



Zdrowie psychiczne w krajach Unii Europejskiej. Sprawozdanie z pobytu na konferencji „Comparing mental health and risk factors across EU countries” w Paryżu, 30 czerwca 2004 r.

Mental health in the EU. A report from the conference “Comparing mental health and risk factors across EU countries”. Paris, France. June 30, 2004

ELŻBIETA ŚLUPCZYŃSKA-KOSSOBUDZKA

Z Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Konferencja była zorganizowana przez WHO i Unię Europejską, jako jedno z pięciu spotkań (tzw. *pre-events*) poprzedzających planowaną na styczeń konferencję ministerialną, poświęconą zdrowiu psychicznemu. Na spotkaniu paryskim przedstawiono wyniki programu badawczego, poświęconego zagadnieniu stanu zdrowia psychicznego w krajach Unii Europejskiej. Uczestnikami konferencji byli przedstawiciele wszystkich starych krajów Unii oraz dwu nowych członków: Polski i Czech. Mój udział polegał na wysłuchaniu referatów, uczestniczyłam też w konferencji okrągłego stołu, przedstawiając pokrótce stan promocji, prewencji i opieki psychiatrycznej oraz porównując omawiane zagrożenia zdrowia psychicznego w krajach Unii i w Polsce. Większość czynników ryzyka jest wspólnych, wyjątek stanowi imigracja, stanowiąca poważny problem w krajach dawnej Unii, a niewielki – jak dotąd – w Polsce. W naszym natomiast kraju mamy do czynienia ze specyficznymi zagrożeniami makrostrukturalnymi (takimi jak spadek zaufania do instytucji publicznych), ujawnionymi w ostatnich wielonarodowych badaniach socjologów.

RANGA ZAGADNIENI ZDROWIA PSYCHICZNEGO W UNII EUROPEJSKIEJ

Zagadnienia zdrowia dopiero od niedawna, od traktatu z Maastricht, należą do kom-

petencji Unii. W oparciu o ten traktat Komisja Społeczności Europejskich opublikowała w 1993 r. Ramowy Program Zdrowia Publicznego, obejmujący osiem programów. Zdrowie psychiczne umieszczono w programie: „Funkcjonowanie i jakość życia”, zalecając ustalenie ich wskaźników, co zaowocowało wieloma projektami z zakresu zdrowia psychicznego, m.in. wieloma badaniami populacyjnymi oraz programem: *Putting Mental Health on the European Agenda* (1998–2000). Projekt ten wyraźnie podkreślał konieczność szerszego podejścia do zdrowia psychicznego, a mianowicie:

- powinno ono zostać włączone do sfery zdrowia publicznego, ponieważ jest istotną determinantą ogólnego zdrowia i dobrego samopoczucia,
- zamiast koncentrować się na zdrowiu psychicznym jednostek trzeba poświęcić więcej uwagi zdrowiu populacji,
- nowoczesne rozumienie zdrowia psychicznego wymaga operowania nie tylko wskaźnikami negatywnymi (związanymi z chorobą), ale też pozytywnymi miarami zdrowia psychicznego.

Nie bez znaczenia dla coraz większego zainteresowania zagadnieniami zdrowia psychicznego są dane o znacznym, i szybko narastającym obciążeniu jednostek i społeczeństw tymi problemami. Według WHO cztery spośród sześciu pierwszych przyczyn niesprawności, to zaburzenia psychiczne (depresja,

zaburzenia związane z nadużywaniem alkoholu, schizofrenia i zaburzenia afektywne dwubiegunowe). Sama depresja jest przyczyną 12% lat niesprawności i jest trzecią w kolejności przyczyną globalnego obciążenia chorobami. W dawnych krajach Unii koszt problemów zdrowia psychicznego szacuje się na 3–4% GNP (w tym opieki zdrowotnej 2%). Wykazano też, że koszt leczenia przewlekłych zaburzeń psychicznych jest względnie wysoki w porównaniu z wieloma innymi chorobami. Tak np. średni roczny koszt opieki nad osobą z depresją (łącznie opieka, leki, niesprawność) jest ponad czterokrotnie większy niż w innych chorobach.

We wrześniu 2002 r. przyjęto nowy program zdrowia publicznego na lata 2003–2008, który ma następujące cele:

- poprawa informacji i wiedzy niezbędnej dla rozwoju zdrowia publicznego,
- zwiększenie umiejętności szybkiego i skoordynowanego reagowania na zagrożenia zdrowia,
- promocja zdrowia i zapobieganie chorobom poprzez wpływ na czynniki warunkujące zdrowie, we wszystkich dziedzinach polityki społecznej.

Jednym z efektów tego programu są doniesienia prezentowane na konferencji paryskiej i roboczy raport *The State of Mental Health in the European Union*.

METODY STOSOWANE W PREZENTOWANYM PROGRAMIE BADAWCZYM

Celem programu był opis stanu zdrowia psychicznego i jego determinant, brały w nim udział wszystkie kraje „starej” Unii i Norwegia. Korzystano z danych statystyk rutynowych (samobójstwa, zgony z niewyjaśnionych przyczyn, spożycie środków psychoaktywnych, zasoby opieki psychiatrycznej, sprzedaż leków psychotropowych) oraz z miar, ustalonych w trakcie badań populacyjnych. Zastosowano następujące miary: pozytywne zdrowie psychiczne (dobre samopo-

czucie i umiejętność radzenia sobie z trudnościami) oraz negatywne – dystres psychologiczny i zaburzenia psychiczne.

Szukając danych z badań populacyjnych przeanalizowano blisko 200 badań, przeprowadzonych w Europie (na poziomie krajowym, regionalnym lub lokalnym). Okazało się jednak, że są one trudno porównywalne ze względu na znaczne różnice metodologiczne. Dlatego też głównym źródłem informacji były dwa badania europejskie: pilotażowy Esemed (przeprowadzony w 2000 r. w sześciu krajach, mierzono w nim rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych i dystresu psychologicznego) oraz Eurobarometer (jest to wielotematyczne badanie, przeprowadzane dwa razy w roku we wszystkich krajach Unii, w 2002 r. obejmowało ono wiele pytań związanych ze zdrowiem psychicznym – podskale dystresu psychologicznego, energii i witalności, postrzegania swojego zdrowia, wsparcia społecznego oraz pytanie o poszukiwanie pomocy z powodu problemów zdrowia psychicznego). Wskaźnik odpowiedzi w poszczególnych krajach wynosił od 23 do 84%; z analizy wyłączono te kraje, w których nie przekraczał on 45%.

Ponadto przeprowadzono analizy porównujące ryzyko różnych zaburzeń w poszczególnych krajach i porównano wpływ niektórych czynników ryzyka (standaryzowano wpływ wieku, płci, środowiska zamieszkania).

STAN ZDROWIA PSYCHICZNEGO W KRAJACH EUROPEJSKICH

Samobójstwa dokonane

Stwierdzono znaczne zróżnicowanie wielkości wskaźników – od 3 (w Grecji) do 24 (w Finlandii) na 100 000 ludności. Część tych różnic wynika z niejednorodności procedur klasyfikacji zgonu jako samobójstwa). W większości krajów notuje się trend spadkowy częstości samobójstw, zarówno u mężczyzn, jak też, jeszcze wyraźniejszy, u kobiet.

Najwyższe wskaźniki występują u osób w wieku podeszłym. Innym ważnym czynni-

kiem ryzyka samobójstwa jest nadużywanie substancji psychoaktywnych. Nie stwierdzono natomiast związku z głównymi czynnikami ekonomicznymi (bezrobocie, ubóstwo).

Substancje psychoaktywne

We wszystkich krajach Unii wyraźne są problemy związane z nadużywaniem alkoholu (stanowią 9% obciążenia wszystkimi chorobami). Poziom konsumpcji alkoholu jest bardzo zróżnicowany, najwyższy w Luksemburgu, najniższy w Szwecji, ale znacznie interweniują tu stosowane w poszczególnych krajach metody pomiaru. W ostatnich 20 latach poziom konsumpcji jest względnie stały w krajach północnych (z wyjątkiem Finlandii), spadkowy w krajach produkujących wino (Francja, Portugalia, Hiszpania, Włochy), wyraźnie wzrostowy w Luksemburgu i Irlandii.

Najczęściej w Europie używanym narkotykiem jest Cannabis. Szacuje się, że co najmniej jedna piąta dorosłych próbowała go. Następne miejsce zajmuje ecstazy lub amfetamina. Badania przeglądowe sugerują wzrost spożycia kokainy w niektórych krajach (Anglia, Dania, Niemcy, Holandia), zwłaszcza wśród młodych mieszkańców miast. Co roku w Europie notuje się ok. 7–9 tysięcy nagłych zgonów związanych z narkotykami, główne ofiary są w wieku 20–30 lat.

Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych i dystresu psychologicznego

Przytaczane poniżej dane uzyskano z badań Eurobarometer i Eseméd. Choć stosowano w nich te same metody i schemat badawczy we wszystkich krajach, mają sporo mankamentów (zwłaszcza różny stopień uczestnictwa w badanych krajach, kwestia adekwatności tłumaczeń, różna struktura demograficzna populacji badanych krajów). Interpretacja wyników wymaga zatem ostrożności, dlatego też raport prezentuje niewiele globalnych porównań.

Zaburzenia psychiczne (rozpowszechnienie w sześciu krajach, w ciągu 12 miesięcy):
– ogółem zaburzenia psychiczne – najmniejsze rozpowszechnienie we Włoszech, po-

tem kolejno Hiszpania, Niemcy, Belgia, Holandia, Francja,

- depresja – Włochy (najmniejsze), Hiszpania, Holandia, Belgia, Francja (największe),
- niepokój – najmniejsze rozpowszechnienie we Włoszech, kolejne miejsca zajmują: Hiszpania, Belgia, Niemcy, Holandia, Francja.

Dystres psychologiczny

Największy we Włoszech i Francji, najmniejszy w Holandii, Hiszpanii. Niemcy i Belgia zajmują pozycje środkowe. Ciekawy jest przypadek Włoch – charakteryzuje je najniższy poziom zaburzeń psychicznych, a zarazem najwyższy poziom dystresu. Być może Włosi są skłonni do przyznawania się do niektórych powszechnych dolegliwości, a mniej skłonni do przyznania się do poważnych objawów psychiatrycznych. Albo istnieją jakieś mechanizmy społeczne i kulturowe chroniące osoby w dystresie przed tym, żeby stały się przypadkiem psychiatrycznym (tę hipotezę wspierają niskie we Włoszech wskaźniki samobójstw i konsumpcji alkoholu).

Powyższa analiza wskazuje, jak trudno interpretować dane porównawcze. Wskazuje też że dystres jest odrębną miarą niż zaburzenia psychiczne, mimo że oba wskaźniki nieco się krzyżują.

Pozytywne zdrowie psychiczne – witalność

W niektórych krajach ta miara idzie w parze z niskim dystresem (np. Holandię charakteryzuje niski dystres i wysoka witalność, w niektórych relacja jest odwrotna (mała witalność, duży dystres), z kolei w Hiszpanii i Belgii jest wysoki poziom witalności i względnie duży dystres.

CZYNNIKI RYZYKA I ZDROWIE PSYCHICZNE

Płeć

Ryzyko zaburzeń psychicznych jest wyższe u kobiet niż u mężczyzn (we wszystkich krajach z wyjątkiem Belgii).

U kobiet wyższe są wskaźniki depresji i niepokoju (tzw. *internalising disorders*), u mężczyzn częstsze nadużywanie substancji i zaburzenia antyspołeczne (tzw. *externalising disorders*). W ciężkich chorobach psychicznych różnice częstości u obu płci są mniejsze, ale zarazem schizofrenia u mężczyzn ujawnia się wcześniej, z kolei u kobiet objawy psychotyczne są wyraźniejsze. Rozpowszechnienie dużej depresji jest mniejsze u mężczyzn, a ryzyko ich zachorowania jest o połowę niższe niż u kobiet. Choroba afektywna dwubiegunowa u kobiet ma krótszy cykl, częstsze są u nich somatyczne choroby współistniejące. Ryzyko niepokoju jest wyższe u kobiet, zwłaszcza duża różnica w porównaniu z mężczyznami występuje w Holandii i Francji.

Samobójstwa wszędzie są częstsze u mężczyzn, proporcje wynoszą od 2,1 w Holandii do 6,2 w Grecji, średnio w 15 krajach Unii 3,1. Z kolei kobiety częściej popełniają próby samobójcze.

Dystres psychologiczny – w większości krajów poziom i ryzyko są wyższe u kobiet niż u mężczyzn.

Wiek

Raport najwięcej uwagi poświęca osobom w wieku podeszłym. Największe zagrożenia zdrowia psychicznego w tym wieku stanowią depresja i demencja. Duża depresja jest względnie rzadka, ale rozpowszechnienie wszystkich objawów i zespołów depresyjnych kształtuje się na poziomie 9–15%. Szacunkowo, rozpowszechnienie objawów niepokoju wynosi ponad 20%, a zaburzeń lękowych 2 do 10%. Demencja – szacuje się, że w Europie liczba przypadków wzrośnie z 7,1 miliona w 2000 r. do 16,2 w 2050 r. Synteza 12 badań w krajach europejskich z lat 1980–1990 wykazała następujące rozpowszechnienie w Europie w 5-letnich grupach wieku od 60 do 94 lat (w procentach): 1,0, 1,4, 4,1, 5,7, 13,0, 21,6, 32,2. W kolejnych badaniach stwierdzano znaczne różnice między krajami, prawdopodobnie spowodowane niejednorodnością stosowanych metod. Następnie porównano 13

badan europejskich z lat dziewięćdziesiątych – standaryzowany wg wieku wskaźnik w populacji powyżej 65 lat wyniósł 6,4% (wszystkie rodzaje demencji). Rozpowszechnienie rosło z wiekiem – dla wieku 65–69 lat wyniosło 0,8%, dla wieku 90 i więcej lat – 28,5%.

Dystres psychologiczny – badanie Eurobarometer 2002 wykazało, że względne ryzyko w populacji w wieku podeszłym w Szwecji jest niższe niż w populacji 26–64 (0,52), w trzech krajach (Austria, Niemcy Zachodnie, Portugalia) dużo wyższe (1,8–2,45), w pozostałych badanych siedmiu krajach w granicach 0,8 do 1,5. W badaniu w sześciu krajach (Esemed) ustalono, że tylko we Włoszech rozpowszechnienie dystresu jest niższe w wieku podeszłym niż w dorosłym. W Niemczech, Belgii, Holandii i we Francji relacja ta jest odwrotna.

Stan cywilny

W trzech z sześciu badanych krajów europejskich u osób nie mieszkających z partnerem ryzyko zaburzeń nastroju było istotnie wyższe, niż u mieszkających z partnerem (badanie Esemed). Ryzyko dystresu psychologicznego we wszystkich krajach było wyższe u rozwiedzionych, separowanych i wdowców, niż u mieszkających z partnerem (badanie Eurobarometer).

Czynniki społeczne

– ubóstwo, bezrobocie, deprywacja

Przegląd badań z ostatnich lat wskazuje, że u osób o niższym statusie socjoekonomicznym (niezależnie od przyjętych miar) częściej występują tzw. powszechne zaburzenia psychiczne (głównie niepsychotyczna depresja i niepokój), a nie tylko, jak wynikało z poprzednich badań, psychozy i choroby somatyczne.

W badaniach Esemed i Eurobarometer uwzględniono dwa czynniki ryzyka: bezrobocie i niski dochód.

Względne ryzyko zaburzeń nastroju – w trzech spośród sześciu krajów było wyższe wśród bezrobotnych niż pracujących.

Ryzyko dystresu psychologicznego – w trzech krajach u bezrobotnych ryzyko było

większe niż u pracujących, w jednym różnica na granicy istotności, w sześciu nie było różnic między pracującymi i bezrobotnymi. W 10 (spośród jedenastu) krajach stwierdzono wyższe ryzyko dystresu u osób słabo zarabiających niż u lepiej zarabiających.

Poziom dystresu – we wszystkich badanych siedmiu krajach u bezrobotnych większy dystres niż u pracujących, w trzech krajach różnice bardzo znaczne.

Miejskie i wiejskie środowisko zamieszkania

Dla celów omawianego raportu porównano wskaźniki w sześciu krajach. Generalnie miejskość wydaje się wiązać z większym ryzykiem zaburzeń psychicznych, zwłaszcza depresyjnych, umiarkowanie większym – niepokojem, nie wpływa natomiast na poziom konsumpcji alkoholu. Różnice dotyczą głównie populacji mężczyzn. Występują jednak znaczne różnice między krajami: zaburzenia nastroju są częstsze w miastach we Francji i Niemczech, niepokój tylko we Francji, w Belgii wszystkie zaburzenia są częstsze na wsi, w pozostałych krajach nie ma różnic między populacjami wiejskimi i miejskimi. Ponadto, jeżeli wyniki kontroluje się ze względu na stan cywilny i wiek, większość różnic znika.

OPIEKA PSYCHIATRYCZNA

W ostatnich latach w wielu krajach Unii wyraźny jest proces decentralizacji i sektoryzacji usług, zmniejszania liczby łóżek, zwłaszcza w szpitalach psychiatrycznych (i zastępowania ich łózkami w szpitalach ogólnych), zwiększania sieci i wachlarza usług placówek środowiskowych, wzrostu liczby i zróżnicowania personelu. Zarazem, powszechny jest problem koordynacji usług świadczonych pacjentowi przez liczne placówki, w tym koordynacji (a nawet prawidłowego określenia) usług medycznych i socjalnych.

W większości krajów opieka psychiatryczna jest silnie zintegrowana z podstawową. Często są jednak sygnały, że lekarze

pierwszego kontaktu nie radzą sobie w pełni z problemami psychiatrycznymi – próbuje się temu zaradzić intensyfikując szkolenia w zakresie psychiatrii. Organizacja pracy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej jest bardzo zróżnicowana – w wielu krajach funkcję tę pełni pojedynczy specjalista, korzystający z konsultacji psychiatry, w innych jest to złożony system opieki, w tym psychiatrycznej. Tak np. ostatnio w Finlandii opieka podstawowa obejmuje również większość opieki socjalnej dla zaburzonych psychicznie, w Holandii w podstawowej opiece pracują pracownicy socjalni i psycholodzy.

Mieszkańcy poszczególnych krajów bardzo się różnią gotowością szukania pomocy z powodu problemów ze zdrowiem psychicznym. Francuzi i Holendrzy robią to chętnie, a Włosi i Szwedzi najmniej chętnie (pomimo wysokiego w tych krajach poziomu dystresu). W większości krajów częściej szukają pomocy kobiety. Tendencja ta jest wyraźna zwłaszcza w Portugalii i Belgii, znacznie słabiej zaznaczona we Francji i Austrii.

WNIOSKI I ZALECENIA

❖ **Zdrowie psychiczne jest istotną składową zdrowia, a związane z nim problemy są ważne, zarówno ilościowo jak też jakościowo.**

Zdrowie psychiczne decyduje o dobrym samopoczuciu jednostek i społeczeństw w Europie. Problemy zdrowia psychicznego powodują znaczne obciążenie emocjonalne i finansowe dla jednostek, ich rodzin i społeczeństw. Dlatego też zdrowie psychiczne powinno być monitorowane poprzez śledzenie i porównywanie jego wskaźników.

❖ **Porównania między krajami członkowskimi są istotne i możliwe, chociaż należy je ostrożnie interpretować.**

Porównania takie mają szczególne uzasadnienie, ponieważ poszczególne kraje różnią się systemami opieki zdrowotnej i socjalnej. Stwarza to dobrą okazję porównania względnej efektywności systemów – poprzez

badanie ich sprawności w stosunku do różnych grup ryzyka. Porównania są jednym z najlepszych narzędzi dla osób odpowiedzialnych za politykę zdrowotną.

❖ **Odpowiednie zbieranie informacji o zdrowiu psychicznym w krajach UE ułatwi prowadzenie rzetelnych porównań.**

Ponieważ większość danych o chorobowości powinna opierać się o badania populacyjne, istnieje pilna potrzeba włączenia do surveyów europejskich zunifikowanego zestawu standaryzowanych narzędzi pomiaru zdrowia psychicznego. Unifikacji wymagają też procedury stosowane w takich badaniach (dobór prób, szkolenie, kontrola jakości gromadzonych danych, metody statystyczne), jak też metody gromadzenia danych rutynowych, takich jak samobójstwa, konsumpcja leków psychotropowych i substancji psychoaktywnych. Zbieranie danych powinno być monitorowane na poziomie europejskim. Ponadto, projektowane na poziomie UE badania populacyjne (takie jak np. Eurobarometer) powinny regularnie obejmować pytania z zakresu zdrowia psychicznego, rekomendowane przez grupę monitorującą zdrowie psychiczne. Istnieje potrzeba regularnego (np. co pięć lat), opracowywania raportów o zbieraniu danych i porównaniu zdrowia psychicznego, obejmujących dane z różnych źródeł i wszystkie kraje poszerzonej Unii.

❖ **Potrzeba utworzenia pomostu międzyownikami naukowymi i polityką społeczną.**

Badania nad związkiem między zdrowiem psychicznym a czynnikami ryzyka, takimi jak wiek, płeć i upośledzona pozycja społeczna przyniosły już wiele pożytku. Często jednak trudno na podstawie tych wyników sformułować wnioski dla polityki, ponieważ nie operują one pojęciami bezpośrednio dla niej przydatnymi. W rozszerzonej Unii, jak też w sieci ENMPRO, potrzebne są multidyscyplinarne zespoły, złożone z naukowców i polityków.

❖ **Uwzględnianie zdrowia psychicznego w zdrowiu publicznym i innych dziedzinach polityki.**

Biorąc pod uwagę fakt, że nie ma dobrogo zdrowia bez dobrego zdrowia psychiczne-

go, jasne jest, że całościowe strategie promocji zdrowia publicznego muszą obejmować promocję zdrowia psychicznego. Ale jest wiele innych dziedzin życia, które mają wpływ na zdrowie psychiczne. Dane zawarte w przedstawionym raporcie powinny zaowocować odpowiednią polityką dotyczącą pęci, starzenia się, migracji i rozwoju miast i wsi. Jest też wiele dziedzin polityki związanych ze społecznym upośledzeniem (ekonomia, bezpieczeństwo socjalne, zatrudnienie, mieszkanie), które może wpływać na zdrowie psychiczne. W każdej z tych dziedzin trzeba brać pod uwagę implikacje działań dla zdrowia psychicznego.

Potencjalny wpływ różnych polityk na zdrowie powinien być oceniany na poziomie Unii, trzeba opracować metody tej oceny.

❖ **Waga polityki zwalczania nierówności w zakresie zdrowia psychicznego.**

We wszystkich krajach Unii są znaczne społeczne nierówności poziomu zdrowia psychicznego. Osoby o niższym statusie społeczno-ekonomicznym mają częściej problemy ze zdrowiem psychicznym. Dlatego też zagadnienia nierówności w zakresie zdrowia psychicznego, jak też ogólnie deprivacji, powinny być priorytetami w społeczno-ekonomicznej polityce krajów Europy. W wielu krajach europejskich problemem jest też nierówny dostęp do opieki w poszczególnych geograficznych rejonach.

❖ **Dalszy rozwój opieki psychiatrycznej.**

Rola Unii powinna polegać na promowaniu informacji o najlepszych praktykach oraz promowaniu standardów szkolenia zawodowego, technologii i opieki. Rozwój służb powinien koncentrować się na dalszej deinstytucjonalizacji, zwiększeniu sieci placówek środowiskowych, rehabilitacji i wsparcia środowiskowego. Potrzebna jest lepsza koordynacja opieki psychiatrycznej, jak też koordynacja pracy różnych profesjonalistów – lekarzy, prawników, nauczycieli, pracowników socjalnych. Powszechna jest potrzeba zwiększenia liczby wyszkolonego personelu, zarówno w opiece psychiatrycznej, jak i podstawowej. Istnieje wyraźna potrzeba dialogu

profesjonalistów medycznych z opinią publiczną, konieczne jest bowiem zwiększenie wiedzy o problemach zdrowia psychicznego i kwestiach opieki psychiatrycznej.

❖ **Promowanie dobrego zdrowia psychicznego powinno być priorytetem zdrowia publicznego w Europie.**

Zmniejszenie rosnącego obciążenia problemami zdrowia psychicznego będzie moż-

liwe wtedy, gdy w podejściu do zdrowia psychicznego priorytetem będzie promocja i prewencja. Rozwój strategii promocji należy do krajów członkowskich. Rola Unii polega na ułatwianiu wymiany informacji o najlepszych podejściach oraz dostarczaniu narzędzi, które pomogą krajom członkowskim zrozumieć ich sytuację w zakresie zdrowia psychicznego i promować dobre zdrowie psychiczne.

Adres: Dr Elżbieta Słupczyńska-Kossobudzka, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa