



Środowiskowy model leczenia psychiatrycznego a zmiany w strukturze lecznictwa w ostatnich latach w Polsce

The community-based psychiatric care model and changes in the health system structure in recent years in Poland

MARIA ZAŁUSKA

Z IV Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE

Cel. Deinstytucjonalizacja, ograniczenie hospitalizacji i leczenie środowiskowe – to powszechnie przyjęte postulaty reformującej się psychiatrii. W pracy oceniono znaczenie aktualnej reformy służby zdrowia i systemu kontraktowania świadczeń zdrowotnych dla funkcjonowania i rozwoju środowiskowej opieki psychiatrycznej.

Metoda. Analiza zmian w strukturze lecznictwa psychiatrycznego w Polsce po roku 1970 pod kątem deinstytucjonalizacji i rozwoju środowiskowych form lecznictwa psychiatrycznego.

Wyniki. Mimo wzrostu w ostatnich latach liczby oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych i oddziałów dziennych oraz powstawania środowiskowych placówek oparcia społecznego dla psychicznie chorych w ramach pomocy społecznej, nasuwa się spostrzeżenie, iż model psychiatrii środowiskowej realizowany od lat siedemdziesiątych jest obecnie zagrożony. Pomiedzy rokiem 1999 a 2003 doszło do zwiększenia wskaźnika ogólnej liczby łóżek psychiatrycznych, zwłaszcza łóżek opieki długoterminowej, co może być przejawem tzw. transinstytucjonalizacji.

Wnioski. Istnieje potrzeba tworzenia form zintegrowanej psychiatrycznej opieki środowiskowej, koordynującej świadczenia lecznicze i pomocy społecznej. Wskazana byłaby ocena liczby osób z zaburzeniami psychicznymi umieszczanych w placówkach stacjonarnych opieki długoterminowej – łącznie w strukturach służby zdrowia i pomocy społecznej.

SUMMARY

Background. Deinstitutionalization, reduction of hospital admissions and provision of community-based psychiatric services are the commonly accepted postulates of psychiatry in the process of reform. In the paper an impact of both the ongoing general health care reform and the system of contracting health care services on the functioning and development of community psychiatry is assessed.

Method. An analysis is presented of changes in the structure of psychiatric care provision in Poland since the year 1970, in terms of deinstitutionalization and development of community-based forms of psychiatric services.

Results. In recent years the number of psychiatric wards in general hospitals and of day hospitals has increased, and community-based facilities providing social support to the mentally ill are being established within the welfare system. Nevertheless, the community psychiatry model implemented since the 1970s seems to be endangered at present. The index of the total number of psychiatric beds has increased in the years 1999–2003, especially as regards long-term care, which may be a symptom of the so-called transinstitutionalization.

Conclusions. There is a need for the development of integrated community-based psychiatric care forms that would co-ordinate health care and welfare services provision. An assessment of the total number of people with mental disorders admitted to inpatient facilities providing long-term care, both in the health care and welfare structures, is indicated.

Słowa kluczowe: reforma służby zdrowia / psychiatria środowiskowa
Key words: general health system reform / community psychiatry

GENEZA I GŁÓWNE POSTULATY REFORMY PSYCHIATRII

W Polsce od początku lat siedemdziesiątych realizowana jest reforma psychiatrii [1].

Inspiracje reformy pochodzą z pierwszej połowy ubiegłego stulecia. Sięgają do idei praw człowieka i obywatela i ich odniesienia do osób psychicznie chorych. Wywodzą się także z ruchu społecznego protestu przeciw niehumanitarnym metodom leczenia psychiatrycznego, który w skrajnej postaci przybrał postać ruchu antypsychiatrii. Niezależnie od tego, na podstawie metodycznych obserwacji wykazano, iż struktura organizacyjna dużego szpitala nie sprzyja indywidualnemu i podmiotowemu podejściu do chorego. Dłuż-

szy pobyt w dużej instytucji opiekuńczo-leczniczej przyczynia się do przewlekłego przebiegu choroby psychicznej i pogłębiającej się niesprawności [2, 3].

W Europie nie bez znaczenia dla idei reformy psychiatrii było doświadczenie II wojny światowej, która przyniosła zagładę olbrzymiej liczbie pacjentów dużych szpitali psychiatrycznych [4].

Wprowadzenie i upowszechnienie nowych skutecznych leków przeciwpsychotycznych i przeciwdepresyjnych w latach pięćdziesiątych było przełomem umożliwiającym wielu pacjentom opuszczenie szpitala i korzystanie z różnorodnych form leczenia pozaszpitalnego. Sprzyjało to reformie i humanizacji psychiatrii. Natomiast aspekty ekonomiczne reformy są różnie oceniane i nadal dyskutowane [5, 6, 7].

Podstawowym założeniem reformy jest odejście od modelu lecznictwa opartego głównie o leczenie szpitalne w kierunku modelu leczenia środowiskowego [8, 9, 10].

W założeniu tym mieści się postulat deinstytucjonalizacji i dehospitalizacji, oraz odejścia od izolacjonizmu. Wiąże się z tym postulat likwidacji dużych szpitali psychiatrycznych na rzecz szpitali małych, liczących do 300 łóżek, zlokalizowanych możliwie blisko miejsca zamieszkania chorego. Najbardziej zalecane jest tworzenie oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych. Podstawowym miejscem leczenia i opieki psychiatrycznej w myśl reformy powinny być różnorodne placówki pozaszpitalne – poradnie, oddziały dzienne, zespoły leczenia środowiskowego (domowego), hotele (mieszkania terapeutyczne). Chorym przewlekłe powinno się zapewnić chronione formy zamieszkania, rehabilitację i chronione zatrudnienie w lokalnym środowisku [1, 11, 12].

Innym postulatem reformy psychiatrii jest tworzenie społeczności terapeutycznej. Realizacja tego postulatu zmierza do przekształcania sztywnych hierarchicznych struktur placówki lecznictwa w struktury bardziej poziome, demokratyczne. Struktury te miałyby być bardziej społecznościami, niż instytucjami. Wiąże się z tym odejście od autorytarnego stylu kontaktu z pacjentem. Profesjonalistom przypadłaby raczej rola ekspertów niż decydentów. Pacjenci zaś uzyskaliby możliwość aktywnego współuczestniczenia w procesie terapii i w kształtowaniu programu placówki.

Ważną dla reformy psychiatrii jest też idea „otwartych drzwi”. Przez „otwarcie drzwi” rozumie się umożliwianie kontaktów ze środowiskiem pozaszpitalnym w trakcie leczenia szpitalnego. Służą temu: przepustki, wolne wyjścia, odwiedziny, dostęp do telefonu, korespondencja. Z ideą tą wiąże się również postulat otwarcia społeczeństwa na potrzeby chorych. Podejmowane są oddziaływania zmierzające do kształtowania w lokalnych społecznościach pozytywnych postaw (życzliwości, pomocy, zrozumienia, tolerancji), oraz promowania instytucji ułatwiających chorym integrację ze swoim otoczeniem społecznym [13, 14].

Jednym z praktycznych narzędzi realizacji reformy było wprowadzenie w Polsce w latach siedemdziesiątych rejonizacji i subrejonizacji. Zwłaszcza subrejonizacja – zobowiązując oddziały szpitalne (zintegrowane z rejonową poradnią) do pełnej opieki nad wszystkimi mieszkańcami subrejonu – umożliwiała zachowanie ciągłości opieki nad pacjentem i przyczyniała się do minimalizacji czasu trwania hospitalizacji.

Opieka czynna poradni w odniesieniu do grup pacjentów zaniegających leczenie z przyczyn chorobowych, a zwłaszcza opieka domowa, sprzyjała podtrzymywaniu remisji i ograniczała hospitalizacje [6, 8].

ZMIANY STRUKTURY LECZNICTWA PSYCHIATRYCZNEGO W LATACH 1970–1995

Konsekwentnie wdrażana reforma psychiatrii doprowadziła pomiędzy rokiem 1970 a 1995 do korzystnych zmian w strukturze lecznictwa psychiatrycznego, które obrazują poniższe dane liczbowe [15].

Pomiędzy rokiem 1970 a 1995 w Polsce systematycznie zmniejszała się liczba wszystkich psychiatrycznych łóżek szpitalnych (w sumie o ponad 11 500). Wskaźnik liczby łóżek psychiatrycznych (bez odwykowych) na 10 000 mieszkańców zmniejszył się z 12,2 do 8,0.

Zachodziły korzystne zmiany w strukturze lecznictwa całodobowego. Liczba oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych i liczba łóżek w tych oddziałach wzrosła ponad dwukrotnie. Wzrosła też łączna liczba wszystkich szpitali psychiatrycznych, gdyż tworzone nowe – mniejsze. Zwiększyła się tym samym ich dostępność.

Średni czas trwania leczenia szpitalnego uległ skróceniu w skali kraju (o ok. 26 dni), natomiast liczba wszystkich hospitalizacji psychiatrycznych zwiększyła się.

Równoległe z redukowaniem liczby łóżek szpitalnych zwiększano liczbę poradni i oddziałów dziennych. Wzra-

Tablica 1. Psychiatryczna opieka zdrowotna w Polsce w latach 1970–1995 [15]

Psychiatryczna opieka zdrowotna w Polsce	1970	1980	1990	1995
Opieka szpitalna				
Szpitalne psychiatryczne (liczba)	34	41	47	49
Oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych (liczba)	26	35	51	55
Łóżka w szpitalach psychiatrycznych	38996	37052	31558	27275
Łóżka psychiatryczne w szpitalach ogólnych (liczba)	1458	2446	3348	3642
Łóżka psychiatryczne ogółem (liczba)	40454	39498	36776	32993
Wskaźnik liczby łóżek na 10 000 mieszkańców	12,3	11,1	9,6	8,6
w tym: łóżka pielęgnacyjno-opiekuńcze	–	–	–	–
Liczba hospitalizacji na 100 000 mieszkańców	377,5	453,9	440,6	466,7
Średni czas trwania hospitalizacji *		97,6*	71,0*	
Formy pośrednie opieki psychiatrycznej				
Liczba oddziałów dziennych	33	53	76	99
Liczba osób leczonych w oddziałach dziennych (na 100000)	–	17,4	18,1	20,6
Psychiatryczne lecznictwo otwarte				
Poradnie zdrowia psychicznego (liczba ogółem)	418	524	595	683
Liczba pacjentów w poradniach zdrowia psychicznego (na 100000)	1339	1279	1363	1602
Zespoły leczenia środowiskowego (liczba)	–	–	12	16
Liczba leczonych w zespołach leczenia środowiskowego (na 100000)	–	–	3,2	5,0

* Lata 1980, 1992

stała systematycznie liczba leczonych w nich chorych. Powstały też zespoły leczenia środowiskowego, lecz mało liczne w stosunku do potrzeb.

Mimo przemieszczenia dużej liczby chorych ze szpitali do środowiska, nie rozwinęły się w systemie służby zdrowia takie niezbędne placówki środowiskowe jak hostele i mieszkania chronione. Psychiatryczna opieka domowa (w tzw. rodzinach patronażowych) niemalże uległa zanikowi. Liczba zespołów leczenia środowiskowego nadal pozostawała niewystarczająca. Ponadto, zmiany ekonomiczne końca lat osiemdziesiątych pociągnęły za sobą nierentowność i zamknięcie wielu spółdzielni pracy chronionej, a co za tym idzie – istotne ograniczenie możliwości chronionego zatrudnienia osób psychicznie chorych.

W sytuacji zmniejszenia liczby łóżek szpitalnych i ograniczenia hospitalizacji wzrastało zapotrzebowanie na opiekę środowiskową zwiększającej się liczby chorych wypisywanych ze szpitali. W konsekwencji w latach osiemdziesiątych nasiliły się takie niekorzystne zjawiska jak częste rehospitalizacje (w systemie „drzwi obrotowych”) i tendencja do przedłużania pobytu w szpitalu z przyczyn „socjalnych”. W efekcie przyspieszało to często decyzję o kierowaniu chorych do domów opieki – niewystarczających pod względem liczby i standardu.

Pozytywny przełom przyniosły zmiany ustawodawcze lat dziewięćdziesiątych. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z roku 1994 [16] i Ustawa o pomocy społecznej z 1990 r. – nakładały na organa administracji państwowej obowiązek tworzenia w ramach pomocy społecznej oparcia społecznego dla osób psychicznie chorych i upośledzonych. Oparcie to realizowane jest w formie specjalistycznych usług opiekuńczych w domu i środowiskowych domów samopomocy [9, 10]. Z kolei Ustawa o rehabilitacji i zatrudnieniu osób niepełnosprawnych z roku 1991 [17] (znowelizowana w 2005 r.) stworzyła warunki prawne i finansowe dla tworzenia warsztatów terapii zajęciowej dla osób niepełnosprawnych [18]. Ustawa określa też zasady tworzenia zakładów aktywizacji zawodowej i chronionych miejsc pracy.

Istotny wkład w tworzenie różnych form psychiatrycznej opieki środowiskowej po roku 1989 w Polsce mają samorządy lokalne i organizacje pozarządowe, w tym zwłaszcza stowarzyszenia rodzin i samych pacjentów.

W rezultacie w Polsce środowiskowa opieka psychiatryczna tworzona jest w dwu odrębnych organizacyjnie i finansowo systemach: opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, przy udziale organizacji pozarządowych. Ta sytuacja jest dużą szansą na stworzenie w całym kraju wydolnej sieci służb i placówek psychiatrycznej opieki środowiskowej. Z drugiej strony problemem do rozwiązania jest odpowiedni przepływ informacji i koordynacja oddziaływań poszczególnych służb i placówek. Ważna jest tu również integracja działań lecznictwa psychiatrycznego z podstawową i specjalistyczną opieką zdrowotną oraz współpraca z organizacjami pozarządowymi.

Psychiatryczna opieka środowiskowa jest w Polsce rozwinięta bardzo nierównomiernie. Istnieją środowiska lokalne działające bardzo prężnie, które uwzględniając lokalną specyfikę stworzyły modelowe systemy opieki środowiskowej, ale również duże obszary kraju są zaniedbane pod tym względem.

REFORMA OPIEKI ZDROWOTNEJ A ZMIANY W STRUKTURZE LECNICTWA PSYCHIATRYCZNEGO W OSTATNICH LATACH (1999–2003)

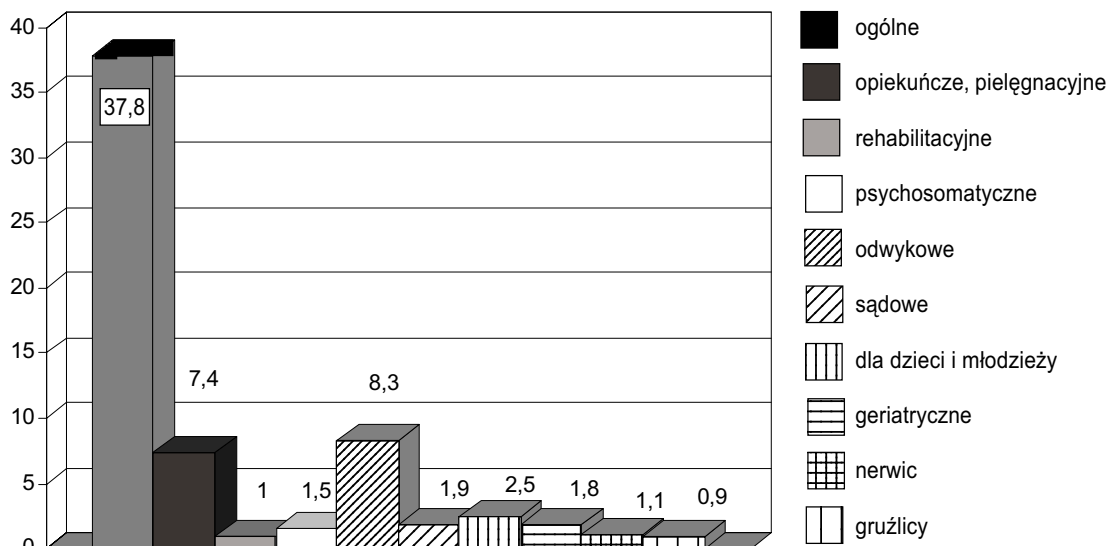
W ostatnich latach w Polsce przeprowadzana jest reforma finansowania służby zdrowia. Niewątpliwie wywiera ona wpływ na sytuację lecznictwa psychiatrycznego.

Można postawić pytanie, na ile reforma ta wpływa korzystnie na przebieg reformy psychiatrii i na dalszy rozwój środowiskowego modelu leczenia psychiatrycznego w Polsce. Dla przybliżenia odpowiedzi na to pytanie prześledzono zmiany w strukturze lecznictwa psychiatrycznego w latach 1995, 1999, 2001, 2003 na podstawie tych samych

Tablica 2. Psychiatryczna opieka zdrowotna w Polsce w latach 1995–2003

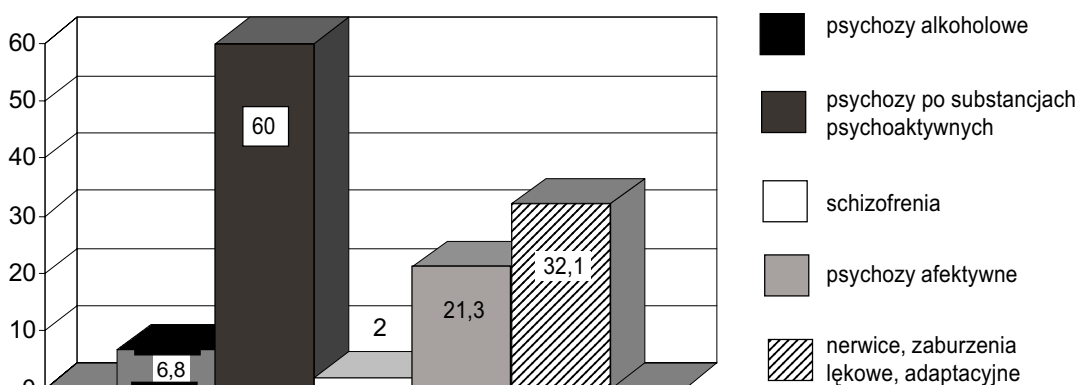
Psychiatryczna opieka zdrowotna w Polsce	1995	1999	2001	2003
Opieka szpitalna				
Szpitaly psychiatryczne (liczba)	49	52	55	53
Oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych (liczba)	55	62	74	80
Łóżka w szpitalach psychiatrycznych	27275	22932	21780	19966
Łóżka psychiatryczne w szpitalach ogólnych (liczba)	3642	3889	4218	4980
Łóżka psychiatryczne ogółem (liczba)	32993	29055	29427	31095
Wskaźnik liczby łóżek na 10000 mieszkańców	8,6	7,5	7,6	8,1
w tym: łóżek opiekuńczo-pielęgniarskich	–	–	0,1	0,6
Liczba hospitalizacji na 100000 mieszkańców	466,7	545,6	615,1	689,1
Średni czas trwania hospitalizacji		63,5*		45*
Formy pośrednie opieki psychiatrycznej				
Liczba oddziałów dziennych	99	110	143	168
Liczba osób leczonych w oddziałach dziennych (na 100 000)	20,6	28,1	40,0	52,6
Psychiatryczne lecznictwo otwarte				
Poradnie zdrowia psychicznego (liczba ogółem)	683	571	662	947
Liczba pacjentów w poradniach zdrowia psychicznego (na 100 000)	1602	1954,6	2327,8	2943,9
Zespoły leczenia środowiskowego (liczba)	16	19	22	22
Liczba leczonych w zespołach leczenia środowiskowego (na 100 000)	5,0	9,3	8,6	14,6

* Rok 2000

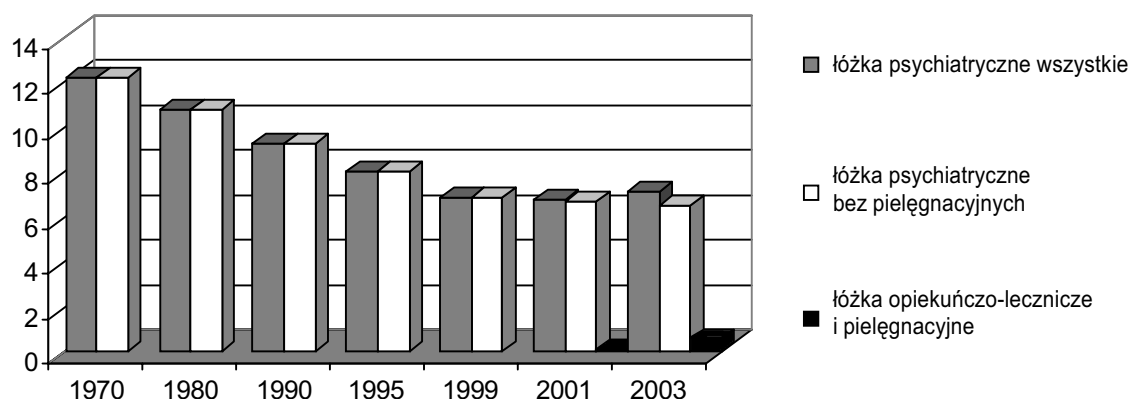


Rysunek 1. Procentowy udział łóżek w oddziałach profilowanych w szpitalach psychiatrycznych w roku 2003

Wzrost procentowy leczonych w latach 1999–2003



Rysunek 14. Wzrost procentowy liczby przypadków (według rozpoznania) leczonych w Polsce w latach 1999–2003

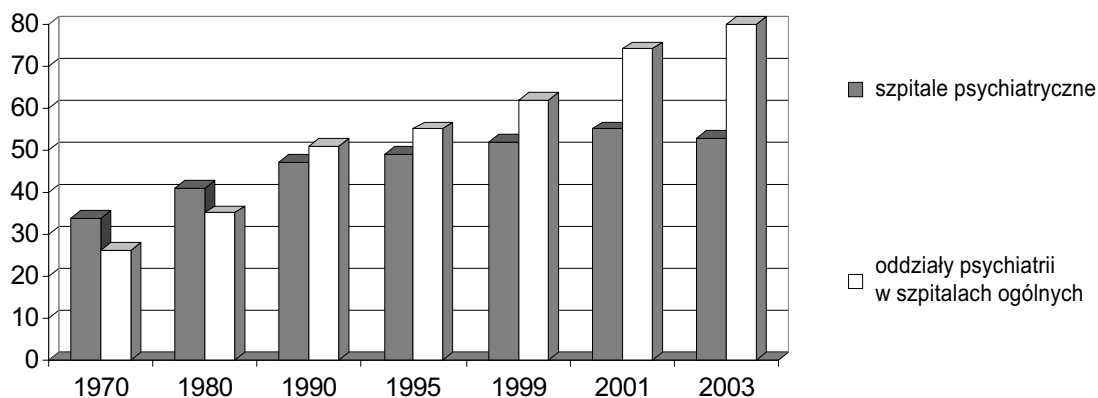


Rysunek 3. Wskaźnik liczby łóżek psychiatrycznych na 10 tys. mieszkańców w Polsce w latach 1970–2003

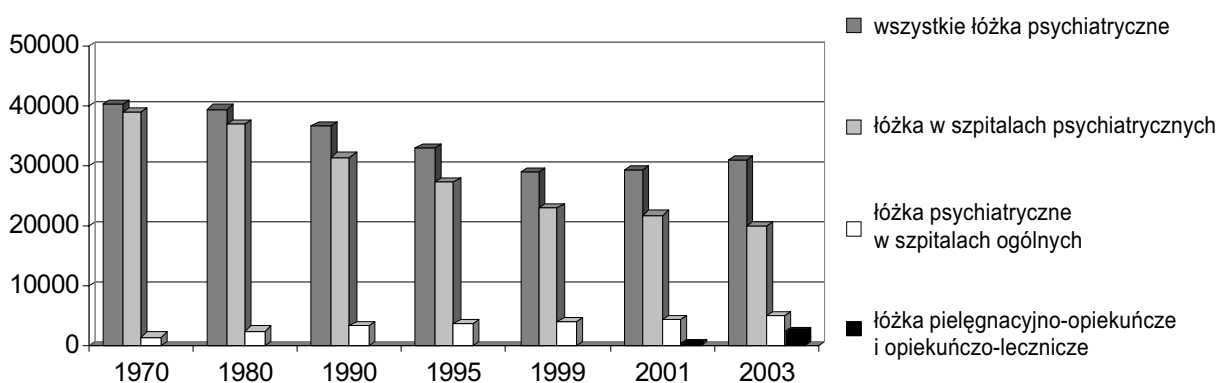
wskaźników, których użyto poprzednio dla pokazania przemian związanych z reformą psychiatrii w Polsce w latach 1970–1995 [15].

Pomiędzy rokiem 1995 a 2003 w Polsce doszło do zasadniczych zmian w systemie finansowania służby zdrowia.

Rachunek ekonomiczny stał się czynnikiem istotnym dla decyzji o zakresie i rodzaju udzielanych świadczeń. Niekiedy nawet decydował o zamknięciu działalności lub o otwarciu nowych placówek. Zasady kontraktowania świadczeń medycznych uprzywilejowywały leczenie zamknięte.

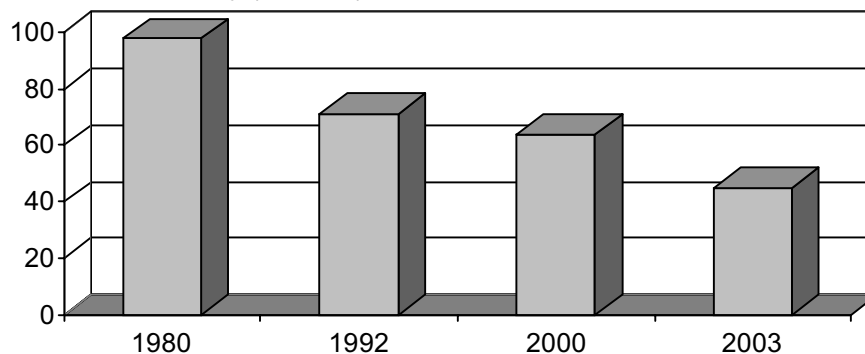


Rysunek 4. Szpitale psychiatryczne i oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych w liczbach bezwzględnych w Polsce w latach 1970–2003



Rysunek 5. Łóżka psychiatryczne wszystkie, w tym w szpitalach psychiatrycznych i w szpitalach ogólnych (w liczbach bezwzględnych) w Polsce w latach 1980–2003

Średni czas hospitalizacji (w dniach)



Rysunek 6. Średni czas trwania psychiatrycznych hospitalizacji całodobowych w Polsce (liczba dni) w latach 1980–2003

Uznano prawo pacjenta do wyboru miejsca leczenia, co wiązało się z odstępianiem od rejonizacji. W szpitalach psychiatrycznych zlikwidowano subrejonizację oddziałów, a zaczęto tworzyć oddziały wyspecjalizowane (profilowane).

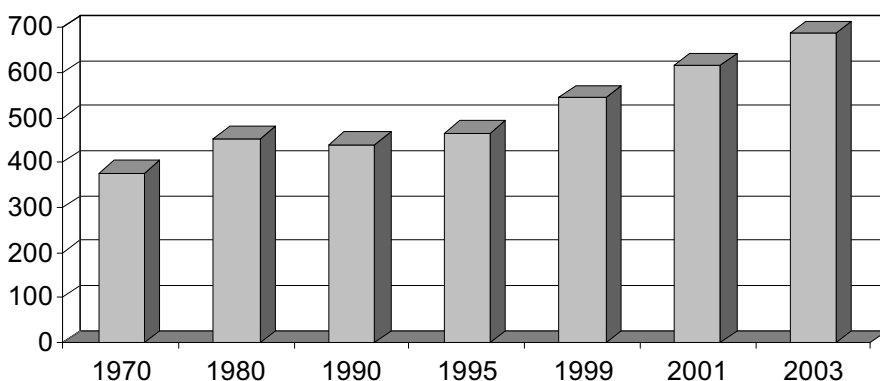
Pomiędzy rokiem 1999 a 2003 po raz pierwszy od lat siedemdziesiątych uległ w Polsce zahamowaniu trend do zmniejszania liczby psychiatrycznych łóżek szpitalnych. Wskaźnik liczby łóżek psychiatrycznych na 10 tys. mieszkańców zwiększył się pomiędzy rokiem 1999 a 2003 z 7,5 do 8,1 (tabl. 2, rys. 2, 3). Co prawda, porównując lata 1997 i 2003 możemy jeszcze mówić o tendencji spadkowej ogólnie

liczby łóżek (wskaźnik zmniejszył się z 8,3 na 8,1 [1]). Jednak już od 1999 r. mamy do czynienia z tendencją wzrostową utrzymującą się w kolejnych latach do roku 2003.

Wzrost liczby łóżek psychiatrycznych wynika częściowo z utworzenia nowych oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych, co jest korzystne (tabl. 2 i rys. 4).

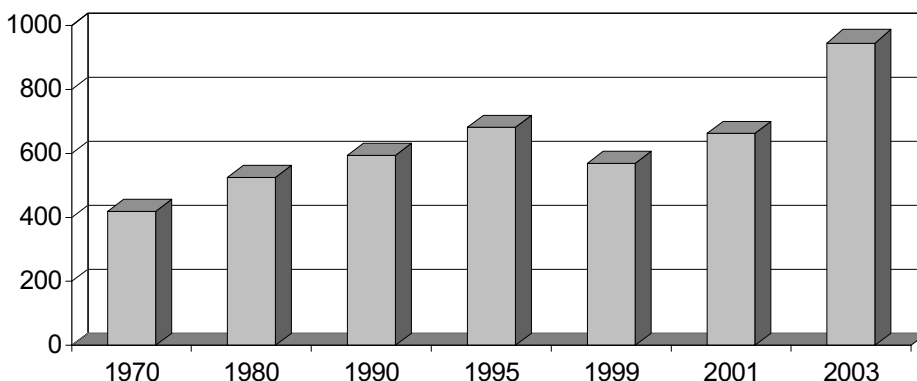
Równocześnie jednak – jak widać z tabl. 2 – pomiędzy rokiem 2001 i 2003 utworzono w strukturze lecznictwa psychiatrycznego dużą liczbę łóżek opiekuńczo-leczniczych (wskaźnik 0,6/10 tys. w roku 2003), wcześniej nie występujących. To te łóżka decydują o wzroście ogólnej liczby

Hospitalizacje psychiatryczne całodobowe (wskaźnik/100 tys. mieszkańców)



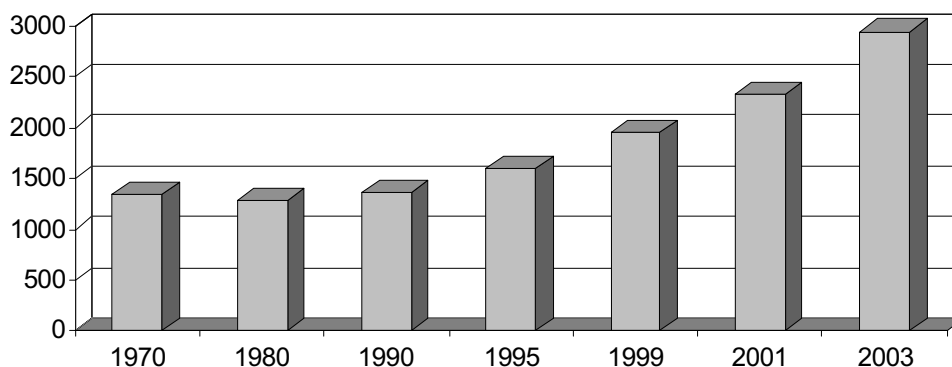
Rysunek 7. Liczba wszystkich hospitalizacji całodobowych (wskaźnik na 100000 mieszkańców) w Polsce w latach 1970–2003

Liczba poradni psychiatrycznych



Rysunek 8. Poradnie zdrowia psychicznego w liczbach bezwzględnych w Polsce w latach 1970–1995

Leczeni w poradniach psychiatrycznych (wsk/100 tys. mieszkańców)

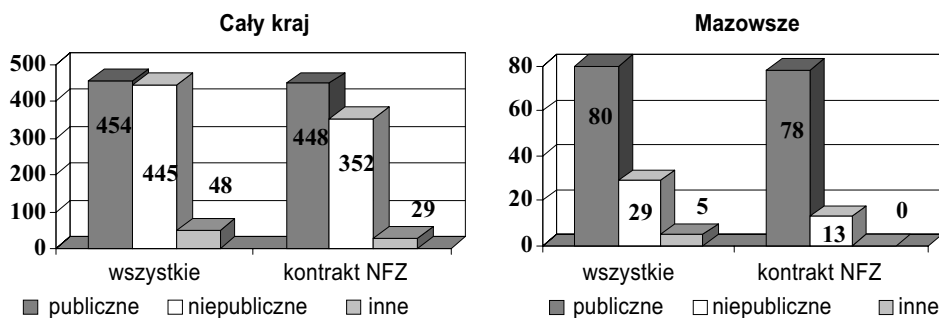


Rysunek 9. Pacjenci leczeni w poradniach zdrowia psychicznego (wskaźnik na 100000 mieszkańców) w Polsce w latach 1970–1995

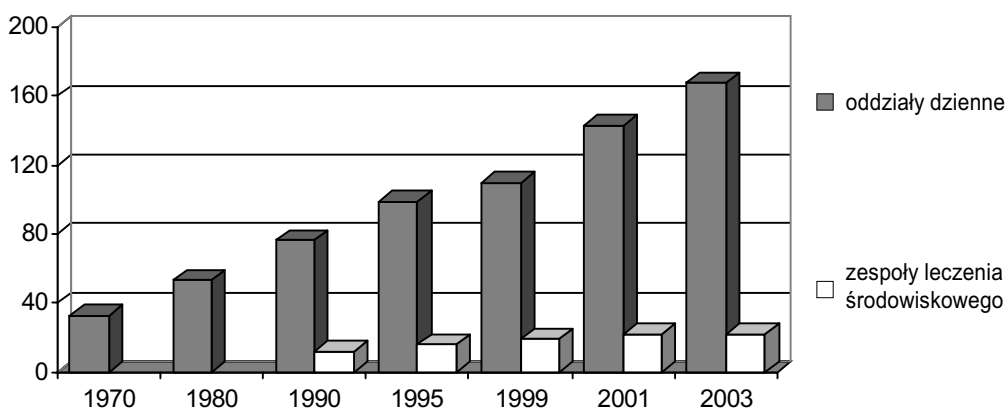
łóżek psychiatrycznych. W modelu psychiatrii środowiskowej jest to zjawisko negatywne (transinstytucjonalizacja) (tabl. 2, rys. 5).

W omawianym okresie w dalszym ciągu postępowało skracanie średniego czasu trwania hospitalizacji psychiatrycznych (do 45 dni w roku 2003), z równoczesnym zwiększaniem się liczby hospitalizacji (do 689/100 tys. w roku 2003) (tabl. 2, rys. 6, 7).

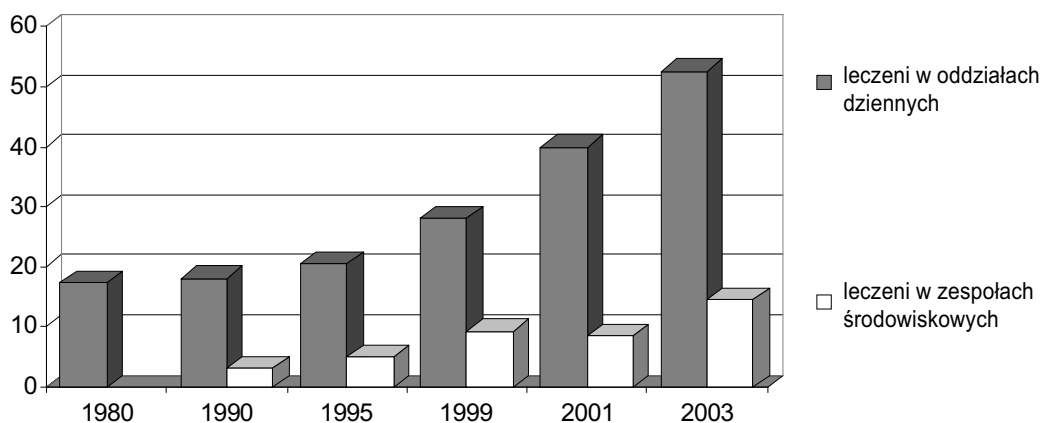
Nowy system finansowania nie sprzyjał działalności poradni zdrowia psychicznego. Standardy kontraktów nie uwzględniały różnorodnych oddziaływań psychospołecznych personelu nielekarskiego. Skutkowało to ograniczeniem działalności, a nawet likwidacją części poradni. Ogólna liczba poradni zdrowia psychicznego na terenie kraju po raz pierwszy do lat siedemdziesiątych zmniejszyła się (z 683 w roku 1995 do 571 w roku 1999). Część poradni



Rysunek 10. Poradnie psychiatryczne w roku 2003 w Polsce – forma placówki i źródła finansowania



Rysunek 11. Oddziały dzienne i zespoły leczenia środowiskowego w Polsce w liczbach bezwzględnych w latach 1970–1995



Rysunek 12. Pacjenci leczeni w oddziałach dziennych i w zespołach leczenia środowiskowego (wskazniki na 100 tys. mieszkańców) w Polsce w latach 1980–2003

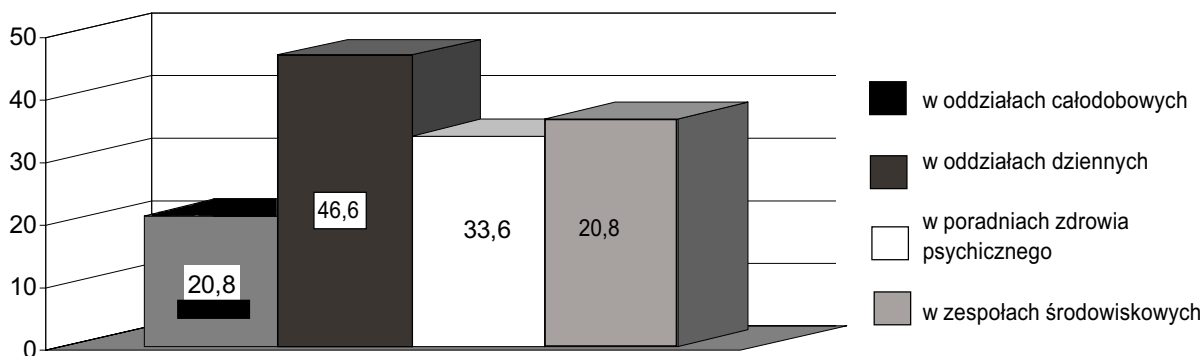
poważnie ograniczyła swoją działalność, lub nie mając kontraktu z NFZ przekształciła się w płatne poradnie niepubliczne lub praktyki prywatne. W efekcie prywatyzacji ogólna liczba poradni zaczęła się zwiększać (947 w roku 2003), lecz część z nich ma charakter prywatnych praktyk lekarskich funkcjonujących w modelu ściśle medycznym, czynnych tylko w niektóre dni tygodnia. Równocześnie ogólna liczba osób korzystających z poradni zwiększała się nadal systematycznie (tabl. 2, rys. 8, 9).

W roku 2003, wśród 947 poradni psychiatrycznych zarejestrowanych w całym kraju – 454 to placówki pub-

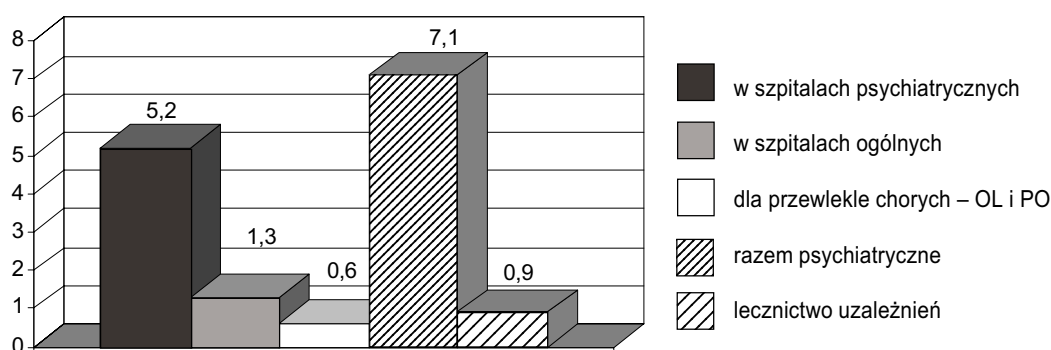
liczne, 445 – niepubliczne, a 48 – inne. Ze wszystkich wymienionych rodzajów placówek – 118 (12,5%) nie udziela świadczeń refundowanych przez NFZ. W województwie mazowieckim ten odsetek jest większy – wynosi 20,25% (rys. 10).

W odróżnieniu od wyraźnej zapaści psychiatrycznego lecznictwa otwartego, w omawianym okresie wzrosła znacznie liczba oddziałów dziennych i liczba pacjentów leczonych w tej formie. Wzrosła też liczba zespołów leczenia środowiskowego, choć nadal jest drastycznie niewystarczająca (tabl. 2, rys. 11, 12).

Wzrost procentowy leczonych w latach 1999 - 2003



Rysunek 13. Wzrost procentowy liczby przypadków leczonych we wszystkich rodzajach placówek w Polsce w latach 1999–2003



Rysunek 2. Wskaźnik liczby łóżek psychiatrycznych i odwykowych na 10 tys. mieszkańców według ich rodzaju

Pomiędzy rokiem 2001 a 2003 odnotowano istotny wzrost liczby osób leczonych psychiatrycznie. Porównując procent wzrostu liczby leczonych przypadków w poszczególnych rodzajach placówek, największą dynamikę wzrostu stwierdzono w placówkach pozaszpitalnych: oddziałach dziennych, zespołach leczenia środowiskowego i poradniach. Odnotowano również największy procentowy wzrost liczby osób leczonych z powodu psychoz w związku z używaniem substancji psychoaktywnych – 60%, oraz z powodu zaburzeń związanych ze stresem (zaburzenia lekowe, adaptacyjne, nerwicowe) – 32,1% i zaburzeń afektywnych – 21,3% (rys. 13, 14).

PODSUMOWANIE

1. Obecna sytuacja, pomimo pozytywnych trendów w rozwoju lecznictwa psychiatrycznego, takich jak powstawanie nowych oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych i oddziałów dziennych, nie sprzyja rozwijaniu modelu leczenia środowiskowego w pracy psychiatrycznego lecznictwa otwartego. Zwiększa to zapotrzebowanie na leczenie szpitalne i stacjonarne formy opieki długoterminowej. Wyrazem tego jest wzrost wskaźnika liczby łóżek ogółem pomiędzy rokiem 1999 a 2003, oraz pojawienie się od roku 2001 łóżek opieki długoterminowej w strukturze lecznictwa psychiatrycznego. Jest to zjawisko niepokojące. Wymaga bacznej uwagi i do-

kładniejszej analizy – porównania liczby wszystkich osób z zaburzeniami psychicznymi umieszczanych w ostatnich latach w placówkach stacjonarnej opieki długoterminowej w strukturach służby zdrowia i pomocy społecznej. Taka analiza dałaby odpowiedź czy obserwowane zmiany w liczbie łóżek psychiatrycznych w ostatnich latach w Polsce nie oznaczają odwrótu od deinstytucjonalizacji na rzecz transinstytucjonalizacji.

2. Pozyteczne byłoby również przyjrzenie się standardom kontraktowania świadczeń poradni zdrowia psychicznego i dalsza ich modyfikacja w kierunku zapewniającym możliwość tworzenia zespołów leczenia środowiskowego i rozwijania psychiatrycznej opieki czynnej w strukturach lecznictwa otwartego.
3. Rosnąca liczba zaburzeń związanych ze stresem, lękowymi, nerwicowymi i afektywnymi będzie rozpoznawana i wstępnie leczona przez lekarzy pierwszego kontaktu. Wskazuje to na rosnące znaczenie funkcji konsultacyjnej i współpracy psychiatrów z poradni zdrowia psychicznego z placówkami podstawowej opieki medycznej. Zależy o potrzeba dopracowania standardów działalności wszystkich publicznych i niepublicznych placówek ambulatoryjnego lecznictwa psychiatrycznego uwzględniających środowiskowy model leczenia zaburzeń psychicznych i role tych placówek w systemie psychiatrycznej opieki środowiskowej.
4. W obrębie lecznictwa psychiatrycznego rośnie zapotrzebowanie na świadczenia specjalistyczne: dla osób z po-

- dwójną diagnozą, osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz osób z zaburzeniami, w których zasadniczą formą oddziaływań jest psychoterapia (związanymi ze stresem, nerwicowymi, lękowymi).
5. W opiece środowiskowej nad przewlekle psychicznie chorymi istotne znaczenie mają placówki wsparcia prowadzone przez pomoc społeczną, a także działalność organizacji pozarządowych, zwłaszcza zrzeszających rodziny i samych pacjentów. Te ostatnie mogą odegrać istotną rolę w działaniu na rzecz tworzenia placówek rehabilitacji i wsparcia, oraz miejsc pracy dla osób chorujących psychicznie.
 6. Zachodzi pilna potrzeba tworzenia zintegrowanej psychiatrycznej opieki środowiskowej, koordynującej działania lecznictwa, pomocy społecznej i organizacji pozarządowych – zwłaszcza w rejonach funkcjonowania oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych. Taką potrzebę można by zaspokoić powołując Powiatowe Centra Zdrowia Psychicznego.
 7. Saxena S. Budget and financing of mental health services – baseline information from WHO project ATLAS. *J Ment Health Policy Econ* 2003; 6 (supl 1): 44–52.
 8. Prot-Herczyńska K. Wpływ różnych form opieki pozaszpitalnej na koszty leczenia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. *Post Psychiatr Neurol* 1995; 4: 299–313.
 9. Załuska M, Suchecka D, Traczewska Z, Paszko J. Znaczenie środowiskowych placówek wsparcia społecznego dla kosztów leczenia osób przewlekle psychicznie chorych. *Psychiatr Pol* 2002; 36 (6): 953–66.
 10. Ciszewski L. Psychiatryczne leczenie domowe jako alternatywa hospitalizacji – przegląd badań. *Psychiatr Pol* 1988; 22 (5): 382–6.
 11. Dąbrowski S, Brodniak W, Gierlacki J, Welbel S. Środowiskowe domy samopomocy jako forma oparcia społecznego. *Psychiatr Pol* 1998; 32 (4): 453–61.
 12. Dąbrowski S. Specjalistyczne usługi opiekuńcze jako forma oparcia społecznego. *Psychiatr Pol* 1998; 32 (4): 443–51.
 13. Babrach LL. Overview of model program for chronic mental patients. *Am J Psychiatry* 1980; 137: 1023–31.
 14. Bizoń Z, Dąbrowski S, Pietrzykowska B. Psychiatria środowiskowa. W: Dąbrowski S, Jaroszyński J, Pużyński S, red. *Psychiatria*. Tom 3. Warszawa: PZWL; 1989: 361–70.
 15. Wciórka J. Psychiatria środowiskowa: idea, system, metoda i tło. *Post Psychiatr Neurol* 2000; 9: 319–37.
 16. Brodniak W. Choroba psychiczna w świadomości społecznej. Warszawa: 2000.
 17. Pietrzykowska B, Boguszewska L, Karolak H, Szirkowiec W, Skiba K, red. *Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik Statystyczny 2003*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2004: 164–5.
 18. Ustawa z dnia 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. *Dz. U.* nr 111 z 1994 r., poz. 535.
 19. Ustawa z dnia 9.05.1991 r. o zatrudnieniu i rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych. *Dz. U.* nr 46 z 1991 r., poz. 201.
 20. Meder J, Stołowska A. Miejsce warsztatu terapii zajęciowej w kompleksowej rehabilitacji psychicznie chorych. *Psychiatr Pol* 1995; 29 (3): 371–9.

PIŚMIENNICTWO

1. Słupczyńska-Kossobucka E, Wciórka J. Psychiatria środowiskowa. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria*. Tom 3. Wrocław: Urban & Partner; 2003: 507–25.
2. Barton R. Consideration, clinical features and differential diagnosis of institutional neurosis. *Third World Congress of Psychiatry, Proceedings*. Vol. 2. Montreal, Canada: University of Toronto Press; 1961.
3. Goffman E. The characteristics of total institutions. W: *Symposium of preventive and social psychiatry*. Washington DC: Walter Reed Army Institute of Research; 1957: 43–84.
4. Meyer JE. *Psychiatrie im Nationalsozialismus*. W: Seidel R, Werner WF, red. *Psychiatrie im Abgrund*. Köln: Rheinland GmbH; 1991: 12–24.

Adres: Doc. Maria Załuska, IV Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Szpitalu Bielańskim, ul. Ceglowska 80, 01-809 Warszawa