

Departament Polityki Zdrowotnej i Lecznictwa

PROGRAM OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO

MENTAL HEALTH PROGRAM IN POLAND

Komitet redakcyjny:

Stanisław Dąbrowski - przewodniczący

Włodzimierz Brodniak - sekretarz

Ludmiła Boguszewska

Andrzej Jakubik

Wanda Langiewicz

Bożena Pietrzykowska

Andrzej Piotrowski

Stanisław Pużyński

Elżbieta Stupczyńska-Kossobudzka

- we współpracy z Departamentem Polityki Zdrowotnej i Lecznictwa

Aprobował: *Paweł Jakubek* - Dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej i Lecznictwa

Akceptował: *Wiesław Jakubowiak* - Podsekretarz Stanu

Spis treści

- I. Diagnoza sytuacji i zagrożeń dla zdrowia psychicznego w Polsce. Analiza socjomedyczna
- II. Stan obecny w zakresie prewencji I, II i III stopnia
- III. Program promocji i prewencji I stopnia
- IV. Program opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi (prewencja II i III stopnia)
- V. Prewencja IV stopnia: badania naukowe i rozwój systemów informacji zdrowotnej

STRESZCZENIE

Program Ochrony Zdrowia Psychicznego został opracowany przez zespół ekspertów z Instytutu Psychiatrii i Neurologii na wniosek Europejskiego Biura Światowej Organizacji Zdrowia. Składa się z pięciu rozdziałów i załącznika.

W *rozdziale I* przedstawiono syntetyczną diagnozę sytuacji i zagrożeń dla zdrowia psychicznego w Polsce, z której wynika brak istotnych zmian w globalnej liczbie leczonych osób z zaburzeniami psychicznymi w latach 1990-93, ale znaczny wzrost zachorowalności w grupie uzależnień od alkoholu i innych środków psychoaktywnych, zwiększenie współczynnika samobójstw w latach 1990-92 oraz systematyczne zwiększanie się liczby narkomanów nosicieli HIV.

Transformacja ustrojowa wiąże się nie tylko z nowymi szansami rozwojowymi, lecz także z nowymi zagrożeniami dla zdrowia psychicznego. Wymagają one podjęcia odpowiednich działań promocyjnych, zapobiegawczych i leczniczo-rehabilitacyjnych.

W *rozdziale II* opisano w skrócie stan obecny w zakresie promocji i prewencji I stopnia, prewencji II stopnia (leczenie) i III stopnia (rehabilitacja). Działania w tym zakresie oceniono ogólnie jako niedostateczne i nieadekwatne do skali potrzeb.

Właściwa część programowa (*rozdział III, IV i V*) jest swego rodzaju rozwinięciem i uszczegółowieniem I rozdziału ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, w szczególności bloku przepisów dotyczących promocji zdrowia psychicznego, zapobiegania zaburzeniom psychicznym i zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form pomocy i opieki.

W *rozdziale III* przedstawiono program promocji i prewencji I stopnia, którego realizacja wymaga podjęcia dwóch strategii działania. Jedną jest

skierowana głównie na jednostkę w celu zwiększenia jej kontroli nad własnym zdrowiem psychicznym, a druga zawiera zespół działań ukierunkowanych przede wszystkim na zmiany w środowisku społeczno-ekologicznym.

W *IV rozdziale* zawarty jest program opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi, obejmujący:

1. działania legislacyjne niezbędne do poprawy jakości i dostępności opieki psychiatrycznej,
 2. poprawę jakości świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, głównie poprzez nowelizację programu kształcenia przeddyplomowego i rozszerzenia programu kształcenia lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej o umiejętności niezbędne dla rozpoznawania i leczenia osób z zaburzeniami niepsychotycznymi,
 3. poprawę jakości, dostępności i zróżnicowania psychiatrycznej i odwykowej opieki zdrowotnej, głównie poprzez:
 - 3.1. zwiększenie liczby kadr psychiatrycznych i podniesienie poziomu wykształcenia,
 - 3.2. poprawę i zróżnicowanie dostępności, poprzez:
 - zapewnienie minimalnej dostępnej opieki środowiskowej (ambulatoryjnej, dziennej i rehabilitacji),
 - zapewnienie równomiernej dostępności opieki stacjonarnej, poprzez:
 - tworzenie oddziałów przy szpitalach ogólnych,
 - adaptację różnych obiektów dla opieki szpitalnej,
 - zakończenie inwestycji,
 - restrukturyzację dużych szpitali, w tym zmniejszenie liczby łóżek i zmiana funkcji części oddziałów,
 - utworzenie regionalnych ośrodków: psychiatrii młodzieżowej, leczenia nerwic i psychiatrii sądowej,
 - 3.3. poprawę ciągłości i jakości opieki,
 4. Zwiększenie udziału organów pomocy społecznej, głównie poprzez organizowanie gminnych ośrodków oparcia społecznego, środowiskowych domów samopomocy i innych działań.
- W *V rozdziale* zawarte są planowane badania naukowe.
- W *załączniku* rozwinięto pkt. IV.3.3.6, dotyczący kierunków rozwoju opieki psychiatrycznej.

Contents

- I. Diagnosis of the current state and risks to mental health in Poland. A sociomedical analysis.
- II. Current state of primary, secondary and tertiary prevention
- III. Program of promotion and primary prevention
- IV. Program of health care and social assistance to persons with mental disorders (secondary and tertiary prevention)
- V. Fourth-level prevention: scientific research and development of health information systems

SUMMARY

The Mental Health Program was developed by a team of experts from the Institute of Psychiatry and Neurology, on commission of the WHO Regional Office for Europe. The program is contained in five chapters and an annex.

Chapter I presents a synthetic diagnosis of the current state and risks to mental health in Poland. The following trends were noted: no significant changes in the total number of patients with mental disorders treated in the years 1990 - 1993, but a significant increase in the incidence rates as regards dependence on alcohol and other psychoactive substances; an increase in the suicide rates in the years 1990 - 1992, and a systematic increment in the number of HIV-infected drug abusers.

The transformation of the socio-political system is associated not only with new chances for development, but also with new risks to mental health. The latter require that appropriate promotion, prevention, and treatment-rehabilitation measures should be undertaken.

In *Chapter II* the state-of-the-art in promotion as well as in primary, secondary (treatment) and tertiary (rehabilitation) prevention is briefly outlined. Activities undertaken in this respect have been assessed as generally insufficient and inadequate to the range of needs.

The part dealing with the *program itself (Chapters III, IV and V)* is an extended and more detailed version of Chapter I of the Mental Health Act, and particularly, of the provisions concerning the promotion of mental health, prevention of mental disorders, and provision of comprehensive and accessible health care as well as other forms of assistance and care to persons with mental disorders.

For the implementation of the promotion and primary prevention program as described in *Chap-*

ter III two strategies are required: the first one is targeted mostly at the individual in order to increase his control over his own mental health, while the second one delineates a system of activities aimed foremost at changes in the socio-ecological environment.

The program of health care and social assistance for persons with mental disorders, presented in *Chapter IV*, includes:

1. legislative steps necessary to improve the quality and accessibility of psychiatric services;
2. improvement of quality of the primary health care services, mostly through modernization of medical studies curriculum, as well as amendment of general practitioners' training enabling them to acquire the skills needed to recognize mental disorders and to treat persons with non-psychotic disorders;
3. improvement of the quality, accessibility and differentiation of psychiatric care and of alcohol/drug treatment mostly by means of:
 - 3.1. increasing the number of staff in psychiatric facilities and improving their qualifications,
 - 3.2. improvement and differentiation of accessibility, through:
 - provision of the minimum accessible community-based care (outpatient, day care, rehabilitation),
 - provision of equal accessibility of inpatient care, by means of:
 - establishment of psychiatry wards in general hospitals,
 - adaptation of various objects for hospital care,
 - completion of facilities under construction,
 - re-structuring large hospitals, including a reduction in the number of beds and a change of functions served by some hospital wards,
 - establishment of regional centers for adolescent psychiatry, forensic psychiatry, and for treatment of neurotic disorders;
 - 3.3. improvement of the quality and continuity of care;
4. increasing the contribution of social welfare agencies, mostly by establishment of social welfare centers at the local community level, of community-based halfway houses, and by other measures.

Chapter V is devoted to planned research.

In the *Annex* a more detailed version of Par. IV.3.3.6 is given, outlining the directions of psychiatric care development.

I. DIAGNOZA SYTUACJI I ZAGROŻEŃ DLA ZDROWIA PSYCHICZNEGO W POLSCIE. ANALIZA SOCJOMEDYCZNA

Zmiany społeczne, polityczne, a szczególnie ekonomiczne, istotnie wpływają na stan zdrowia psychicznego społeczeństwa. Proces integrowania się z gospodarką światową, swoboda podróżowania, rozszerzenie praw obywatelskich, wolne wybory, pluralistyczny system polityczny i społeczny kreują nowe szanse i możliwości rozwojowe dla społeczeństwa polskiego. Z drugiej strony dokonująca się w Polsce transformacja ustrojowa jest związana ze wzrostem dotychczasowych i pojawianiem się nowych zagrożeń dla zdrowia psychicznego w wymiarze jednostkowym i społecznym.

Stan zdrowia psychicznego i główne zagrożenia są następujące:

1. W końcu lat osiemdziesiątych, a także w latach 1990-93 w lecznictwie psychiatrycznym, łącznie z odwykowym leczono się przeciętnie około 700 tys. osób rocznie, co stanowi blisko 2% całej ludności Polski.
W latach 1990-93 obserwuje się *wzrost współczynnika pierwszych przyjęć do szpitali w całej grupie psychoz* o około 11% i bardziej znaczny, o około 31%, w grupie psychoz afektywnych, ale należy zaznaczyć, że współczynniki zachorowalności szpitalnej w całej grupie psychoz wykazują w okresie ostatnich 23 lat tendencję stabilizacyjną i wahają się w granicach od 43,1 do 47,8 przypadków na 100 tys. mieszkańców. W grupie zaburzeń alkoholowych w latach 1990-93 występuje niewielki wzrost (około 8%) pierwszych przyjęć do szpitali osób z zespołem zależności alkoholowej. Natomiast znaczny wzrost notuje się w latach 1990-93 we współczynniku zachorowalności w grupie uzależnień od środków psychoaktywnych (o 21% w lecznictwie szpitalnym i o 48% w lecznictwie ambulatoryjnym).
2. W latach 1985-88 średnie roczne spożycie alkoholu ustaliło się w Polsce na poziomie 7 litrów 100% alkoholu na 1 mieszkańca. W latach 1989-91 nastąpiła liberalizacja i prywatyzacja obrotu alkoholem oraz zmniejszenie kontroli państwa nad jego podażą. W związku z tym oficjalne statystyki nie rejestrują znacznych ilości alkoholu, szczególnie z importu. Według szacunkowych danych w latach 1990-93 *poziom spożycia alkoholu wzrósł o ok. 40-45%* i jego wielkość można oceniać w przedziale od 10 do 11 litrów 100% alkoholu na 1 mieszkańca Polski. W lecznictwie psychiatrycznym i odwykowym leczono się rocznie ponad 110 tys. osób uzależnionych od alkoholu, ale ich rzeczywistą liczbę eksperci szacują od 600 do 900 tys. osób.
3. Znaczny wzrost w latach 1990-93 współczynnika pierwszych przyjęć osób z rozpoznaniem "uzależnienia lekowego" wskazywałby na *zwiększenie używania przede wszystkim nielegalnych środków psychoaktywnych*. W lecznictwie psychiatrycznym i odwykowym leczono się rocznie ok. 5 tys. osób z rozpoznaniem "uzależnienia lekowego", z czego większość to uzależnieni od opiatów.
4. Ze zjawiskiem narkomanii w Polsce wiąże się nowy problem zdrowotny o wielorakich i znaczących implikacjach natury społecznej, etycznej i politycznej - *choroba AIDS*. Wśród 3055 (31 lipca 1994 r.) przypadków nosicielstwa wirusa HIV zarejestrowanych w Polsce, osoby przyjmujące dożylnie narkotyki, przede wszystkim opiaty, stanowią 69%.
5. Polska należy do grupy krajów europejskich o relatywnie niskim współczynniku samobójstw. Przed 1990 r. najwyższe współczynniki *dokonywanych samobójstw* zanotowano w 1977 roku - 14,1 i w 1984 - 13,9 na 100 tys. mieszkańców. W 1990 r. współczynnik ten wynosił 13,0, w 1991 r. - 13,9 i w 1992 r. - 14,9 (najwyższy), a w 1993 r. - 14,6 (niewielki spadek).
6. W latach 1990-93 nastąpił wyraźny *wzrost wszystkich rodzajów przestępstw*, w tym zabójstw o ponad 90%, co przyczynia się do zwiększenia poczucia zagrożenia.
7. Zagrożeniem dla zdrowia psychicznego jest obecnie *bezrobocie*, które obejmuje blisko 3 miliony osób, czyli ponad 16% aktywnych zawodowo.
8. Badania socjologiczne przeprowadzane przez różne instytucje naukowe, w tym ośrodki badania opinii publicznej w okresie 1989-92, jednoznacznie wskazują na *znaczny wzrost zagrożenia spadkiem stopy życiowej, biedą i bezrobociem*, a jednocześnie systematyczne *zmniejszanie się poczucia bezpieczeństwa ekonomicznego, społecznego i zdrowotnego*. Notuje się także ogólne *pogarszanie się nastrojów społecznych* wyrażone wielkością odsetka osób negatywnie oceniających rozwój sytuacji ekonomiczno-politycznej kraju, szczególnie w latach 1990-92. W latach 1993-94 nastroje społeczne podlegały częstym wahaniom, ale najczęściej z przewagą ocen ne-

gatywnych. Znaczny odsetek osób (od 30 do 65%) w latach 1990-94 pesymistycznie postrzega swoją sytuację osobistą, rodzinną, a szczególnie zawodową, a także można obserwować wzrost liczby osób deklarujących różne dolegliwości psychiczne i psychosomatyczne (np. bóle głowy, rozdrażnienie, bezsenność, brak lub nadmierny apetyt, obniżony nastrój, apatię itp.).

II. STAN OBECNY W ZAKRESIE PREWENCJI I, II i III STOPNIA

W "Programie" wszystkie problemy związane z ochroną zdrowia psychicznego przedstawiono według powszechnie przyjętego czterostopniowego modelu prewencji.

A. PROMOCJA I PREWENCJA I STOPNIA

Dotychczasowe działania w zakresie promocji zdrowia psychicznego i prewencji zaburzeń psychicznych są niewystarczające.

W ramach opieki nad matką i dzieckiem są realizowane programy szczepień, badania prenatalne, poradnictwo genetyczne oraz szereg działań prawnych i ekologicznych w zakresie ochrony zdrowia kobiet w ciąży i w pierwszym okresie życia dziecka, które zapobiegają niektórym postaciom upośledzenia umysłowego, zaburzeń psychicznych i neurologicznych wśród dzieci.

Działania promocyjne i prewencyjne adresowane do dzieci, młodzieży i grup ryzyka wśród dorosłych są związane z dwoma ustawami: "O wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi" z 1982 r. i "O zapobieganiu narkomanii" z 1985 roku. Przyczyniły się one do rozwoju różnych form działalności w zakresie ograniczania i rozwiązywania problemów związanych z nadużywaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Działania takie prowadzi m. in. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Biuro d.s. Narkomanii, Instytut Psychiatrii i Neurologii. Powstało szereg stowarzyszeń i fundacji, zaczął rozwijać się szybko ruch samopomocowy Anonimowych Alkoholików i Klubów Abstynenta, powstało wiele nowych ruchów trzeźwościowych i ośrodków rehabilitacyjnych inicjowanych przez kościoły i inne związki wyznaniowe. Powstała także sieć poradni profilaktyczno-rehabilitacyjnych dla

narkomanów i znacznie rozwinęło swoją profilaktyczną działalność stowarzyszenie Monar.

Brak ustawowej regulacji ochrony zdrowia psychicznego był jedną z przyczyn znacznie skromniejszego zakresu działań promocyjnych i prewencyjnych dotyczących innych aspektów zdrowia psychicznego.

Funkcje zapobiegawcze pełnią systemy poradnictwa pedagogicznego, psychologicznego, psychiatrycznego, a także kursy pomocy i treningów psychologicznych, ale ich zasięg i zakres jest skromny i nieadekwatny do skali potrzeb. Pod koniec 1993 r. zawiązała się Koalicja na Rzecz Zdrowia Psychicznego, która skupia kilkanaście stowarzyszeń i grup samopomocowych z terenu całego kraju.

Do połowy 1994 r. zarejestrowano około 22 tys. różnych organizacji pozarządowych, wśród których ponad 8 tys., czyli ponad 36%, działa na rzecz ochrony zdrowia.

Uchwalenie przez Sejm RP, w dniu 19 sierpnia 1994 r., Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego powinno być impulsem dla szybszego rozwoju działań w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym.

Propozycje kompleksowego programu promocji zdrowia psychicznego nawiązujące do zapisów ustawy są zawarte w rozdziale III niniejszego raportu.

B. PREWENCJA II i III STOPNIA (Leczenie i rehabilitacja)

Opiekę nad osobami z zaburzeniami psychicznymi sprawują następujące trzy rodzaje placówek:

1. Podstawowa opieka zdrowotna i inne służby niepsychiatryczne, przyjmujące szacunkowo około 70% pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, głównie niepsychotycznymi.
2. Psychiatryczna i odwykowa opieka zdrowotna, składająca się z:
 - 2.1. względnie równomiernie rozmieszczonych poradni: 653 poradni zdrowia psychicznego, w tym 60% czynnych codziennie (około 570 tys. pacjentów rocznie), 420 poradni odwykowych (około 90-100 tys. chorych rocznie) oraz 33 poradni dla osób uzależnionych od leków.
 - 2.2. nielicznych pośrednich form leczenia psychiatrycznego (84 oddziały dzienne, 12 oddziałów środowiskowych i 6 hosteli) oraz z podopadających ostatnio zakładów i

stanowisk pracy chronionej spółdzielczości inwalidzkiej,

- 2.3. skąpej i nierównomiernie rozmieszczonej sieci zakładów opieki stacjonarnej: łącznie 149 jednostek, w tym 49 szpitali, 51 oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych oraz 11 oddziałów i 36 ośrodków leczenia osób uzależnionych od alkoholu lub innych substancji. Łączna liczba łóżek w tych zakładach wynosi 34.625, a wskaźnik zaopatrzenia w łóżka - 9.0 na 10 tys ludności.

Nierównomierne rozmieszczenie bazy szpitalnej powoduje, że dla około połowy populacji rejonowy oddział psychiatryczny jest oddalony o ponad 80 km od miejsca zamieszkania, a w 18 województwach wskaźnik liczby łóżek jest niedostateczny (poniżej 5 na 10 tys ludności). W znacznej części szpitali warunki bytowe pacjentów są bardzo trudne.

Lecznictwo psychiatryczne i odwykowe zatrudnia około 2000 psychiatrów, 1470 psychologów, 400 innych terapeutów z wyższym wykształceniem i szacunkowo 450 pracowników socjalnych. W postępowaniu terapeutycznym dominują metody biologiczne, przy wyraźnym niedostatku metod psychosocjalnych.

3. **Pomoc społeczna** - dysponuje obecnie względnie rzadką siecią domów pomocy społecznej (około 300 placówek dla upośledzonych umysłowo i przewlekle psychicznie chorych) podlegających od niedawna Ministerstwu Pracy i Polityki Socjalnej. W domach tych przebywa ponad 30 tys. podopiecznych.

Udział organizacji społecznych i samopomocowych na rzecz chorych psychicznie jest niewielki, istotny jedynie w przypadku osób upośledzonych umysłowo oraz uzależnionych od alkoholu i środków odurzających (ponad 900 grup AA, ponad 400 Al-Anon, blisko 300 klubów abstynenta i placówki Monar).

W ostatniej dekadzie rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych, zarejestrowane w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej kształtuje się rocznie na poziomie ponad 1600, a w opiece stacjonarnej 370 osób na 100 tys ludności. Brak odpowiedniego źródnicowania rodzaju placówek i udzielanych w nich usług powoduje, że świadczenia opieki psychiatrycznej są nieadekwatne do potrzeb wielu pacjentów. Odnosi się to zwłaszcza do opieki szpitalnej, którą u znacznej części chorych należałoby prowadzić w formach pośrednich, co gwarantowa-

łoby bardziej skuteczną a zarazem tańszą opiekę. Około 20% leczonych w szpitalach psychiatrycznych przebywa tam wyłącznie ze względów społecznych (brak mieszkania, brak opieki rodziny w domu itp). Nie można ich jednak wypisać ze szpitali, ponieważ brak jest form zakwaterowania chronionego (hosteli, środowiskowych domów samopomocy).

III. PROGRAM PROMOCJI I PREWENCJI I STOPNIA

Realizacja podstawowych zadań programu promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym wymaga podjęcia dwóch strategii działań, z których jedna jest skierowana głównie na jednostkę, a druga przede wszystkim na zmiany w środowisku społeczno-ekologicznym:

1. **Promocja zdrowia psychicznego skierowana na wzmacnianie kompetencji, wiedzy i umiejętności jednostki w celu zwiększania kontroli nad własnym zdrowiem psychicznym.** W tym zakresie Program przewiduje następujące działania:
 - 1.1. Uwzględnianie zagadnień kształtowania zachowań i postaw sprzyjających zdrowiu psychicznemu jednostki w działalności instytucji oświatowych, wychowawczych i opiekuńczych.
 - 1.2. Rozwijanie indywidualnych i grupowych form pomocy w zdobywaniu wiedzy o zdrowiu psychicznym, zwiększaniu kompetencji i umiejętności w radzeniu sobie ze stresem i wymaganiami środowiska.
 - 1.3. Rozwijanie różnych form poradnictwa psychologicznego, wychowawczego, szkolnego, małżeńskiego, rodzinnego, zawodowego i in.
 - 1.4. Organizowanie różnych form pomocy w sytuacjach kryzysowych (ośrodki interwencji kryzysowej, telefony zaufania, punkty konsultacyjne, grupy samopomocy i in.) przez organy administracji państwowej i samorządowej lub przez organizacje pozarządowe.
 - 1.5. Tworzenie specjalistycznych placówek wczesnego rozpoznawania potrzeb dzieci z zaburzeniami rozwoju psychoruchowego.
2. **Promocja zdrowia psychicznego ukierunkowana na zmiany w środowisku społeczno-eko-**

logicznym. W tym zakresie Program przewiduje następujące działania:

- 2.1. Minimalizacja środowiskowych, społecznych i psychologicznych zagrożeń dla życia i rozwoju psychicznego człowieka w ramach ogólnych programów promocji zdrowia i profilaktyki.
- 2.2. Realizacja zadań Narodowego Programu Zdrowia w części dotyczącej zmniejszania rozmiarów palenia tytoniu, spożycia alkoholu i używania innych środków psychoaktywnych, które powodują uzależnienie.
- 2.3. Opracowanie i wdrożenie programów edukacyjnych mających na celu zapobieganie zaburzeniom psychicznym w różnych grupach populacji, zwłaszcza w grupach wysokiego ryzyka, np. osób niepełnosprawnych, bezrobotnych, bezdomnych.
- 2.4. Opracowanie i wdrożenie programów edukacyjnych ukierunkowanych na zapobieganie uzależnieniom u dzieci i młodzieży - realizowanych przez nauczycieli, policjantów, pracowników służby zdrowia i pomocy socjalnej.
- 2.5. Wprowadzenie zagadnień promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym do programów doskonalenia zawodowego osób zajmujących się nauczaniem i wychowaniem, leczeniem i opieką, zarządzaniem i organizacją pracy, rehabilitacją i resocjalizacją, ochroną porządku publicznego, organizacją wypoczynku i sportu, działalnością społeczną, związkową i polityczną.
- 2.6. Szerokie uwzględnianie problematyki promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki w programach kształcenia lekarzy, prawników, psychologów, socjologów, dziennikarzy, nauczycieli, pielęgniarek, pracowników socjalnych.
- 2.7. Inicjowanie, organizowanie i wspieranie rozwoju różnych form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi.
- 2.8. Dostosowywanie działań instytucji użyteczności publicznej (wychowawczo-opiekuńczych, opieki zdrowotnej, wojskowych, penitencjarnych i innych) do wymogów ochrony zdrowia psychicznego.
- 2.9. Wykorzystanie zakładów służby zdrowia, w tym placówek oświaty zdrowotnej i lecznictwa psychiatrycznego do realizacji programów promocji zdrowia psychiczne-

go i zapobiegania zaburzeniom psychicznym.

- 2.10. Uwzględnianie problematyki zdrowia psychicznego w środkach masowego przekazu oraz w takich programach jak: "Zdrowe Miasta", "Szkoła Promująca Zdrowie" i "Szpital Promujący Zdrowie".

IV.

PROGRAM OPIEKI ZDROWOTNEJ I POMOCY SPOŁECZNEJ DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI (PREWENCJA II I III STOPNIA)

A. CEL I ZADANIA

1. Głównym celem programu jest zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i dostępnej opieki zdrowotnej i innych form pomocy i opieki niezbędnych dla życia w środowisku społecznym. Cel ten będzie realizowany w ramach modelu opieki zdrowotnej ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.
2. Zadania:
 - 2.1. Działania legislacyjne
 - 2.2. Poprawa jakości świadczeń opieki podstawowej
 - 2.3. Poprawa poziomu psychiatrycznej i odwykowej opieki zdrowotnej
 - 2.4. Zwiększenie udziału organów pomocy społecznej

B. ŚRODKI I METODY REALIZACJI ZADAŃ

1. Realizacja ustawy o ochronie zdrowia psychicznego i inne niezbędne działania legislacyjne
 - 1.1. Wdrażanie i monitorowanie realizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Ustawa przewiduje wprowadzanie nowoczesnego modelu opieki zdrowotnej i innych form pomocy, zgodnie z którym opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi będzie sprawowana w ramach podstawowej, psychiatrycznej i odwykowej opieki zdrowotnej oraz w placówkach pomocy społecznej. Ustawa zawiera postanowienia zapewniające wdrażanie tego modelu, przepisy gwarantujące prawa obywatelskie osób poddanych przymusowemu postępowaniu oraz normy zapobiegające lub ograniczające możliwości naruszenia prawa

człowieka wynikające z trudnych warunków pobytu i leczenia.

1.2. Inne działania legislacyjne.

- (a) Przygotowanie odpowiednich przepisów w sprawie domów pomocy społecznej dostosowanych do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi.
- (b) Uregulowanie prawne zapewniania nadzoru specjalistycznego nad psychiatrycznymi świadczeniami zdrowotnymi i rehabilitacyjnymi dla osób z zaburzeniami psychicznymi w placówkach prowadzonych przez resort pracy i polityki społecznej.
- (c) Zmiana przepisów dotyczących obowiązku leczenia odwykowego.
- (d) Stworzenie możliwości wykonywania środka leczniczo-zabezpieczającego (art. 99 KK) w warunkach pozaszpitalnych (poradnie, oddziały dzienne). Zawężenie możliwości wykonywania środka zabezpieczającego (art. 100 KK) do sprawców, których leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę ich stanu zdrowia.
- (e) Określenie podstaw prawnych powoływania i funkcjonowania rzeczników praw pacjentów w szpitalach psychiatrycznych.

2. Poprawa jakości świadczeń zdrowotnych podstawowej opieki zdrowotnej dla osób z zaburzeniami psychicznymi. W tym zakresie najpilniejsze są następujące zadania:

- 2.1. nowelizacja programu szkolenia studentów medycyny w kierunku szerszego uwzględnienia zagadnień psychologii klinicznej, psychiatrii środowiskowej oraz problematyki uzależnień i innych zaburzeń niepsychotycznych;
- 2.2. wprowadzenie do programu szkolenia lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (ogólnych, rodzinnych, domowych):
 - (a) zajęć zapewniających nabywanie umiejętności rozpoznawania zaburzeń psychicznych, leczenia większości osób z zaburzeniami niepsychotycznymi i części chorych na psychozy,
 - (b) zagadnień psychologii klinicznej,
 - (c) zagadnień psychiatrii środowiskowej.
- 2.3. Zapewnienie pomocy konsultacyjnej i edukacyjnej z zakresu psychiatrii i psychologii klinicznej dla pracowników podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej m.in. tworzenie psychologicznych punktów konsultacyjnych w poradniach pediatrycznych.

3. Poprawa poziomu psychiatrycznej i odwykowej opieki zdrowotnej

3.1. Zwiększenie liczby kadr

Pożądany rozmiar zatrudnienia na 100 tys. ludności (w skali kraju) w okresie najbliższych 10 lat powinien wynosić:

(a) psychiatry	6,5	(2 600 osób)
(b) psychologowie	6,0	(2 400 osób)
(c) pracownicy socjalni	6,5	(2 600 osób)
(d) pielęgniarki	27,0	(10 800 osób)
(e) terapeuci zajęciowi	4,5	(1 800 osób)
(f) instruktorzy terapii odwykowej	3,0	(1 200 osób)

3.2. Poprawa poziomu wyszkolenia kadr.

Niezbędne są następujące działania:

- (a) wdrożenie jednostopniowej specjalizacji z psychiatrii i szersze uwzględnienie w programie zagadnień psychiatrii środowiskowej oraz metod psychoterapeutycznych i socjoterapeutycznych;
- (b) utrzymanie specjalizacji z psychologii klinicznej;
- (c) stworzenie możliwości uzyskiwania przez osoby z ukończoną specjalizacją z psychiatrii lub psychologii klinicznej certyfikatów, stwierdzających nabycie szczególnych kwalifikacji dodatkowych (np. z zakresu psychoterapii, terapii odwykowej, terapii rodzin, psychiatrii sądowej, psychiatrii konsultacyjnej). Osoby legitymujące się certyfikatami będą preferowane przy obsadzie niektórych stanowisk;
- (d) szersze uwzględnienie zagadnień psychiatrii środowiskowej, oparcia społecznego oraz metod psychoterapeutycznych i socjoterapeutycznych w programach doskonalenia zawodowego wszystkich grup pracowników lecznictwa psychiatrycznego;
- (e) zwiększenie dostępności wyższych studiów (magisterskich) dla pracowników socjalnych i pielęgniarek;
- (f) opracowanie i wdrożenie programów szkolenia i uzyskiwania licencji (np. terapeuty odwykowego, trenera umiejętności społecznych) przez osoby z wykształceniem średnim lub wyższym, reprezentujące zawody tradycyjnie nie związane z opieką psychiatryczną.

3.3. Poprawa dostępności i zróżnicowania psychiatrycznej opieki zdrowotnej w okresie najbliższych 10 lat.

(a) Opieka środowiskowa - minimalna dostępność placówek:

poradnie zdrowia psychicznego dla dorosłych	1 poradnia w rejonie każdego ZOZ lub przyszłego powiatu (50-100 tys. ludności), czynna codziennie. Minimalne zatrudnienie: 1 etat psychiatry, 1 etat psychologa, 1 etat psychoterapeuty (z certyfikatem), 1 etat pielęgniarki 1 etat pracownika socjalnego - na 50 tys.ludności
oddziały (zespoły) leczenia środowiskowego	1 miejsce/pacjent na 10 tys. ludności (od 1 do 3 wizyt tygodniowo)
oddziały dzienne dla dorosłych, w tym: oddziały dla pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi	2-3 miejsca na 10 tys. ludności miejskiej
oddziały zajęciowo-rehabilitacyjne dla psychicznie chorych	0,5 miejsca na 10 tys. ludności
poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży	1 poradnia na 250 tys. ludności (dla rejonu 1 lub więcej ZOZ-ów/powiatów, czynna codziennie. Minimalne zatrudnienie: 1 etat psychiatry dziecięcego, 2 etaty psychologów, 1 etat pielęgniarki, 1 etat pracownika socjalnego
oddziały dzienne dla dzieci i młodzieży	1 miejsce na 10 tys ludności miejskiej

(b) Opieka całodobowa.

- Zapewnienie równomiernej dostępności podstawowych świadczeń w opiece całodobowej:

- zwiększenie liczby łóżek do poziomu 50 łóżek na 100 tys. ludności w województwach dysponujących obecnie mniejszą od tego wskaźnika liczbą łóżek, głównie poprzez tworzenie oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych.
- Utworzenie w każdym województwie całodobowej opieki psychiatrycznej, przede wszystkim poprzez:
 - adaptację pozyskiwanych obiektów w województwach: bielskim (Bielsko-Biała, Cieszyń, Sucha-Beskidzka), bydgoskim (Bydgoszcz), katowickim (Katowice i Sosnowiec), koszalińskim (Połczyn-Zdrój, Białogard), krośnieńskim (Krosno), legnickim (Legnica), łomżyńskim (Łomża), nowosądeckim (Nowy Sącz), ostrołęckim (Ostrołęka), szczecińskim (Centr. Zdr. Psych. w Szczecinie), tarnowskim (Straszęcin k/Dębicy), wrocławskim (Michelin);
 - szybkie zakończenie zaawansowanych inwestycji w Olsztynie (Redykajny), Rzeszowie, Suwałkach, Szczecinie-Zdroju.
- Zmniejszenie liczby łóżek psychiatrycznych w dużych szpitalach do 500-700.
- Zmiana zadań części oddziałów dużych szpitali psychiatrycznych i przeznaczenie ich po modernizacji na następujące formy:
 - całodobowy lub dzienny oddział lub pododdział psychogeriatryczny
 - dzienny oddział rehabilitacyjny (z szeroką ofertą terapii zajęciowej) dla przewlekle chorych z oddziałów subrejonowych lub pododdziały rehabilitacyjne w oddziałach subrejonowych
 - niektóre formy zakwaterowania chronionego np. hostele
- utworzenie regionalnych ośrodków:
 - psychiatrii młodzieżowej (oddział całodobowy, dzienny, poradnia)
 - leczenia nerwic (oddział całodobowy, dzienny, poradnia)
 - psychiatrii sądowej (jako rozwiązanie tymczasowe),
- utworzenie centralnego szpitala psychiatrii sądowej dla pacjentów wymagających szczególnego zabezpieczenia i nadzoru.

3.4. Poprawa dostępności i zróżnicowania odwykowej opieki zdrowotnej w okresie najbliższych 10 lat

(a) Opieka środowiskowa - minimalna dostępność placówek:

poradnie odwykowe	1 poradnia dla jednego lub dwóch ZOZ powiatów, czynna codziennie. Minimalne zatrudnienie personelu: 1 etat psychologa, 1 etat pielęgniarki, 1/4 do 1/2 etatu lekarza - na 50 tys. ludności
poradnie profilaktyki, leczenia i rehabilitacji dla osób uzależnionych od środków psychoaktywnych	1 poradnia lub 1 punkt konsultacyjny - w zależności od lokalnych potrzeb
oddziały dzienne dla uzależnionych od alkoholu	1 oddział w województwie

(b) Opieka całodobowa - minimalna dostępność placówek:

oddziały całodobowe dla uzależnionych od alkoholu, w tym: - oddziały/poddziały detoksykacyjne - oddziały terapii/rehabilitacji	1 łóżko na 10 tys. ludności
oddziały całodobowe dla uzależnionych od innych środków psychoaktywnych, w tym: - oddziały/łóżka detoksykacyjne (odpowiednio do potrzeb województwa) - oddziały/ośrodki rehabilitacyjne (w tym MONAR) (odpowiednio do potrzeb określonych w skali kraju)	0,3 łóżka na 10 tys. ludności

3.5. Poprawa ciągłości i jakości opieki.

W tym zakresie najistotniejsze są następujące zadania:

(a) przestrzeganie zasad i usprawnianie subrejonizacji szpitali psychiatrycznych;

(b) przystosowanie zasad opieki czynnej w opiece ambulatoryjnej do wymogów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego;

(c) promocja nowych rozwiązań ciągłości opieki (n.p. funkcji "koordynatora opieki nad pacjentem" jako np. terapeutów w poradniach zdrowia psychicznego na wzór rozwiązań angielskich i amerykańskich);

(d) poprawa warunków bytowych w całodobowych placówkach opieki psychiatrycznej zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 r. (Załącznik nr 2, cz. III i X), Dz. U. Nr 74 z dnia 5 października 1992 r.;

(e) poprawa poziomu terapii i rehabilitacji, zwłaszcza szersze stosowanie metod psychospołecznych:

- zwiększenie zatrudnienia pracowników o wykształceniu innym niż medyczne (psychologów, pracowników socjalnych, terapeutów)

- szkolenie kadr (jak w punkcie 3.2.),

- opracowanie i wdrażanie standardów z zakresu diagnostyki i terapii zaburzeń psychicznych,

(f) usprawnienie współpracy między jednostkami psychiatrycznej i odwykowej opieki zdrowotnej a lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej (ogólnymi, rodzinnymi, domowymi) i ośrodkami pomocy społecznej;

(g) określenie zasad współpracy poradni zdrowia psychicznego z ośrodkami pomocy społecznej w zakresie organizowania gminnych ośrodków oparcia społecznego

(h) koordynacja działań środowiskowych i całodobowych placówek psychiatrycznej i odwykowej opieki zdrowotnej;

(i) zmiana dotychczasowego finansowania opieki psychiatrycznej zgodnie z liczbą i strukturą społeczną ludności poszczególnych województw;

(j) rozważenie możliwości wprowadzenia eksperymentalnego zarządzania psychiatryczną i odwykową opieką zdrowotną w oparciu o wyodrębniony budżet określonego regionu przeznaczony na wszystkie usługi psychiatryczne (w tym świadczone przez oddziały psychiatryczne i odwykowe szpitali ogólnych);

(k) powszechne wdrażanie leczenia metadonem u części uzależnionych od opiatów;

- (l) rozpowszechnienie już przygotowanych i opracowanie brakujących narzędzi i standardów jakości opieki;
 - (m) przeprowadzenie atestacji placówek psychiatrycznych i odwykowych niezależnie od podmiotu, który je powołał i utrzymuje;
 - (n) okresowa ocena jakości usług w placówkach psychiatrycznej i odwykowej opieki zdrowotnej;
 - (o) powoływanie rzeczników praw pacjentów psychiatrycznych w szpitalach psychiatrycznych.
- 3.6. Kierunki rozwoju organizacji psychiatrycznej i odwykowej opieki zdrowotnej.
Głównym zadaniem jest pełne wdrożenie modelu psychiatrii środowiskowej, którego podstawowe założenia są następujące:
- (a) głównym ogniwem opieki psychiatrycznej i odwykowej są poradnie oraz formy pośrednie - ośrodki interwencji kryzysowych, działające np. przy szpitalu, poradni, pogotowiu, zespoły opieki środowiskowej, oddziały dzienne, różnego typu placówki rehabilitacyjne i formy zakwaterowania chronionego - mieszkania chronione i hostele;
 - (b) rola opieki szpitalnej jest ograniczona i prowadzona głównie w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych. Duże szpitale psychiatryczne ulegają przekształceniu (zgodnie z punktem 3.3.b.). Odległość miejsca zamieszkania pacjenta od oddziału całodobowego nie przekracza 1 godz. podróży.
 - (c) Opiekę psychiatryczną nad lokalną społecznością sprawuje stały wieloprofesjonalny zespół terapeutyczny, prowadzący pacjenta we wszystkich formach opieki.
- Pełne wdrożenie proponowanego modelu opieki będzie możliwe w perspektywie wieloletniej.
Szczegółowe zasady sprawowania opieki zawiera załącznik.

4. Zwiększenie roli placówek pomocy społecznej i innych form pomocy

Do najpilniejszych zadań należy:

- 4.1. organizowanie gminnych ośrodków oparcia społecznego dla osób chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo, które mają poważne trudności w życiu społecznym, w szczególności w kształtowaniu swoich stosunków z otoczeniem, w sprawach bytowych i w zatrudnieniu;
- 4.2. organizowanie środowiskowych domów samopomocy - według wskaźnika 1 miejsce na 10 tys. ludności;
- 4.3. organizowanie ośrodków rehabilitacyjno-wychowawczych i zajęciowo-rehabilitacyjnych dla upośledzonych umysłowo;
- 4.4. zapewnienie odpowiedniej liczby miejsc w domach pomocy społecznej, dostosowanych do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi - wg wskaźnika 4 miejsca na 10 tys. ludności i 6 miejsc na 10 tys. ludności dla upośledzonych umysłowo;
- 4.5. poprawa warunków pobytu w domach pomocy społecznej dostosowanych do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi;
- 4.6. rozszerzenie sieci zakładów pracy chronionej i zespołów pracy nakładczej w ramach spółdzielczości inwalidzkiej oraz stanowisk pracy chronionej.

V.

PREWENCJA IV STOPNIA: BADANIA NAUKOWE I ROZWÓJ SYSTEMÓW INFORMACJI ZDROWOTNEJ

- 1. Promowanie badań epidemiologicznych i ewaluacyjnych nad skutecznością działań prewencyjnych I, II i III stopnia.
- 2. Rozwijanie badań długoterminowych oraz studiów obejmujących małe zbiorowości (miasta, gminy) w celu uzupełnienia zbieranych rutynowo danych statystycznych o rozpowszechnieniu zaburzeń psychicznych.
- 3. Systematyczne uaktualnianie i dostosowywanie priorytetów badawczych do problemów i zagrożeń dla zdrowia psychicznego. Preferowane kierunki badań:
 - 3.1. efektywność leczenia zaburzeń psychicznych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej i metody poprawy jakości tego leczenia,
 - 3.2. efektywność leczenia i rehabilitacji w ramach różnych form opieki środowiskowej w psychiatrii oraz metody poprawy jej jakości,
 - 3.3. ocena rozpowszechnienia niepełnosprawności społecznej z powodu zaburzeń psychicznych,
 - 3.4. biologiczne i psychospołeczne czynniki warunkujące nadużywanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych,

- 3.5. wpływ nowych zagrożeń społecznych, w tym szczególnie bezrobocia, na stan zdrowia psychicznego,
 - 3.6. zmiany wzorów zachowań samobójczych oraz grupy i czynniki wysokiego ryzyka,
 - 3.7. czynniki ryzyka w stanach otępiennych okresu starzenia,
 - 3.8. czynniki warunkujące prawidłowy rozwój psychospołeczny dzieci narażonych na sytuacje stresowe,
 - 3.9. nowe metody prewencji zaburzeń psychicznych,
 - 3.10. nowe metody doskonalenia diagnostyki, terapii i rehabilitacji,
 - 3.11. ocena realizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.
4. Ustanowienie programu rządowego z zakresu ochrony zdrowia psychicznego finansowanego przez Komitet Badań Naukowych (KBN).
 5. Dostosowanie i wykorzystanie systemów statystyki medycznej do oceny stanu zdrowia psychicznego populacji oraz oceny funkcjonowania i kosztów opieki zdrowotnej.

ZAŁĄCZNIK

KIERUNKI ROZWOJU ORGANIZACJI PSYCHIATRYCZNEJ I ODWYKOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

- Cały kraj jest podzielony na 1-2 milionowe regiony usług psychiatrycznych, pokrywające się z granicami jednostek administracyjnych - przyszłych województw. Politykę zdrowotną i podział środków ustala się na poziomie regionalnym.
- W regionie zapewniana jest wszystkie usługi psychiatryczne, niezbędne dla populacji danego regionu.
- W regionie wyodrębniana jest 3 rodzaje opieki reprezentowane przez "koordynatorów", którzy tworzą komitet doradczy administracji opieki zdrowotnej wraz z przedstawicielami społeczności lokalnych i stowarzyszeń pacjentów.

Opieka psychiatryczna nad osobami dorosłymi

- Opiekę w regionie sprawuje koordynator psychiatrii dorosłych, który ustala m. in. rozmieszczenie placówek świadczących usługi podstawowe i wąkospecjalistyczne.
- Region dzieli się na mniejsze jednostki terytorialne (ok. 100-150 tys. ludności), nad którymi opiekę sprawuje stały wieloprofesjonalny zespół leczniczy (złożony z lekarzy psychiatrów, psychologów, asystentów społecznych i ewentualnie innych grup zawodowych), prowadzony przez lekarza psychiatrę - koordynatora rejonu.
- Zespół leczniczy sprawuje opiekę głównie nad pacjentami z zaburzeniami psychicznymi nie związanymi z nadużyciem alkoholu (wyjątek stanowią chorzy z psychozami alkoholowymi i część chorych wymagających detoksykacji).
- Zespół leczniczy prowadzi opiekę szpitalną i środowiskową. Jeżeli pacjent wymaga leczenia w placówce, która nie jest samodzielnie prowadzona przez zespół (np. w odległym szpitalu psychiatrycznym) zespół pełni funkcję koordynującą.

Opieka psychiatryczna nad dziećmi i młodzieżą

- Rozmieszczenie i rodzaj placówek w poszczególnych częściach regionu ustala koordynator psychiatrii dla dzieci i młodzieży zależnie od lokalnych potrzeb (kładąc główny nacisk na rozwój form psychiatrii środowiskowej).

Opieka odwykowa

- Placówki leczenia odwykowego powinny być w miarę możliwości odrębne od placówek psychiatrycznych i zlokalizowane poza ich terenem.
- Przewiduje się dwa rodzaje odrębnych programów leczniczych i rehabilitacyjnych: dla osób uzależnionych od alkoholu i dla osób uzależnionych od innych środków psychoaktywnych.
- Rozmieszczenie i rodzaj placówek w poszczególnych częściach regionu ustala koordynator opieki odwykowej, zależnie od lokalnych potrzeb.