



Podjąć wyzwania, szukać rozwiązań – zdrowie psychiczne w centrum uwagi rządów państw europejskich

Facing the challenges, building solution – European governments focus on mental health

GRAŻYNA HERCZYŃSKA¹, CZESŁAW CZABAŁA², IRENA NAMYSŁOWSKA³

- Z: 1. Biura Współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
2. Zakładu Psychologii i Promocji Zdrowia Psychicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
3. Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE

W styczniu 2005 r. odbyła się w Helsinkach konferencja ministerialna na temat zdrowia psychicznego. Deklarację o ochronie zdrowia psychicznego i Plan działań podpisali ministrowie 52 krajów Europy członków Światowej Organizacji Zdrowia. W artykule omówiono najważniejsze punkty obu dokumentów; wskazano na wyzwania przed jakimi stoją państwa realizujące postanowienia Konferencji.

SUMMARY

In January 2005, at Ministerial Conference, 52 European member-countries of WHO signed a Declaration and Action Plan on mental health for Europe. This paper discusses the main aspects of these two documents and analyses the challenges in implementing the agreements.

Słowa kluczowe: zdrowie psychiczne / promocja / programy / Deklaracja Helsińska

Key words: mental health / promotion / programmes / Helsinki Declaration

W dniach 12–15 stycznia 2005 r. odbyła się w Helsinkach konferencja na temat zdrowia psychicznego¹. Zgromadziła ministrów lub ich przedstawicieli z krajów Europy należących do Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) oraz ekspertów w sprawach zdrowia psychicznego: profesjonalistów, uczonych, przedstawicieli organizacji pozarządowych, także organizacji pacjentów i ich opiekunów. Konferencja została zorganizowana przez Biuro Regionalne WHO dla Europy i rząd Finlandii, przy współpracy Komisji Europejskiej i Rady Europy.

Pierwsze dyskusje na temat zorganizowania konferencji na tak poważną skalę miały miejsce 10 lat temu z inicjatywy Biura Regionalnego WHO dla Europy i rządu Finlandii. Dzięki wysiłkom podejmowanym przez instytucje i osoby zaangażowane w problematykę zdrowia psychicznego w ciągu ostatnich lat zainteresowanie tymi zagadnieniami znacznie wzrosło. Podjęto

szereg działań mających na celu przekonanie decydentów o konieczności umieszczenia problematyki związanej ze zdrowiem psychicznym wśród europejskich priorytetów, starano się, by te sprawy stały się integralną częścią polityki zdrowotnej poszczególnych państw. W roku 2001 WHO wybrało zdrowie psychiczne jako przewodnie hasło roku i opublikowało specjalny raport pt. „Zdrowie psychiczne. Nowe pojmowanie i nowe nadzieje” (*World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope*), zawierający aktualną ocenę sytuacji. Opracowało też *Mental Health Global Action Programme*, którego zadaniem jest koordynacja działań zmierzających do zmniejszenia obciążeń związanych z zaburzeniami psychicznymi. Także od paru lat Bank Światowy bierze pod uwagę sprawy zdrowia psychicznego przy finansowaniu opieki zdrowotnej. „Już nikt nie śmieje się ze zdrowia psychicznego. A tak było jeszcze w 1998 r., kiedy Finlandia wystąpiła z inicjatywą włączenia zdrowia psychicznego do programu zdrowia publicznego Unii Europejskiej” – mówiła Liisa Hyssälä, Minister Zdrowia Finlandii, otwierając obrady Konferencji 12 stycznia. Nie wszyscy zdają sobie sprawę, jak znaczące zmiany w polityce ochrony zdrowia psychicznego i w świadomości decydentów dokonały się w ostatnich latach.

¹ Tekst na podstawie materiałów, które otrzymali uczestnicy Konferencji, ich relacji oraz informacji umieszczonych na stronie internetowej Biura Regionalnego WHO dla Europy: <http://www.euro.who.int/mentalhealth2005>. Polskę reprezentowali na Konferencji dr Paweł Szwertnia, Podsekretarz Stanu, Ministerstwo Zdrowia, oraz profesorowie Irena Namysłowska i Czesław Czabała z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Zarazem w ciągu ostatnich 10 lat wzrosła liczba osób cierpiących na zaburzenia psychiczne i liczba zgonów z nimi związanych. Finansowe obciążenie spowodowane chorobami psychicznymi jest wysokie i ma tendencję wzrostową. Ocenia się, że tylko w samej Europie około 30 milionów osób rocznie miało epizody związane z depresją. Wśród wszystkich chorób w tym rejonie około 20% to zaburzenia neuropsychiatryczne, zaś przeznaczone na zdrowie psychiczne środki finansowe wynoszą zaledwie 5,8% wydatków przeznaczonych na opiekę zdrowotną. Również w Europie notuje się najwyższy wskaźnik samobójstw na świecie, około 17%. Nie uległa zasadniczej poprawie sytuacja prawna osób z zaburzeniami psychicznymi, nadal ignorowane są potrzeby psychospołeczne chorych.

Konferencję w Helsinkach poprzedziły spotkania przygotowawcze, w czasie których omawiano poszczególne problemy polityki w zakresie ochrony zdrowia psychicznego oraz formułowano propozycje, jakie winny znaleźć się w deklaracji końcowej Konferencji Ministerialnej. Pierwsze spotkanie tego typu odbyło się w Kopenhadze, w lutym 2003 r. i dotyczyło relacji między zdrowiem psychicznym, a prawami człowieka. W czasie kolejnego spotkania w Atenach, w marcu tegoż roku, omawiano sprawę stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi. Obawa przed stygmatyzacją w wielu przypadkach przyczynia się do rezygnacji z leczenia, czego ubocznym skutkiem jest nie dofinansowanie służb psychiatrycznych i, w następstwie, stosowanie przestarzałych form leczenia.

Rok 2004 zaznaczył się wzmożonymi dyskusjami nad najbardziej palącymi problemami zdrowia psychicznego. Odbyło się 5 spotkań roboczych.

- **Konferencja „Strategie zapobiegania samobójstwom”** (Bruksela, 11–12 marzec 2004 r.), zorganizowana przez Biuro Regionalne WHO dla Europy i Ministerstwo Zdrowia Belgii, na której dyskutowano istniejące programy zapobiegania samobójstwom, sformułowano rekomendacje dla strategii prewencyjnych. Samobójstwa i próby samobójcze są poważnym problemem społecznym. W niektórych krajach wskaźnik śmiertelności z powodu samobójstw przekracza analogiczny wskaźnik w wypadkach samochodowych. Zwrócono uwagę na rolę mediów w zapobieganiu zachowaniom samobójczym.
- **Konferencja „Stres społeczny i zdrowie psychiczne”** (Moskwa, 3–5 czerwca 2004 r.), zorganizowana przez Regionalne Biuro WHO dla Europy i Instytut Psychiatrii Ministerstwa Zdrowia Rosji. Celem konferencji było omówienie skutków społecznych i ekonomicznych przemian, jakie przeżywały kraje europejskie w latach 90-tych zeszłego stulecia. Dyskutowano społeczne źródła stresu, jego skutki i możliwości zapobiegania. W krajach Europy Środkowej i Wschodniej specyficznym źródłem stresu stały się dramatyczne zmiany ustrojowe, natomiast w „starych” krajach członkowskich Unii Europejskiej są to konflikty etniczne bądź ataki terrorystyczne. Zwrócono uwagę,

że istniejące służby nie są w stanie sprostać obecnym wyzwaniom.

- **Konferencja „Porównanie problemów zdrowia psychicznego i czynników ryzyka w krajach Unii Europejskiej”** (Paryż, 30 czerwca 2004 r.), zorganizowana przez Regionalne Biuro WHO dla Europy i Unię Europejską. Celem konferencji była analiza zdrowia psychicznego ludności poszczególnych krajów Unii Europejskiej oraz omówienie użytecznych dla decydentów wskaźników ocen, pozwalających na przeprowadzanie porównań.
- **Konferencja „Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży”** (Luxemburg, 20–21 września 2004 r.) zorganizowana przez Regionalne Biuro WHO dla Europy we współpracy z Unią Europejską i rządem Luksemburga. Na spotkaniu omawiano szeroki wachlarz problemów dotyczących zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży: promocję, prewencję, działalność służb psychiatrycznych, nadużywanie alkoholu i narkotyków. We wnioskach na konferencję w Helsinkach zarekomendowano zwiększenie zainteresowania zdrowiem psychicznym niemowląt, dzieci i młodzieży, przeznaczenie na ten cel odpowiednich środków finansowych i włączenie tej problematyki do programów narodowych. Europa winna odejść od przestarzałego modelu opieki i dzieci i młodzież traktować mniej restryktywnie i dyskryminująco. Prewencja zaburzeń jest kluczowym elementem w walce o ich zdrowie psychiczne.
- **Konferencja „Zdrowie psychiczne i praca zawodowa”** (Tallin, 4–5 października 2004 r.), której celem była analiza wpływu pracy na zdrowie psychiczne pracowników. Omawiano podstawowe mechanizmy wpływu pracy na zdrowie psychiczne, zastanawiano się nad skutecznymi sposobami prewencji problemów natury psychicznej, spowodowanych obciążeniem czy przeciążeniem pracą. Zwrócono uwagę, że systematyczne działania mające na celu poprawę atmosfery pracy przyniosą korzyść nie tylko pracownikom, ale i pracodawcom. Poszukiwano rozwiązań, w jaki sposób zatrudniać osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne.

Rezultaty spotkań podsumowano w ostatnich dniach listopada 2004 r. w Brukseli. Ponadto, do uczestników konferencji organizacje pozarządowe skierowały specjalne przesłanie, opracowane na seminarium poprzedzającym otwarcie Konferencji. Przypomniano w nim podstawowe zasady traktowania osób z problemami zdrowia psychicznego i zasady efektywnej współpracy pomiędzy różnymi partnerami zaangażowanymi w problematykę zdrowia psychicznego.

Konferencja w Helsinkach trwała 4 dni. Odbyło się 9 sesji plenarnych, 14 równoległych sesji, kilka spotkań okrągłego stołu. Dyskusje były gorące i intensywne. Wypowiadali się najlepsi znawcy przedmiotu. Obrady podzielono na dwie części: pierwsze półtora dnia przeznaczono na prezentację najbardziej palących problemów zdrowia psychicznego, przez następne dni dyskutowano nad punktami Deklaracji i Planu Działań.

DEKLARACJA O OCHRONIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA EUROPY. PODJAĆ WYZWANIA, SZUKAĆ ROZWIĄZAŃ

Składa się z 5 części. Ma ona raczej charakter formalny i, jak większość tego typu dokumentów, jest dość ogólnikowa. Trudno jednak przecenić jej znaczenie, uznaje bowiem, że zdrowie psychiczne jest podstawą jakości życia i aktywności jednostek, rodzin, społeczności i narodów. Dlatego promocja zdrowia psychicznego, prewencja zaburzeń psychicznych, wszechstronna opieka nad osobami z problemami zdrowia psychicznego stają się priorytetami. Wszystkie kraje zostały zobowiązane do zajęcia się problemami zdrowia psychicznego oraz troską o poprawę dobrostanu psychicznego społeczeństwa.

W preambule Deklaracji przypomina się wysiłki, jakie podejmowano w ciągu ostatnich 30 lat dla spraw zdrowia psychicznego, cytowane są fragmenty przyjętych rezolucji i rekomendacji, podpisanych konwencji. Spośród wymienionych warto odnotować rezolucję przyznającą istotną rolę promocji zdrowia psychicznego i niszczących dla zdrowia psychicznego skutków marginalizacji, bezrobocia, alkoholizmu. Odwołano się również do konwencji o ochronie praw ludzkich oraz konwencji o ochronie praw dziecka.

W części drugiej zwrócono uwagę na zmiany, jakie zaszły w polityce państw wobec zdrowia psychicznego. Jej podstawowym elementem stała się promocja zdrowia psychicznego, przeciwdziałanie dyskryminacji i wykluczeniu społecznemu, sprawy prewencji i opieki. Zwrócono uwagę na współdziałanie użytkowników, w tym umożliwienie im wyboru rodzaju opieki oraz na sprawę integracji ze społeczeństwem tych osób, które doświadczyły poważnych problemów zdrowia psychicznego.

Część trzecia formułuje priorytety, które powinny być realizowane w następnej dekadzie. Są to:

1. propagowanie przekonania o znaczeniu zdrowia psychicznego dla społeczeństwa;
2. przeciwdziałanie stygmatyzacji i dyskryminacji osób z problemami zdrowia psychicznego oraz umożliwienie włączenia ich w proces terapeutyczny;
3. opracowanie i wprowadzenie w życie wszechstronnego, zintegrowanego i skutecznego systemu opieki, obejmującego promocję, prewencję, leczenie, rehabilitację, pomoc społeczną;
4. kształcenie kompetentnego i efektywnego personelu pracującego w tych dziedzinach;
5. uznanie, że doświadczenia i wiedza osób z problemami zdrowia psychicznego, ich rodzin i opiekunów są ważną podstawą dla organizacji i rozwoju wszystkich elementów opieki.

W części czwartej w 12 punktach przedstawiono działania, jakie należy podjąć, by polityka, mająca na celu osiągnięcie dobrostanu psychicznego wszystkich obywateli i integracja osób z problemami zdrowia psychicznego ze społeczeństwem została zrealizowana. Szczegółowe omówienie tych punktów Deklaracji zna-

lazło się w osobnym dokumencie pt. „Plan działań na rzecz ochrony zdrowia psychicznego dla Europy”. W zamierzeniach jego autorów, Plan ma wspierać realizację zadań, omówionych w Deklaracji, zgodnie z potrzebami, możliwościami oraz środkami dostępnymi w poszczególnych państwach. Propozycje zawarte w Planie Działań powinny znaleźć odbicie w narodowych strategiach i programach ochrony zdrowia psychicznego na kolejne 5 czy 10 lat.

Ostatnia, piąta, część Deklaracji omawia zobowiązania, jakie na siebie wzięli Ministrowie Zdrowia państw członkowskich Regionu Europejskiego. Zobowiązania te obejmują:

- opracowanie, wprowadzanie w życie i monitorowanie polityki i programów dotyczących ustawodawstwa w zakresie ochrony zdrowia psychicznego i przestrzegania praw człowieka;
- systematyczną ocenę wpływu podejmowanych przez polityków działań na zdrowie psychiczne społeczeństwa;
- eliminowanie stygmatyzacji i dyskryminacji oraz promowanie działań mających na celu integrację osób z problemami zdrowia psychicznego ze społeczeństwem;
- umożliwienie wyboru metod leczenia, opieki i rehabilitacji przez zainteresowanych;
- promowanie zdrowia psychicznego w szkołach, w pracy i w społecznościach lokalnych;
- zapobieganie czynnikom ryzyka np. przez popieranie kroków mających na celu wprowadzenie odpowiednich zmian w miejscu pracy, popieranie możliwie szybkiego powrotu do pracy ludzi, którym stan zdrowia na to pozwala;
- zapobieganie samobójstwom i przyczynom stresów, przemocy, depresji, nadużywaniu alkoholu i innych substancji psychoaktywnych;
- wzmacnianie roli podstawowej opieki zdrowotnej i lekarzy domowych w rozpoznawaniu i leczeniu zaburzeń psychicznych;
- rozwijanie leczenia środowiskowego dla osób z poważnymi problemami zdrowia psychicznego w celu odciążenia opieki szpitalnej;
- podjęcie działań zapobiegających opiece, która degradowuje chorych;
- działanie na rzecz współpracy między agencjami zajmującymi się zdrowiem, sprawami mieszkaniowymi, edukacją i zatrudnieniem;
- włączenie do programu nauczania wyższych szkół medycznych spraw zdrowia psychicznego;
- popieranie rozwoju wiedzy wśród osób zajmujących się zdrowiem psychicznym;
- zapewnienie dostatecznych środków finansowych na ochronę zdrowia psychicznego;
- zlecenie prowadzenia badań naukowych i rozpowszechnianie ich wyników.

W tej samej części Deklaracji znajdujemy wezwanie Ministrów, skierowane do Komisji Europejskiej i Rady Europy, by wspierali uchwaloną przez nich

Deklarację. Ministrowie zobowiązali się również do pomocy dla organizacji pozarządowych, działających na rzecz ochrony zdrowia psychicznego i do stymulowania powstawania organizacji pacjentów i ich rodzin, grup samopomocowych, do stwarzania warunków i możliwości zatrudniania osób niepełnosprawnych z powodu problemów zdrowia psychicznego.

Dyrektor Regionalny WHO dla Europy powinien podjąć działania w następujących 5 obszarach:

- współpracy wszystkich zainteresowanych instytucji i organizacji;
- informacji zdrowotnej – polegającej m.in. na opracowaniu nowych metod gromadzenia porównywalnych danych na temat zdrowia psychicznego;
- badań naukowych poprzez powołanie sieci ośrodków naukowych, popieranie wymiany naukowców, troskę o etyczne problemy związane ze zdrowiem psychicznym;
- rozwoju polityki i świadczeń w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, poprzez dostarczanie rządowi ekspertyz, sugestii, pomocy technicznej dotyczących ustawodawstwa, organizacji służb psychiatrycznych, programów „szkolenia osób szkolących”, formułowania polityki badań naukowych;
- działań na rzecz ochrony praw i interesów pacjenta.

Postanowiono, że postępy we wdrażaniu Deklaracji zostaną przedstawione na kolejnym spotkaniu międzyrządowym, które powinno odbyć się przed rokiem 2010.

PLAN DZIAŁAŃ NA RZECZ OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA EUROPY

Przyjęty przez Ministrów Plan Działań omawia w jednolity sposób wyróżnione kwestie. Opis rozpoczyna krótka charakterystyka podjętego problemu, określająca korzyści, jakie płyną z podjętych działań. Następnie proponuje ich zestaw, pozwalający na realizację zadania. Z szerokiej gamy propozycji wybieramy najbardziej naszym zdaniem interesujące.

Promocja dobrostanu psychicznego

Charakterystyka: promocja polepsza jakość życia całego społeczeństwa, w tym osób z problemami zdrowia psychicznego i ich opiekunów.

Proponowane działania: (a) opracowanie strategii promocji zdrowia psychicznego, uznanie promocji jako inwestycji długofalowej i opracowanie długofalowych programów edukacyjnych i informacyjnych; (b) promowanie działań społeczności lokalnych; (c) stworzenie warunków dla zdrowego trybu życia – zdrowej diety i aktywności fizycznej dla osób starszych; (d) organizowanie miejsc pracy sprzyjających zdrowiu psychicznemu poprzez takie środki jak ćwiczenia fizyczne, zmiany wzorców pracy, właściwe zarządzanie; (e) stworzenie warunków, które pozwolą społeczeństwu wziąć odpowiedzialność za promocję zdrowia psychicznego, np. wskazując na ważność wyboru stylu życia.

Wskazywanie, że zdrowie psychiczne jest niezbędne dla budowania zdrowego i produktywnego społeczeństwa

Charakterystyka: międzyresortowa polityka i działalność w sprawach socjo-ekonomicznych, planowania przestrzennego, pracy, edukacji ma dodatni wpływ na zdrowie psychiczne i zmniejsza ryzyko występowania zaburzeń psychicznych.

Proponowane działania: (a) zdrowie psychiczne musi stać się nieodłączną częścią zdrowia publicznego, (b) systematyczna ocena ewentualnego wpływu wprowadzanej w życie polityki społecznej na zdrowie psychiczne społeczeństwa, szczególnie osób z problemami zdrowia psychicznego lub osób należących do grup ryzyka.

Przeciwdziałanie stygmatyzacji i dyskryminacji

Charakterystyka: przeciwdziałanie stygmatyzacji i dyskryminacji osób z problemami zdrowia psychicznego musi być integralną częścią wprowadzania polityki na rzecz ochrony zdrowia psychicznego. Prawa tych osób muszą być chronione, wzmacniana integracja ze społeczeństwem.

Proponowane działania: (a) przeciwdziałanie stygmatyzacji i dyskryminacji poprzez podkreślanie powszechności zaburzeń psychicznych, możliwości ich leczenia i wyleczenia; (b) opracowanie i wprowadzenie w życie narodowych lub międzyministerialnych programów mających na celu eliminację stygmatyzacji i dyskryminacji w miejscu pracy i w polityce zatrudnienia; (c) wprowadzanie międzynarodowych standardów praw człowieka; (d) stworzenie stałych i systematycznych kontaktów z mediami; (e) opracowanie przepisów pozwalających uczestniczyć pacjentom, ich rodzinom i opiekunom w komisjach i grupach odpowiedzialnych za planowanie, monitorowanie i ocenianie działań związanych ze zdrowiem psychicznym; (f) stymulowanie powstawania krajowych i lokalnych, pozarządowych organizacji reprezentujących interesy osób z problemami zdrowia psychicznego, ich opiekunów i społeczności, w których mieszkają i żyją; (g) popieranie integracji młodzieży i dzieci z problemami zdrowia psychicznego; (h) organizowanie szkoleń zawodowych dla osób z problemami zdrowia psychicznego i adaptacja miejsc pracy do ich szczególnych potrzeb.

Promocja działań skierowanych na osoby szczególnego ryzyka

Charakterystyka: niemowlęta, dzieci, młodzież i osoby starsze należą do grup szczególnie mocno narażonych na społeczne, psychiczne czy biologiczne ryzyko. Te grupy muszą znaleźć się w centrum polityki promującej zdrowie psychiczne, w centrum działań zapobiegających zaburzeniom psychicznym i opieki medycznej. Aktualnie wiele krajów nie jest przygotowanych, zarówno pod względem możliwości technicznych jak i kwalifikacji personelu, do podjęcia działań związanych z problemami wieku. Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży trzeba uznać za długofalową inwestycję nie

tylko w skali jednostkowej, ale dla społeczeństwa i całego systemu zdrowotnego.

Proponowane działania: (a) włączenie do programu ochrony zdrowia psychicznego jako priorytetu – zdrowia psychicznego dzieci, młodzieży i osób starszych; (b) zaangażowanie młodzieży i osoby starsze w procesy opracowywania i podejmowania decyzji; (c) powołanie służb nastawionych na potrzeby młodych i starszych ludzi, służb współpracujących z rodzinami, szkołami, ambulatoriami, sąsiadami, przyjaciółmi; (d) rozwój centrów opieki środowiskowej dla osób starszych; (e) zorganizowanie dla osób o podwyższonym ryzyku systemu zintegrowanej opieki w ramach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz pomocy społecznej; (f) poprawa współpracy pomiędzy organizacjami zaangażowanymi w programy prewencji nadużywania alkoholu i narkotyków a instytucjami odpowiedzialnymi za zdrowie i zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży; (g) szkolenie specjalistów w zakresie interwencji i opieki nad osobami z grup ryzyka.

Prewencja zaburzeń psychicznych i samobójstw

Charakterystyka: dokonujące się w wielu krajach zmiany społeczne mają niewątpliwie wpływ na zwiększenie się liczby zaburzeń lękowych, depresji, zaburzeń wywołanych używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, na zachowania samobójcze. Dotyczy to zarówno jednostek, jak i całych społeczności, może mieć miejsce w szkołach i w miejscach pracy. Marginalizowane grupy jak niepełnosprawni, uchodźcy, ludzie zwalniani z więzień, osoby o odmiennej orientacji seksualnej są najbardziej narażeni na problemy zdrowia psychicznego.

Proponowane działania: (a) poszerzanie wiedzy społecznej na temat rozpowszechnienia, symptomów, możliwości leczenia objawów stresu, lęków, depresji i schizofrenii; (b) dostępność programów prewencyjnych; (c) propagowanie informacji o działających grupach samopomocowych, telefonach zaufania i pomocy, szczególnie dla osób z grup wysokiego ryzyka; (d) opracowanie programów przeciwdziałania samobójstwom oraz programów edukacyjnych przeciwdziałających depresji, używaniu substancji psychoaktywnych przez młodzież i studentów; (e) zaangażowanie młodych ludzi w tego typu kampanie; (f) zapewnienie pomocy medycznej osobom doświadczającym sytuacji kryzysowych, bezprawia, klęsk żywiołowych, ataków terrorystycznych; (g) uczulenie pracowników podstawowej opieki zdrowotnej na problematykę samobójstw; (h) promowanie zdrowia psychicznego w miejscach pracy; (i) popieranie zaangażowania instytucji odpowiedzialnych za zatrudnienie, sprawy mieszkaniowe, edukację w opracowywanie i implementację programów prewencyjnych.

Zapewnienie wysokiej jakości opieki dla osób z problemami zdrowia psychicznego

Charakterystyka: w wielu krajach Europy lekarze rodzinni lub lekarze podstawowej opieki zdrowotnej są głównym zapleczem dla osób z problemami zdrowia

psychicznego. Jednak wiele problemów zdrowia psychicznego pozostaje przez nich niezidentyfikowanych a leczenie tych problemów nie jest adekwatne do potrzeb. Podstawowa opieka zdrowotna musi posiadać możliwości zarówno techniczne, jak i kompetencyjne rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych i, jeśli okaże się to konieczne, wspomagać służby specjalistyczne.

Proponowane działania: (a) zapewnienie pomocy psychiatrycznej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej; (b) rozwijanie służb podstawowej opieki zdrowotnej, umiejącej kompetentnie identyfikować i leczyć problemy zdrowia psychicznego, w szczególności depresje, lęki, zaburzenia związane ze stresem, z używaniem substancji psychoaktywnych; (c) umożliwienie dostępu do leków psychotropowych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej dla osób z zaburzeniami o przewlekłym charakterze; (d) zainteresowanie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej podejmowaniem działań prewencyjnych i akcji promocyjnych; (e) opracowanie standardów postępowania i leczenia zaburzeń psychicznych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej; (f) zorganizowanie centrów kompetencji w każdym regionie; (g) ustanowienie łatwego dostępu do ośrodków opieki środowiskowej i szpitali ogólnych zapewniających pomoc psychiatryczną.

Efektywna opieka środowiskowa dla osób z poważnymi problemami zdrowia psychicznego

Charakterystyka: reformę opieki psychiatrycznej przeprowadzono już w wielu krajach Europy. W XXI-wym wieku nie powinno być niehumanitarnego i degradującego leczenia osób z problemami zdrowia psychicznego w dużych instytucjach i szpitalach. Zamykanie dużych szpitali i rozwijanie efektywnej opieki środowiskowej jest wymogiem chwili. Istotne też jest wspieranie emocjonalne, materialne i edukacyjne rodzin i przyjaciół opiekujących się chorymi.

Proponowane działania: (a) opracowanie i wprowadzenie w życie systemu pomocy opartego o zespoły leczenia środowiskowego, dostępnego 24 godziny na dobę, siedem dni w tygodniu z międzydiscyplinarnym personelem dla osób cierpiących na schizofrenię, zaburzenia dwubiegunowe, ciężką depresję, demencję; (b) organizowanie tzw. opieki kryzysowej oferującej pomoc w miejscu pracy oraz zamieszkania i zapobiegającej pogarszaniu się stanu zdrowia oraz kierowaniu do szpitala; (c) zagwarantowanie koniecznych lekarstw w cenach możliwych do udźwignięcia przez osoby chore i krajowy system zdrowotny; (d) oferowanie rehabilitacji, pozwalającej na włączenie osób z zaburzeniami psychicznymi do społeczeństwa; (e) powołanie rzeczników praw pacjenta dla wzmocnienia dobrej praktyki i zastopowania nadużyć w opiece psychiatrycznej.

Współpraca między sektorami

Charakterystyka: działania na rzecz osób z problemami zdrowia psychicznego podejmowane są przez różne instytucje. Brak koordynacji wpływa na obniżenie

standardu opieki. Konieczna jest współpraca pomiędzy instytucjami, także na poziomie ministerialnym. Korzystający z usług i ich rodziny mają prawo do pomocy w takich sprawach jak posiadanie mieszkania, zatrudnienie, dodatki socjalne.

Proponowane działania: (a) organizowanie pełnej opieki nad osobami z problemami zdrowia psychicznego w ścisłej współpracy różnych sektorów; (b) organizowanie sieci służb socjalnych, zatrudnienia, edukacji, transportu, spraw prawnych, ogólnozdrowotnych; (c) identyfikowanie finansowych i biurokratycznych przeszkód hamujących współpracę, także na poziomie rządowym.

Kształcenie kompetentnej kadry pracowników w zakresie ochrony zdrowia psychicznego

Charakterystyka: reformy dotyczące ochrony zdrowia psychicznego wymagają podejmowania nowych zadań, zwiększają zakres odpowiedzialności, modyfikują systemy wartości, wymagają zdobywania nowej wiedzy i umiejętności. Praktyka i sposoby wykonywania zadań przez pracowników ochrony zdrowia psychicznego, oraz nauczycieli, pracowników socjalnych, duchowieństwa, wolontariuszy powinny być stale modernizowane, tak by były bardziej skuteczne. Staje się koniecznością organizowanie szkoleń, które przygotowywałyby pracowników do nowych zadań.

Proponowane działania: (a) rozpoznawanie potrzeb, zadań i zakresu odpowiedzialności profesjonalistów; (b) włączenie doświadczeń pracy w środowisku lokalnym i w wieloprofesjonalnych zespołach do programu szkoleń wszystkich pracowników ochrony zdrowia psychicznego; (c) opracowanie programu szkoleń w zakresie problemów zdrowia psychicznego dla pracowników podstawowej opieki zdrowotnej; (d) zapewnienie równomiernego zatrudnienia pracowników ochrony zdrowia psychicznego w poszczególnych rejonach kraju; (e) wspieranie programów szkoleń osób, które mogą szkolić pracowników służby zdrowia; (f) szkolenie pracowników ochrony zdrowia psychicznego na temat wzajemnych powiązań między promocją, prewencją i leczeniem; (g) opracowanie specjalistycznych programów szkoleń dla osób mających do czynienia z sytuacjami wymagających wysokiego poziomu wiedzy, takich jak opieka i leczenie dzieci, osób starszych, osób cierpiących z powodu zaburzeń zarówno psychicznych jak i zaburzeń wywołanych używaniem substancji psychoaktywnych.

Płynny przepływ informacji w zakresie ochrony zdrowia psychicznego

Charakterystyka: wprowadzanie w życie polityki i programów ochrony zdrowia psychicznego w Europie wymaga przepływu informacji o sytuacji zdrowia psychicznego i podejmowanych działaniach w poszczególnych państwach. Należy monitorować stosowanie nowych inicjatyw. Sytuacja osób korzystających z pomocy służb psychiatrycznych powinna być badana w sposób

pozwalający na przeprowadzanie porównań. Wskaźniki powinny być standaryzowane i porównywalne na poziomie lokalnym, krajowym i międzynarodowym, tak by możliwe były: planowanie, implementacja, monitorowanie i ewaluacja potwierdzonych empirycznie strategii i programów ochrony zdrowia psychicznego.

Proponowane działania: (a) opracowanie lub wzmocnienie krajowych systemów zbierania danych opartych na standaryzowanych i porównywalnych wskaźnikach w celu monitorowania zadań podnoszących dobrostan społeczeństwa; (b) opracowanie nowych wskaźników lub metod zbierania danych, włączając w to promocję zdrowia psychicznego, prewencję, leczenie; (c) przeprowadzanie okresowych badań ankietowych dotyczących stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa; (d) badanie zapadalności i rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych, w tym czynników ryzyka; (e) monitorowanie istniejących programów ochrony zdrowia psychicznego, działania służb psychiatrycznych; (g) rozpowszechnianie informacji o znaczeniu skutecznej polityki i praktyki w zakresie ochrony zdrowia psychicznego.

Zapewnienie dostatecznych środków finansowych

Charakterystyka: środki finansowe przeznaczone na ochronę zdrowia psychicznego na ogół nie przystają do potrzeb, jeśli porównuje się z środkami, którymi dysponują inne sektory publiczne. Nie dofinansowanie wpływa na poziom dostępności pomocy, decyduje o odrzuceniu. Niektóre systemy opieki zdrowotnej wręcz dyskryminują osoby z poważnymi problemami zdrowia psychicznego. Środki finansowe przeznaczone na ochronę zdrowia psychicznego powinny być dzielone tak, by najwięcej otrzymywali najbardziej potrzebujący.

Proponowane działania: (a) szacowanie, czy fundusze przeznaczone na ochronę zdrowia psychicznego odpowiadają na potrzeby i priorytety osób najbardziej potrzebujących; (b) zapewnienie, by osoby z najpoważniejszymi problemami i najbiedniejsze otrzymywały największą pomoc; (c) ocena, czy alokacja środków finansowych jest skuteczna.

Skuteczność i nowa wiedza

Charakterystyka: niektóre strategie działania i metody leczenia wymagają udokumentowania swojej skuteczności. Zatem inwestowanie w badania naukowe jest konieczne. Co więcej, konieczne jest również inwestowanie w rozpowszechnienie nowych metod działania, gdyż przykłady dobrej praktyki nie są znane politykom, menadżerom, profesjonalistom i badaczom. Uczni z poszczególnych krajów Europy muszą współpracować, by położyć podwaliny pod działania oparte na wiedzy. Priorytety badawcze obejmują analizę polityki ochrony zdrowia psychicznego, ocenę wpływu polityki ogólnej na zdrowie psychiczne, ewaluację programów promocji zdrowia psychicznego, nowe modele opieki, kwestie ekonomiczne ochrony zdrowia psychicznego.

Proponowane działania: (a) popieranie badań naukowych identyfikujących potrzeby społeczeństwa (ze szcze-

gólnym uwzględnieniem grup ryzyka); badania te pozwolą na opracowanie działań o najwyższej skuteczności; (b) ocena funkcjonowania systemu ochrony zdrowia psychicznego w czasie i formułowanie priorytetów badawczych w zależności od potrzeb; (c) popieranie badań przyczyniających się do opracowania programów prewencyjnych; (d) zniwelowanie przepaści między badaniami i praktyką poprzez ułatwianie współpracy między uczonymi, politykami, profesjonalistami; (e) organizowanie seminariów, publikowanie wyników badań, (f) pomoc finansowa dla szkolenia pracowników naukowych, poszerzających wiedzę w zakresie antropologii, socjologii, psychologii, ekonomii; (g) poszerzanie współpracy badawczej w zakresie zdrowia psychicznego poprzez tworzenie sieci ośrodków współpracujących z WHO i innych instytucji naukowych zajmujących się prewencją; (h) pomoc materialna dla współpracy regionalnej, pozwalająca uniknąć dublowania badań naukowych.

Ostatnia część przyjętego przez Ministrów Planu Działań nosi nazwę „Kamienie milowe”. Zobowiązuje ona państwa europejskie, będące członkami WHO do podjęcia w latach 2005–2010 m.in. następujących działań:

1. opracowania programów i wdrożenia działań mających na celu zwalczanie stygmatyzacji i dyskryminacji, promujących dobrostan psychiczny społeczeństwa również w szkołach i miejscach pracy;
2. włączenia programów zapobiegania problemom zdrowia psychicznego i samobójstwom do narodowych programów zdrowia;
3. wprowadzenia specjalistycznej opieki przeznaczonej dla młodzieży i osób starszych,
4. promowania świadczeń zdrowotnych ukierunkowanych na problemy zdrowia psychicznego grup marginalizowanych i zagrożonych, włączając w to problemy podwójnej diagnozy;
5. tworzenia kompetentnej kadry profesjonalistów;
6. określenia wskaźników dotyczących wyznaczników i epidemiologii zdrowia psychicznego, oraz zasad pracy służb ochrony zdrowia psychicznego we współpracy z innymi krajami członkowskimi WHO;
7. wprowadzenia regulacji prawnych i przeznaczenie wystarczających środków finansowych, zapewniających, że zdrowie psychiczne będzie traktowane równorzędnie z innymi potrzebami ochrony zdrowia;
8. wyeliminowanie niehumanitarnych i degradujących metod leczenia i opieki osób z problemami zdrowia psychicznego i zadbanie o przestrzeganie praw człowieka zgodnego ze standardami konwencji Narodów Zjednoczonych i międzynarodowego ustawodawstwa;
9. zadbanie o lepszą integrację osób z problemami zdrowia psychicznego ze społeczeństwem;
10. zapewnienie odpowiedniej reprezentacji osób, które korzystają z opieki psychiatrycznej i ich opiekunów w zespołach i grupach, odpowiedzialnych za planowanie, realizowanie, monitorowanie działalności związanej z ochroną zdrowia psychicznego.

OD SŁÓW DO CZYNÓW

Obrazy podsumował David Hunter, profesor na Uniwersytecie w Durham (Wielka Brytania). W piętnastominutowym przemówieniu zwrócił uwagę na najistotniejsze problemy poruszane w czasie konferencji:

- uznał, że sprawą podstawową jest przejście od słów do czynów. Konieczna jest zmiana polityki w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, położenie większego nacisku na sprawy promocji i tam, gdzie to możliwe, na działania profilaktyczne. Podobnie jak ogólna polityka zdrowotna, tak polityka na rzecz ochrony zdrowia psychicznego, nadal nakierowana jest na opiekę szpitalną, na którą przeznaczają się najwięcej środków. Leczenie szpitalne jest ważne i tu nie chodzi o dokonywanie wyboru pomiędzy nim, a promocją. Doświadczenie różnych krajów pokazało, że promocja zdrowia psychicznego jest skuteczna. Wymaga jednak determinacji i politycznego zaangażowania. W ciągu ostatnich lat od rządów wielu krajów usłyszano wiele wspaniałych deklaracji i oświadczeń, które nigdy nie zostały zrealizowane.
- wskazał, że należy umożliwić osobom cierpiącym na zaburzenia psychiczne, ich rodzinom, opiekunom i przyjaciółom podejmowanie działań związanych ze sprawami ich choroby. To prawda, że zgoda na aktywne włączenie chorych i ich opiekunów w sprawy leczenia zagraża pozycji profesjonalistów. Niemniej, dobrze określone warunki współuczestnictwa, powinny przynieść korzyści. O tych trudnych sprawach należy rozmawiać. Chorzy muszą być traktowani jako partnerzy, którzy najlepiej znają swój stan zdrowia i warunki życia. Ten problem jest jeszcze bardzo słabo przemyślany teoretycznie. Jeśli wziąć pod uwagę szerszy kontekst, to ważne jest również, by przy opracowywaniu polityki ochrony zdrowia psychicznego i kształtowaniu opieki psychiatrycznej, zasięgać opinii pacjentów i ich rodzin. W trakcie konferencji podano przykłady wielu udanych inicjatyw w tej kwestii, niemniej nie należy ona do głównego nurtu polityki i praktyki.
- podkreślił, że wymiana doświadczeń, otwarcie na nowe idee i wiedzę, na nowe metody opieki i pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi zarówno w poszczególnych krajach Europy, jak i pomiędzy nimi, jest ważnym zadaniem WHO i Rady Europy. Zbyt duży nacisk kładzie się na badania (B), a zbyt mały na rozwój (R). Trzeba strategię B&R zmienić na strategię R&B. Niezbędne są w tym celu nakłady na kształcenie, które jest głównym czynnikiem rozwoju. Służby przynoszące pomoc osobom chorym muszą stać się organizacjami kształcącymi i innowacyjnymi, otwartymi na nowe idee i nowe metody niesienia pomocy. Europa jest bogata swoją różnorodnością, co stwarza niezwykle możliwości wymiany doświadczeń i systemów opieki.
- zauważył, że stałość i kontynuacja nie jest cechą wszystkich krajów europejskich. Niestabilność

- polityczna, częste zmiany ministrów i rządów, nie sprzyjają polityce ochrony zdrowia psychicznego. Niemniej stabilizacja jest konieczna, aby Deklaracja i Plan Działań zostały zrealizowane.
- przyznał, że Deklarację i Plan Działań podpisali Ministrowie Zdrowia, niemniej, jak już wielokrotnie wskazywano, jeśli mają dokonać się jakiegokolwiek zmiany, konieczne jest zaangażowanie w politykę ochrony zdrowia psychicznego innych ministerstw. Minister finansów, ministrowie edukacji, budownictwa mieszkaniowego, spraw socjalnych, pracy powinni współpracować przy realizacji punktów Deklaracji. Wpływanie na inne ministerstwa, uświadamianie jak ważna jest treść obu dokumentów, jest zadaniem Ministerstwa Zdrowia. Trzeba walczyć z chorobą „segmentalizacji” zarówno w rządzie, jak i w innych organizacjach, w sektorze publicznym, jak i prywatnym.
 - zaznaczył, że potrzebna jest lepsza informacja na temat sytuacji zdrowia psychicznego w Europie, gromadzenie porównywalnych danych z poszczególnych krajów, wykorzystywanie już istniejącej wiedzy. Nacisk położyć należy bardziej na ocenę podejmowanych działań w kontekście ich kosztów i skuteczności, niż na badania dotyczące poszczególnych problemów.
 - podkreślił, że największym wyzwaniem jest wprowadzenie Deklaracji w życie. Ta sprawa wywołała największą dyskusję. Dostosowanie tego dokumentu do zadań, systemu, możliwości finansowych poszczególnych państw jest podstawowym warunkiem udanej implementacji wskazań zawartych w Deklaracji. Poszczególne kraje muszą sobie postawić ambitne, lecz zarazem możliwe do zrealizowania cele. Ważne jest także, by wykorzystać umiejętności kierowania i zarządzania. Te umiejętności są deficytowe w całej służbie zdrowia i ich brak często hamuje postęp.
 - przypomniał, że każdy kraj znajdzie swoje własne priorytety. Wszyscy uczestnicy konferencji przyznali,

że zdrowie psychiczne jest jednym z największych wyzwań, przed jakimi stoją wszystkie kraje regionu europejskiego. Nie może być miejsca na samozadowolenie.

* * *

Uchwalenie Deklaracji i Planu Działań uznano za historyczny moment w niezbyt długiej historii polityki na rzecz ochrony zdrowia psychicznego w Europie. Pomimo iż poszczególne państwa znajdują się na odmiennych etapach rozwoju opieki psychiatrycznej, w czasie konferencji ich przedstawiciele deklarowali, że podzielają zasady, które składają się na szeroko rozumianą politykę ochrony zdrowia psychicznego i, niezależnie od czekających ich trudności, przyjmują zaproponowane rozwiązania.

Deklarację i Plan Działań zaaprobowali 52 kraje członkowskie. Dr Markos Kyprianou, Komisarz ds. Zdrowia i Ochrony Konsumentów Komisji Europejskiej oświadczył, że przyjęte dokumenty będą podstawą prac Komisji Europejskiej w formułowaniu polityki w zakresie zdrowia publicznego. Dla wszystkich uczestników konferencji było jasne, że wprowadzenie w życie Deklaracji i Planu Działań będzie możliwe tylko wówczas, jeśli podstawowe ich przesłanie „nie ma zdrowia, bez zdrowia psychicznego” znajdzie zrozumienie i uzyska wsparcie zarówno wśród polityków, jak i całego społeczeństwa.

Na zakończenie spotkania, Dr Marc Danzon, Dyrektor Biura Regionalnego WHO dla Europy, powiedział:

„Porozumienie podpisane dzisiaj daje nam amunicję do prowadzenia walki przeciwko milczeniu, przeciwko ukrywaniu problemów zdrowia psychicznego. Wzięliśmy to, co najlepsze z praktyki i badań na temat zdrowia psychicznego i wykuliśmy porozumienie, dzięki któremu osoby z problemami zdrowia psychicznego w każdym z krajów Europy powinny odczuć rzeczywistą poprawę.”

Adres: mgr Grażyna Herczyńska, Biuro ds. Współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia Instytut Psychiatrii i Neurologii, al. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa, tel: (22) 45 82 542, fax: (22) 651 65 61, e-mail: hercz@ipin.edu.pl