*** **Tomasz Szafrański** argues that, from the global perspective, the status of mental health protection is diversified, but generally unsatisfactory. Better recognition of the scale of the population's needs in this respect (much of which are not fulfilled) and better understanding of the value of mental health and of the risk of possible harm in its absence are contrasted with negligence in pursuing adequate health policy and introducing the necessary reforms, as well as insufficient investment in and financing of mental health protection. Unfortunately, in some less prosperous countries the scale of negligence is considerable. The diagnosis is that they are approaching the 'defeat of humanitarianism.' Even in the countries where the necessary actions have been taken, the scale of unfulfilled needs continues to be an important challenge. The difficulty consists not only in insufficient political will to introduce reforms or in scarcity of funds. It also results from the diversity and reach of mental health problems' effect on the situation of individuals, families, groups and populations. Preventing these problems through institutions whose structure is too narrow or one-sided or by applying specialist competence is ineffective. More effects can be achieved when coordinated effort of adequately diversified institutions and competences is compounded by joint activity of local communities, which offer help

and support free from prejudice and exclusion. This is the essence of the so-called community model of mental health protection.

In the next part, devoted to ***Mental health protection in documents of the World Health Organization,*** **Paulina Miśkiewicz,** Head of WHO Office in Poland, presents the increasing share of mental health in the organization's programme activity. She characterises four major documents in greater detail. The 2001 *Mental Health Report* was the first document to show the consequences and costs of neglecting mental health in a holistic and well-proven form. It also highlighted the urgent need for a new understanding of the importance of mental health and evoking new hope for solving such problems. By way of the *Declaration of Helsinki*, signed in 2005, European countries (including Poland) committed to gradual implementation of a number of actions for planned change of the health policy in the area of mental health in their countries, *inter alia* to promote, prevent and counteract inequality and exclusion of people with mental disorders and to provide them with modern, multifaceted and coordinated community forms of treatment and support. These commitments were reiterated and updated in 2013 under the global and European *Action Plan* which set out tasks for 2013-2020. The European plan postulates three major values which add focus to building mental health protection systems. They are: equitable action, empowerment of the individuals covered by the system, and safety and effectiveness of help. The significance and purposefulness of building community organisational solutions was confirmed.

In the part entitled ***European Union towards mental health, Jacek Moskalewicz*** presents the major EU documents which add focus to action for changing the place of mental health and mental health problems within the health policy of Member States. The first extensive study was the 2005 ***Green Paper***, which outlined the strategy and proposed solutions. Consequently, the 2008 ***European pact for mental health*** formulated recommendations and priorities. Quoting current data on availability of psychiatric hospitalisation in the EU, the author claims the problem is complex, the situation and threats differ in individual countries and that efforts to solve the problems also vary and are generally insufficient. This led to another EU initiative – the 2011 ***Joint Action*** which envisaged coordination of actions taken by individual states, and primarily pursuing a multi-sectoral internal policy following the idea of "mental health in everything." It recommends including mental health problems in all aspects of social life and noticing the fast increase of the costs of negligence which burden not only the health care system, but affect social and economic development.

Status quo and urgent needs – in the fourth part of the monograph, several authors present the current resources and needs of the Polish mental health

protection system. In the chapter on ***Mental health promotion,*** **Krzysztof Ostaszewski** states it is only budding in Poland and emphasises the need to abandon ad hoc measures in favour of proven and effective measures to promote mental health in line with the priorities so to improve the quality, reach and cost-effectiveness of investment in this area. In the chapter devoted to objectives and forms of ***Mental health prevention,*** **Daria Biechowska** describes the forms of mental disorder prevention. She concludes that in Poland we need to start virtually from scratch as there have not been any well-thought-out systemic actions of this kind so far. In the touching chapter on ***Respect for the rights and dignity of patients,*** **Anna Liberadzka** formulates a thesis, based on study results and experience, that in Poland such respect virtually does not exist. She provides numerous examples of inequalities enshrined in the law, stereotypes and prejudice in public opinion survey results, degrading treatment and inhuman therapy conditions sometimes reported by the media. The author, however, sees some heralds of change – emerging room for dialogue and mutuality. Their development requires considerable investment in social education to form a counterbalance for general ignorance. **Wanda Langiewicz** presents basic information on the resources available to the ***Psychiatric health care system.*** She concludes the system is neither flexible nor effective due to limited accessibility and unequal distribution of many forms of help. They are not comprehensive, poorly integrated and coordinated, and primarily insufficiently or inadequately funded. There is urgent need for an in-depth systemic reform of psychiatric care according to the community model. In the opinion of **Paweł Bronowski,** the ***Social support system*** is more efficient as in recent decades a number of institutional and civic initiatives were launched that offer different forms of social assistance and community support. Yet, conditions for their further development must be ensured by: increasing accessibility, differentiation of help and assistance forms, stabilisation of financing and an extensive training and skills enhancement programme. It is also essential to fundamentally improve the ailing coordination of social assistance and health care systems. In the next chapter, **Hubert Kaszyński** describes the resources and needs of the ***Social and labour force participation system.*** He highlights complementarity of easily accessible forms of labour force participation stimulation and rehabilitation (e.g. occupational therapy workshops) and the emerging, although not boldly enough, forms of employment for people recovering from psychological crises on a protected labour market (labour force participation stimulation companies) or on the open labour market (social entrepreneurship). This topic has been recognised and appreciated in the world only recently, and it has already become one of important challenges for the future. Although in Poland profitability of such investments has been recognised, it is pending proper acknowledgement. In the last chapter of this part, **Paweł Mierzejewski** presents the status quo and needs in the area of ***Informatisation***

and education in the field of mental health. Presented data show that for both these areas of public activity no objectives have been formulated that would be focused on gathering reliable information on mental health. The existing systems for gathering information on mental health protection use obsolete tools and the planned digitisation does not take the specific nature of information on mental health into account. Research in mental health is not one of the priority topics of the institutions that finance science. Research in Poland does not follow any well-thought-out strategy that would link its objectives with practical needs of the mental health protection system and public health priorities.

National Mental Health Protection Programme. Information on the resources and needs of the mental health protection system in Poland describes a situation where a change in the significance of mental health within the health and social policy as well as a systemic reconstruction of the mental health protection system in Poland seems vital and urgent. The challenge is addressed by the National Mental Health Protection Programme, which was adopted in 2008 and has been implemented since 2011. The part on the Programme consists of two chapters. **Jacek Wciórka** reiterates the ***Motives, objectives and priorities*** of the Programme. One of the motives is the need to include mental health in priority public values. It would enhance social awareness of the threats and needs and make it more difficult to ignore and disregard them, which results a.o. in breaching the guarantees provided to people with mental health problems by the Polish law. In addition, psychiatric care requires a reform according to the principles of the community model. The reform is expected to bring about considerable improvement in accessibility, quality and effectiveness of treatment, in dignity of treatment conditions and in coordination of therapeutic activity with activity of other stakeholders of the mental health protection system. The Programme defines three strategic objectives: (1) mental health promotion and prevention of mental disorders, (2) reform of the system of providing help to people with mental problems (counselling, social support, social and professional participation), and (3) fostering research and information systems covering mental health. The main objectives are divided into a number of specific objectives, which in turn are divided into concrete tasks with clearly defined deadlines and monitoring indices. On the basis of three-year observation of Programme implementation, the author lists ten priorities whose gradual persistent implementation would be important to achieving Programme objectives in the future. Unfortunately, Programme implementation does not progress according to the schedule. Therefore, **Andrzej Cechnicki** in the chapter entitled ***Implementation by 2013 and the further perspective*** critically analyses the reasons behind delays and omissions and lists remedial measures necessary in this crisis situation, such as: reassuming actual responsibility for modernisation of psychiatric care and mental

health protection by the state, extending the Programme implementation period and ensuring adequate funding for its implementation. The author postulates entrusting the special task of stimulating and monitoring Programme implementation to the currently established national NGO "Association for the Implementation of the National Mental Health Protection Programme" made up of organisations, groups and individuals who subscribe to the Programme and express willingness to become involved in its materialisation.

Barriers. In the fourth part of the book, the authors discuss barriers hampering the implementation of the National Mental Health Protection Programme. **Piotr Świtaj** starts by describing the possible impact of negative stereotypes and prejudice in the area of *Values and social awareness* on the Programme implementation. They are evidenced not only by widespread individual stigmatisation of persons suffering from mental disorders, but also by consent or tolerance for structural prejudice and inequality in some legal regulations, social attitudes and deprecating cultural patterns. Their impact is easily transferred to all aspects related to the functioning of the mental health protection system and attempts to modernise the system. Discussing the ***Political barriers,*** **Marek Balicki** presents negative consequences of the low priority of mental health issues in political decisions and activities aimed at modernising the mental health protection system. They allow to avoid taking real responsibility for this important area of public health, to push mental disorders of the population down the list of the health care priorities of local governments and central administration, to neglect organisational and financial needs of the health care sector and to refrain from active management of the programme. The author proposes the best methods to change the situation. In the subsequent chapter entitled ***Financing (based on the situation in the Mazowsze region),*** **Dariusz Hajdukiewicz** presents barriers related to insufficient financing of the Programme. He discusses general difficulties with financing of the Programme by local governments, the National Health Fund and the Minister of Health, and illustrates them with specific examples of difficulties encountered in the Mazowieckie Voivodeship. In the last chapter of this part, devoted to ***Institutional barriers,*** **Maria Załuska** points to insufficient coordination of the Programme tasks, the lack of the required number of health care centres, difficulties in their restructuring and appropriate allocation of financing, insufficient integration of the activities of the existing centres and incomplete information about the local availability of various health care services.

Good practices. The last part of the monograph presents around a dozen examples of good practice in mental health protection in Poland which should be popularised. The first group consists of initiatives of non-governmental organisations voicing their opinions on the issues important for persons benefitting from the mental health protection system. In the chapter entitled ***Kraków: "Open the doors" Association,***

Barbara Banaś presents pioneering work of a non-governmental organisation associating persons after serious mental health crises who, through various forms of mutual help, education, media and public activity, efficiently challenge stereotypes and prejudices, present their needs and seek respect for their rights and dignity. We hope that this initiative will extend its impact, building a strong, independent and important voice of the beneficiaries of the mental health protection system. In the subsequent chapter entitled ***Wrocław: Foundation Polish Institute of Open Dialogue,*** **Regina Bisikiewicz** describes the establishment and activities of an initiative inspired by experience of the families of persons undergoing serious mental health crises. The initiative was formalised into a foundation which aims at introducing and popularising a promising, innovative approach to overcoming health crises. The approach was developed in Finland and is based on open dialogue. Interesting experience of an initiative organised by several universities and responding to the need to mitigate the impact of crisis situations and experience and to support and help the students at risk of such crises is presented by **Maria Augustyniak, Hubert Kaszyński and Marek Świerad** in the chapter entitled ***Kraków: Actions aimed at promoting mental health in the academic community.*** **Agnieszka Lewonowska-Banach** presents in detail the activities of ***Cogito Initiatives*** in Kraków, i.e. projects consisting in employing persons with mental illness. The initiatives are already relatively well-known in Poland, but need to be further promoted and popularised. A similar social entrepreneurship initiative was presented by **Jolanta Gierduszewska** in the chapter entitled ***Radom: Social Enterprise "Gospoda Jaskółeczka".*** For many years, the author has been working hard, but successfully, to maintain the inn operating in the open market which offers substantial health and practical benefits to the persons working in the inn. The next group of good practices comprises initiatives combining the activities of citizens and of institutions. In the chapter entitled ***Warsaw Ochota: Community Self-Help Centre "Pod Skrzydłami",*** **Iwona Kamińska and Magdalena Stacewicz** describe the functioning of one of the many community self-help centres in Poland, where the institutional framework is completed with the commitment and sensitivity of employees, volunteers and other people of good will. In the chapter entitled ***Warsaw Targówek: a district social support system,*** **Paweł Bronowski, Beata Wnęk and Wojciech Lenard** show how an initiative of a local government organisation (in this case the *Pomost Association*) develops when it finds understanding and institutional support of the local government. This comprehensive and efficient system of social support for persons with the most serious mental illnesses not only proved to be successful in Targówek, but is also implemented in three other Warsaw districts. The chapter entitled ***Warsaw: Community Mental Health Team at the Bielański Hospital,*** written by the head of the team **Krystyna Żaryn,** describes how helpful the activity of such a team can be for persons struggling with mental illness and its consequences. The team provides support and treatment for such persons at their homes and in many cases allows them to avoid ho-

spitalisation. It should be noted that this element of the psychiatric treatment system plays an essential role under the National Mental Health Protection Programme, but it is also the most lacking element and its role remains virtually unnoticed by political and financial decision-makers. The chapter entitled ***Grajewo: Psychiatric ward of the General Hospital*** presents an extremely interesting story of a certain initiative. **Janusz Chojnowski** describes successful functioning of a small poviat psychiatric ward, integrated with an outpatient clinic and well-founded in the local community. He shows how it slowly changes social views and attitudes towards persons with mental illness and how it becomes a common good that the local community is ready to fight for. The story provides an interesting starting point for the discussion about the role and place of large hospitals, i.e. distant, isolated and unfriendly institutions, in the mental health protection system. The last group of examples of good practice includes several cases of local coordination of mental health promoting actions. In the chapter entitled ***Warsaw Bemowo: local coalition for mental health protection "Efficiently together…",*** **Elżbieta Kluska** describes the establishment and first activities of the coalition coordinating the efforts of various organisations and institutions in one of the Warsaw districts, its difficulties and successes in promoting interest, understanding, responsibility and support for the often "invisible" and marginalised group consisting of mentally ill persons. Extremely interesting experience in building actual and efficient community psychiatry system is presented by **Ewa Giza** in the chapter entitled ***Kołobrzeg: community psychiatry system in a poviat***, based on her impressive activity in the Kołobrzeg poviat, combining her medical practice with a passion for social activity and gradually winning the attention and support of an increasing number of stakeholders, i.e. local authorities, non-governmental organisation, health care centres and social assistance centres, as well as entrepreneurs. Similar passion can be found in experience and achievements presented by **Artur Kochański** in the chapter entitled ***Lublin: local community care*** based on an example of a large city. The persistent animation and coordination of efforts of various stakeholders results in an increased availability of various forms of assistance for persons experiencing mental health crisis. Finally, in the last chapter entitled ***Kraków: community system and treatment programme for persons with psychoses,*** **Anna Bielańska** shows how extensive a coordinated assistance network, developed for many years, can be and how efficiently it can meet the individual needs of patients and thus help them regain health.

The conclusions from the documents, opinions, plans and experience presented in the monograph can be summed up in a few sentences. We do not have to show ignorance, aversion or helplessness in contacts with people whose mental health is at risk or who undergo a mental health crisis, since we now know what can, should and must be done. But will we, as a society, decide to follow this path? We have a choice and we will take the responsibility.

O autorach



Jacek Wciórka – redaktor tomu
lekarz, specjalista psychiatra, profesor nauk medycznych, kieruje jedną z klinik psychiatrycznych Instytutu Psychiatrii i Neurologii, autor szeregu publikacji i wystąpień na temat osobowych i społecznych aspektów chorób psychicznych, kierownik projektów badawczych w tej dziedzinie, redaktor kwartalnika *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, konsultant wojewódzki w dziedzinie psychiatrii na Mazowszu, przewodniczy Komisji Reformy Opieki Psychiatrycznej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, współredaktor Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.



Maria Augustyniak
psycholog, psychoterapeuta, specjalista w Biurze ds. Osób Niepełnosprawnych Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, współzałożycielka i merytoryczna koordynatorka Międzyuczelnianego Centrum Wsparcia Psychologicznego, członkini Stowarzyszenia Instytut Terapii i Edukacji Społecznej.



Marek Balicki
lekarz specjalista psychiatra, kierownik Wolskiego Centrum Zdrowia Psychicznego w Warszawie, wcześniej dyrektor kilku warszawskich szpitali (m. in. Szpitala Psychiatrycznego „Drewnica"), w latach 80. związany z opozycją demokratyczną, internowany w stanie wojennym, potem ponownie więziony za kontynuowanie działalności podziemnej, po 1989 r. parlamentarzysta kilku kadencji, w latach 90. kierował m. in. pracami sejmowej podkomisji ds. ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, wiceminister zdrowia w rządzie H. Suchockiej, minister zdrowia w gabinetach L. Millera i M. Belki, obecnie Rzecznik ds. Zdrowia Sojuszu Lewicy Demokratycznej, pomysłodawca reaktywowania i długoletni prezes Warszawskiego Towarzystwa Pomocy Lekarskiej i Opieki nad Psychicznie i Nerwowo Chorymi, współpracuje z wieloma organizacjami pozarządowymi, członek honorowy Polskiego Towarzystwa Psychologicznego oraz Kolegium Lekarzy Rodzinnych, wykładowca i autor licznych publikacji z zakresu polityki zdrowotnej, organizacji i finansowania systemu ochrony zdrowia oraz praw pacjenta, uczestnik wielu konferencji i seminariów poświęconych problematyce społecznej i zdrowotnej.



Barbara Banaś
absolwentka pedagogiki opiekuńczo-wychowawczej na Uniwersytecie Jagiellońskim, przez wiele lat nauczycielka w szkole podstawowej, aktywny członek Stowarzyszenia *Otwórzcie Drzwi*, autorka wielu artykułów i wystąpień, współredaktorka czasopisma *Dla Nas*.



Daria Biechowska
psycholog, specjalizuje się w zakresie zdrowia publicznego, dr nauk humanistycznych, adiunkt i kierownik Zakładu Zdrowia Publicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii, zainteresowana organizacją ochrony zdrowia, szczególnie psychicznego, a także zagadnieniami związanymi z epidemiologią zaburzeń psychicznych, szereg badań z zakresu psychologii klinicznej oraz neuropsychologii medycznej publikowanych w czasopismach psychologicznych i medycznych, laureatka nagród i stypendiów naukowych, m.in. Fundacji na rzecz Nauki Polskiej, Warszawskiego Towarzystwa Naukowego oraz Marszałka Województwa Pomorskiego.



Anna Bielańska
psycholog, psychoterapeuta, superwizor Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, terapeuta, trener i superwizor psychodramy Polskiego Instytutu Psychodramy oraz *Psychodrama Institute for Europe*, specjalista psychiatrii środowiskowej, przez wiele lat pracowała w oddziałach dziennych Kliniki Psychiatrycznej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie lub kierowała nimi, autorka wielu publikacji fachowych i naukowych z zakresu psychoterapii psychoz, piętna choroby psychicznej, psychiatrii środowiskowej, teatru terapeutycznego i psychodramy.



Regina Bisikiewicz
coach rozwoju osobistego, absolwentka m. in. Wydziału Organizacji i Zarządzania Politechniki Wrocławskiej oraz kierunku Management w Harward Business School, prezes fundacji Polski Instytut Otwartego Dialogu, wiceprezes zarządu Leadershp Management Polska sp. z o.o., Ambasador Przedsiębiorczości Kobiet, mówca motywacyjny na konferencjach krajowych i międzynarodowych, koordynator międzynarodowego projektu Leonardo Partnership (2013-2015: Finlandia, Dania, Norwegia, Niemcy, Austria i Polska) pt.: *Europejskie partnerstwo na rzecz rozpowszechnienia Otwartego Dialogu*, od kilku lat promuje w Polsce *Otwarty Dialog* – obiecujące podejście do leczenia zaburzeń psychicznych, rozwijane z powodzeniem w kilku krajach Europy.



Paweł Bronowski
psycholog kliniczny, specjalista terapii środowiskowej, dr hab. nauk humanistycznych, profesor Akademii Pedagogiki Specjalnej, tamże pracownik Instytutu Psychologii Stosowanej, autor wielu badań i publikacji dotyczących schizofrenii i metod pomocy osobom chorym psychicznie, autor i koordynator ponad 30 różnorodnych programów wsparcia społecznego: ośrodków dziennych, programów edukacyjnych, podnoszenia kwalifikacji, aktywizacji zawodowej i wzmacniania społeczności lokalnych, współtwórca i prezes Bródnowskiego Stowarzyszenia Przyjaciół i Rodzin Osób z Zaburzeniami Psychicznymi „Pomost" prowadzącego w Warszawie kompleksowy program wsparcia społecznego.



Andrzej Cechnicki
psychiatra i psychoterapeuta, dr hab. nauk medycznych, adiunkt i kierownik Zakładu Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii UJ *Collegium Medicum*, autor wielu publikacji z zakresu schizofrenii, rehabilitacji i psychiatrii społecznej, superwizor psychoterapii i specjalista terapii środowiskowej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, wieloletni przewodniczący Sekcji Psychiatrii Środowiskowej i Rehabilitacji tego Towarzystwa, krajowy koordynator programu przeciwko piętnu i wykluczeniu osób chorujących psychicznie, pomysłodawca i realizator firm społecznych „U Pana Cogito" i „Zielony Dół" zatrudniających osoby po kryzysach psychicznych, współtwórca i honorowy przewodniczący Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego, redaktor czasopisma *Dialog*, laureat Nagrody im. Andrzeja Piotrowskiego przyznawanej przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne.



Janusz Chojnowski
lekarz, specjalista psychiatra, organizator i ordynator oddziału psychiatrycznego w szpitalu powiatowym w Grajewie, wcześniej uczestniczył w organizowaniu i pracy kilku innych oddziałów psychiatrycznych – w Suwałkach, Łomży, Kolnie, nigdy nie rozstawał się z leczeniem ambulatoryjnym, uważa się za zwolennika deinstytucjonalizacji psychiatrii – nigdy nie pracował w dużym szpitalu psychiatrycznym.



Jolanta Gierduszewska
ekonomistka, absolwentka Politechniki Świętokrzyskiej; zainspirowana niepełnosprawnością córki zorganizowała przedsiębiorstwo społeczne „Gospoda Jaskółeczka" sp. z o.o. w Radomiu, którym cały czas skutecznie i z powodzeniem zarządza. Wieloletni prezes Stowarzyszenia Rodzin i Opiekunów Osób Niepełnosprawnych Psychicznie przekształconego w Stowarzyszenie Ochrony Zdrowia Psychicznego „Wzajemna Pomoc", inicjuje skuteczne działania społeczne na rzecz przełamywania stereotypów związanych z chorującymi psychicznie w lokalnej społeczności miasta, koordynuje kolejne projekty zwiększające możliwości zatrudnienia dla tych osób, przewodniczy Gminnemu Zespołowi Ochrony Zdrowia Psychicznego.



Ewa Giza
lekarz chorób wewnętrznych, specjalista psychiatra, specjalista psychiatrii środowiskowej, absolwentka podyplomowych studiów ekonomika zdrowia na Uniwersytecie Warszawskim, ordynator oddziału psychiatrycznego w Szpitalu Regionalnym w Kołobrzegu, Oddziału Zaburzeń Nerwicowych w Złocieńcu, Psychosomatycznego Oddziału Prewencji ZUS, wcześniej kierownik Gminnego Ośrodka Zdrowia w Siemyślu k/Kołobrzegu, skuteczna działaczka społeczna, wieloletnia radna powiatu kołobrzeskiego, gdzie buduje system lokalnej opieki psychiatrycznej, założycielka i prezes Stowarzyszenia Użytkowników Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej oraz Ich Rodzin i Przyjaciół *Feniks,* członkini regionalnego zespołu wdrażania Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na Pomorzu Zachodnim oraz Rady Zdrowia Psychicznego powołanej przez Ministra Zdrowia.



Dariusz Hajdukiewicz
lekarz, specjalista chirurg, mgr prawa, doktorant Akademii Leona Koźmińskiego, dyrektor Biura Polityki Zdrowotnej Urzędu m.st. Warszawy, wcześniej wieloletni dyrektor SPZOZ w Makowie Mazowieckim, współtwórca koncepcji aliansów strategicznych szpitali (Mazowiecki Sojusz Partnerski), autor i współorganizator 8 edycji corocznych konferencji i sympozjów na temat jakości w opiece zdrowotnej (Mazowieckie Forum Dyskusyjne).



Iwona Kamińska
psycholog, absolwentka UKSW na kierunku psychologia w zakresie psychologia kliniczna i osobowości oraz studiów podyplomowych w zakresie organizacji pomocy społecznej na Wydziale Dziennikarstwa i Nauk Politycznych UW, terapeutka środowiskowa, od kilkunastu lat pracuje z osobami chorującymi psychicznie, od 7 lat kieruje Środowiskowym Domem Samopomocy „Pod Skrzydłami", koordynatorka Komisji ds. osób niepełnosprawnych ruchu społecznego Koalicja na Rzecz Ochoty, inicjator, organizator i koordynator wielu projektów organizowanych w lokalnych partnerstwach, członek zarządu Mazowieckiego Forum Środowiskowych Domów Samopomocy.



Hubert Kaszyński
socjolog, pracownik socjalny, dr hab. nauk humanistycznych, adiunkt Instytutu Socjologii Uniwersytetu Jagiellońskiego, ostatnio kierownik socjologicznych studiów z zakresu pracy socjalnej, wcześniej wiele lat pracy socjalnej na rzecz osób chorujących psychicznie w Klinice Psychiatrii Dorosłych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, Stowarzyszeniu na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej, zespołach ds. orzekania o niepełnosprawności, autor publikacji z zakresu pracy socjalnej, zdrowia psychicznego oraz ekonomii i przedsiębiorczości społecznej, założyciel i członek zarządu *Instytutu Terapii i Edukacji Społecznej – Stowarzyszenie,* propagującego innowacyjne formy edukacji w zakresie promocji zdrowia psychicznego.



Elżbieta Kluska
pedagog, pracownik socjalny, pracuje w Ośrodku Pomocy Społecznej Dzielnicy Bemowo w Warszawie jako kierownik miejscowego Środowiskowego Domu Samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi, wcześniej przez wiele lat jako pracownik socjalny w Szpitalu Nowowiejskim, a potem jako specjalista pracy socjalnej i koordynator specjalistycznych usług opiekuńczych Ośrodka Pomocy Społecznej Dzielnicy Ochota w Warszawie.



Artur Kochański
lekarz, specjalista psychiatra, doktorant Uniwersytetu Jagiellońskiego *Collegium Medicum*, starszy asystent w Klinice Psychiatrii w Lublinie, gdzie kieruje Przyklliniczną Poradnią Zdrowia Psychicznego, ponadto kieruje Ośrodkiem Psychiatrii Środowiskowej i Psychoterapii Ex CORDIS w Lublinie, jest członkiem lubelskich zespołów wdrażania Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, (wojewódzkiego i miejskiego), założycielem i prezesem Zarządu Lubelskiego Stowarzyszenia Ochrony Zdrowia Psychicznego, członkiem Komisji Reformy Opieki Psychiatrycznej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Rady Zdrowia Psychicznego powołanej przez Ministra Zdrowia, sekretarzem Zarządu Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego.



Wanda Langiewicz
magister ekonomii, podyplomowe studia z zakresy statystyki oraz organizacji ochrony zdrowia, wieloletnia pracowniczka naukowa Instytutu Psychiatrii i Neurologii, wybitna ekspertka w zakresie organizacyjnych i ekonomicznych zagadnień psychiatrycznej opieki zdrowotnej, współautorka wielu opracowań eksperckich i badawczych, współredaktorka Narodowego Programu Ochrony Zdrowia.



Wojciech Lenard
psycholog kliniczny, specjalista terapii środowiskowej, doradca zawodowy osób niepełnosprawnych, pracuje w Warsztacie Terapii Zajęciowej Bródnowskiego Stowarzyszenia Przyjaciół i Rodzin Osób z Zaburzeniami Psychicznymi „Pomost".



Agnieszka Lewonowska-Banach
pielęgniarka, specjalistka w zakresie organizacji pracy w turystyce i hotelarstwie, absolwentka studiów podyplomowych na Uniwersytecie Ekonomicznym w Krakowie (zarządzanie małymi i średnimi firmami oraz ekonomia społeczna), od wielu lat związana z krakowską psychiatrią środowiskową i ekonomią społeczną, uczestniczyła w powstawaniu Zakładu Aktywności Zawodowej *U Pana Cogito Pensjonat i Restauracja* i zarządza nim od ponad dziesięciolecia, członek założyciel i Skarbnik Stowarzyszenia Na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej, sekretarz Stowarzyszenia Rodzin Zdrowie Psychiczne, prezes Ogólnopolskiej Federacji Stowarzyszeń Rodzin Osób Chorujących Psychicznie „RODZINY", pomysłodawca i redaktor półrocznika „RODZINY", zaangażowana w tworzenie i rozruch przedsiębiorstwa społecznego Laboratorium Cogito Sp. z o.o. w Krakowie, współtworzy Spółdzielnię Socjalną „Kobierzyn" w Krakowie, członkini Rady ds. Zdrowia Psychicznego powołanej przez Ministra Zdrowia.



Anna Liberadzka
magister psychologii, członek Stowarzyszenia *Otwórzcie Drzwi*, którego przez kilka lat była wiceprezesem, członek stowarzyszenia Instytutu Terapii i Edukacji Społecznej, autorka i koordynatorka projektów związanych z edukacją społeczną na rzecz walki z napiętnowaniem osób chorujących psychicznie, autorka artykułów poświęconych kwestiom zdrowienia z choroby psychicznej oraz sytuacji osób chorujących psychicznie w Polsce, wykłada przedmiot *Wprowadzenie do społecznej psychologii piętna* na Uniwersytecie Papieskim im. Jana Pawła II w Krakowie.



Katarzyna Łakoma
adwokat, dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich, w latach 2009–2011 Zastępca Dyrektora Zespołu Prawa Konstytucyjnego i Międzynarodowego w BRPO. W 2007 r. ukończyła aplikację sądową. Absolwentka Wydziału Prawa, Prawa Kanonicznego i Administracji Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, stypendystka Ministra Edukacji Narodowej (2000/2001), stypendystka Instytutu Praw Człowieka Katolickiego Uniwersytetu w Lyonie, gdzie uzyskała tytuł magistra prawa międzynarodowego i praw człowieka (Maîtrise en Droit International et Droits del'Homme), jak również odbyła studia podyplomowe z zakresu prawa międzynarodowego i praw człowieka (DESS „Pratiques des Organisations Internationales et Droits de l'Homme"). Odbyła szereg staży w międzynarodowych organizacjach pozarządowych (p. Avocats Sans Frontieres, Forum Refugees, German Technical Cooperation) oraz Europejskim Trybunale Praw Człowieka w Strasbourgu. W latach 2004–2009 zatrudniona przez Europejski Trybunał Praw Człowieka w ramach pilotażowego programu jako prawnik w warszawskim Biurze Informacji Rady Europy.



Paweł Mierzejewski
lekarz, specjalista psychiatra, farmakolog, inżynier informatyk, dr hab. nauk medycznych profesor nadzw. Instytutu Psychiatrii i Neurologii, gdzie w Zakładzie Farmakologii kieruje Pracownią Farmakokinetyki, autor licznych publikacji naukowych, kierownik i koordynator wielu projektów dotyczących poszukiwania nowych leków i biomarkerów zaburzeń psychicznych.



Paulina Miśkiewicz
lekarz, dr nauk medycznych, magister zdrowia publicznego, absolwentka Krajowej Szkoły Administracji Publicznej, od 2003 Dyrektor Biura Krajowego Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w Polsce, uczestniczy w pracach WHO związanych z problemami zdrowia publicznego, w tym także zdrowia psychicznego, realizuje programy WHO w Polsce, między innymi poświęcone psychiatrycznej opiece środowiskowej oraz popularyzacji zaleceń WHO w zakresie zdrowia psychicznego, w tym Deklaracji Helsińskiej i aktualnego Planu Działania WHO na rzecz Zdrowia Psychicznego.



Jacek Moskalewicz
socjolog, dr nauk humanistycznych, adiunkt, kierownik Zakładu Badań nad Alkoholizmem Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie), jego zainteresowania badawcze obejmują epidemiologię, badania stosowane, politykę społeczną, społeczną historię substancji psychoaktywnych, autor wielu opracowań badawczych, eksperckich i popularnych z tego zakresu. ekspert Rządowej Rady Ludnościowej oraz Narodowego Programu Zdrowia, członek panelu ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia, wiceprzewodniczący *Science Group* przy *Alcohol and Health Forum* Komisji Europejskiej, redaguje kwartalnik *Alkoholizm i Narkomania*, członek komitetów redakcyjnych *Addiction, European Addiction Research, Journal of Substance Use, Drugs: Education, Prevention & Policy*, laureat *Jellinek Memorial Award* (2001).



Krzysztof Ostaszewski
pedagog, doktor nauk humanistycznych, adiunkt i kierownik Pracowni Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M" w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, zajmuje się promocją zdrowia psychicznego i profilaktyką zachowań problemowych dzieci i młodzieży, autor licznych publikacji z tego zakresu, współautor adaptacji profilaktycznych programów edukacyjnych, ekspert Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, stypendysta *Fogarty International Substance Abuse Research Training Program na Uniwersytecie Michigan* w USA, redaktor naukowy miesięcznika *Remedium* poświęconego zagadnieniom profilaktyki zachowań ryzykownych i promocji zdrowia.



Magdalena Stacewicz
psycholog, terapeutka środowiskowa, absolwentka Wydziału Psychologii Uniwersytetu Jagiellońskiego, ukończyła Szkołę Trenerów UJ Wszechnica, szereg szkoleń terapeutycznych, trening mediacji rodzinnych, od 7 lat pracuje w Środowiskowym Domem Samopomocy „Pod Skrzydłami", członkini Polskiego Stowarzyszenia Terapeutów TSR.



Tomasz Szafrański
lekarz, specjalista psychiatra, dr nauk medycznych, praktykuje prywatnie w Warszawie, wcześniej wieloletni pracownik naukowy i ordynator oddziału psychiatrycznego jednej z klinik Instytutu Psychiatrii i Neurologii, autor wielu artykułów i rozdziałów, wykładowca, organizator konferencji naukowych oraz szkoleń i warsztatów dydaktycznych, absolwent Szkoły Praw Człowieka Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka i przez wiele lat ekspert Fundacji, prowadził szkolenia w zakresie praw człowieka w psychiatrii m. in. w Gruzji, Kirgizji, na Litwie, Mołdawii i Rosji, redaguje czasopismo *Psychiatra,* członek towarzystw naukowych polskich i zagranicznych.



Marek Świerad
absolwent studiów magisterskich (gospodarka przestrzenna, zarządzanie turystyką) na Uniwersytecie Ekonomicznym w Krakowie, jako członek oraz przewodniczący Zrzeszenia Studentów Niepełnosprawnych UEK zdobywał wiedzę na tematy związane z różnymi rodzajami niepełnosprawności, pracownik Biura ds. Osób Niepełnosprawnych UEK, ostatnio koordynator ds. organizacyjnych projektu Międzyuczelnianego Centrum Wsparcia Psychologicznego.



Piotr Świtaj
lekarz, specjalista psychiatra, dr nauk medycznych, adiunkt w jednej z klinik psychiatrycznych Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, prowadzi badania z zakresu psychiatrii społecznej, w szczególności problematyki napiętnowania i dyskryminacji osób chorujących psychicznie, autor licznych publikacji w tej dziedzinie.



Beata Wnęk
pedagog, pracownik socjalny, specjalista terapii środowiskowej, doradca zawodowy osób niepełnosprawnych, od wielu lat koordynuje programy specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób chorujących psychicznie w kilku dzielnicach Warszawy, w ramach Bródnowskiego Stowarzyszenia Przyjaciół i Rodzin Osób z Zaburzeniami Psychicznymi „Pomost" współtworzyła system oparcia społecznego dla osób chorujących psychicznie w dzielnicy Targówek.



Maria Załuska
specjalistka psychiatra, specjalistka psychiatrii środowiskowej, dr hab. nauk medycznych, profesor Instytutu Psychiatrii i Neurologii, kieruje Kliniką Psychiatrii IPiN w Szpitalu Bielańskim, wiele lat wykładała na Wydziale Studiów nad Rodziną Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, autorką i współautorka licznych prac naukowych z zakresu psychiatrii klinicznej, konsultacyjnej i środowiskowej, organizatorka systemu opieki środowiskowej dla osób psychicznie chorych w warszawskiej dzielnicy Targówek, obecnie tworzy zintegrowany systemu leczenia i wsparcia społecznego dla osób chorych psychicznie na warszawskich Bielanach, członkini towarzystw naukowych polskich i międzynarodowych.



Krystyna Żaryn
psycholog, absolwentka studiów podyplomowych zarządzania zasobami ludzkimi, specjalista terapii środowiskowej, kieruje psychiatrycznym Zespołem Leczenia Środowiskowego w Szpitalu Bielańskim, wcześniej prowadziła środowiskowy dom samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi na Żoliborzu w Warszawie, uczestniczyła w grupie roboczej powołanej przez Prezydenta Warszawy w celu opracowywaniu strategii społecznej dla miasta, prowadzi zajęcia dydaktyczne z psychiatrii środowiskowej, treningów umiejętności społecznych i interpersonalnych, wiceprezes Fundacji Rozwoju Psychiatrii Środowiskowej im. Prof. A. Piotrowskiego.