

**OPIEKA ZDROWOTNA
I WSPARCIE SPOŁECZNE
DLA OSÓB
Z ZABURZENIAMI
PSYCHICZNYMI**

INFORMATOR DLA CHORUJĄCYCH,
ICH RODZIN I PRZYJACIÓŁ

Warszawa 2015 r.

**Opieka zdrowotna i wsparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi.
Informator dla chorujących, ich rodzin i przyjaciół**

Autor:

Prof. Maria Załuska

Redakcja merytoryczna:

Dr Krzysztof Kurowski – Zespół Prawa Antydyskryminacyjnego BRPO

Współpraca redakcyjna:

Marcin Sośniak i Grzegorz Heleniak – Zespół Prawa Administracyjnego i Gospodarczego BRPO

Wydawca:

Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich

Al. Solidarności 77, 00-090 Warszawa

www.rpo.gov.pl

Infolinia Obywatelska 800 676 676

© Copyright by Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich
Warszawa 2015

ISBN 978-83-65029-13-3

Oddano do składu w listopadzie 2015 r.
Podpisano do druku w listopadzie 2015 r.

Nakład: 3500 egz.

Opracowanie DTP, korekta, druk i oprawa:

ARW Grzegorzcyk

SPIS TREŚCI

I. Wstęp.....	5
II. Zagadnienia prawne i organizacyjne.....	10
1. Zdrowie, zdrowie psychiczne, ochrona zdrowia	10
1.1. Zdrowie i zdrowie psychiczne	10
1.2. Podstawy prawne ochrony zdrowia w Polsce.....	11
1.3. Promocja zdrowia i profilaktyka zaburzeń psychicznych	13
1.4. Zaburzenia psychiczne według ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.....	15
2. Świadczenia dla osób z zaburzeniami psychicznymi.....	16
2.1. Podstawy prawno-finansowe świadczeń dla osób z zaburzeniami psychicznymi .	16
2.2. Świadczenia zdrowotne dla osób z zaburzeniami psychicznymi	17
2.3. Środowiskowy model leczenia zaburzeń psychicznych.....	21
3. Formy świadczeń zdrowotnych dla osób z zaburzeniami psychicznymi	22
3.1. Świadczenia ambulatoryjne	23
3.2. Świadczenia szpitalne stacjonarne (całodobowe).....	27
3.3. Świadczenia inne niż szpitalne stacjonarne (całodobowe)	29
3.4. Turnusy rehabilitacyjne	32
4. Centrum zdrowia psychicznego.....	32
5. Wskaźniki docelowe dostępności psychiatrycznej opieki zdrowotnej	34
6. Działania samorządów i pomocy społecznej na rzecz zdrowia psychicznego	36
6.1. Ośrodki pomocy społecznej i centra pomocy rodzinie.....	37
6.2. Poradnictwo specjalistyczne	37
6.3. Poradnie psychologiczno-pedagogiczne	37
6.4. Ośrodki interwencji kryzysowej.....	38
6.5. Poradnie rodzinne.....	39
6.6. Oparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi	39
7. Inne formy wsparcia i rehabilitacji dla osób z zaburzeniami psychicznymi	46
7.1. Warsztaty terapii zajęciowej.....	46
7.2. Zakłady aktywności zawodowej.....	47
7.3. Kluby pacjenta	47
8. Organizacje pozarządowe działające na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi.....	48
9. Samopomoc pacjentów i rodzin	50

III. Podstawowe informacje o zaburzeniach psychicznych i ich leczeniu	54
1. Kryzys i stres a zaburzenia psychiczne.....	54
2. Rodzaje zaburzeń psychicznych.....	54
2.1 Zaburzenia psychiczne w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego.....	54
2.2. Zaburzenia psychiczne w klasyfikacji międzynarodowej ICD 10	55
3. Objawy zaburzeń psychicznych i zachowania	55
3.1. Objawy lżejsze.....	56
3.2. Objawy cięższe, sygnalizujące zagrożenie dla chorego lub innych osób.....	57
4. Charakterystyka zaburzeń psychicznych na podstawie objawów	57
4.1. Choroby psychiczne (zaburzenia psychotyczne)	57
4.2. Niepełnosprawność intelektualna.....	58
4.3. Inne zakłócenia czynności psychicznych	58
5. Specyfika zaburzeń psychicznych w poszczególnych okresach życia.....	59
5.1. Dzieciństwo i wiek młodzieńczy.....	59
5.2. Okres ciąży i około porodowy.....	60
5.3. Wiek podeszły	60
6. Podstawowe zasady leczenia zaburzeń psychicznych	61
6.1. Wczesne rozpoznawanie i leczenie zaburzeń psychicznych	61
6.2. Zapobieganie nawrotom	61
6.3. Indywidualny dobór metody leczenia i wielostronność oddziaływań	62
6.4. Psychoedukacja i aktywny udział pacjenta i rodziny w terapii	62
6.5. Wspieranie zdrowienia i uczestnictwa w życiu rodzinnym i społecznym	63
6.6. Terapia w środowisku domowym zamiast szpitalnym	63
7. Metody leczenia psychiatrycznego	64
7.1. Leczenie biologiczne	64
7.2. Terapeutyczne oddziaływania psychospołeczne.....	65
8. Niepełnosprawność spowodowana zaburzeniami psychicznymi	67
9. Przeszkody w podejmowaniu leczenia zaburzeń psychicznych.....	68
10. Postępowanie bez zgody pacjenta w leczeniu zaburzeń psychicznych	69
10.1. Prawa człowieka i prawa pacjenta	69
10.2. Prawo do samostanowienia w kwestiach zdrowia i jego ograniczenia	69
10.3. Prawne uregulowanie postępowania bez zgody w leczeniu psychiatrycznym ...	70
10.4. Umieszczenie bez zgody w domu pomocy społecznej	71
10.5. Warunki dopuszczalności i zasady stosowania przymusu bezpośredniego.....	72
10.6. Ubezpieczeniowanie.....	72
Streszczenie	75
Summary.....	78

I. Wstęp

Być chorym psychicznie

Jacek Wciórka

Nawet na poważne dolegliwości ciała reagujemy względnie spokojnie – stosunkowo łatwo nam odczuć i wskazać ich rodzaj, a ścieżka uzyskania pomocy jest zwykle oczywista, choć nie zawsze łatwo dostępna. Także oczekiwana interwencja jest na ogół nieźle określona, a kompetencje i uprawnienia do jej podejmowania raczej bezdyskusyjne. Lekarz jest blisko a udanie się doń po poradę, skorzystanie z przepisanego leczenia, czy nawet z propozycji hospitalizacji czy zabiegu raczej nie uderzają w nasze poczucie własnej wartości, nie skłaniają do negocjowania dolegliwości czy do nieracjonalnego sprzeciwu albo innych gwałtownych emocji opóźniających szukanie pomocy.

Dlaczego więc dolegliwości natury psychicznej, a także udostępniane przez współczesną psychiatrię ścieżki i narzędzia pomocy niejednokrotnie, albo nawet z reguły budzą takie właśnie reakcje? Wyniki wielu badań z ostatnich lat na świecie wskazują, że obszar tzw. niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych jest w przypadku zaburzeń psychicznych niezwykle szeroki (od 35 do 85%). Oznacza to, że większość osób, które ich doświadczają nie może, nie potrafi lub nie chce skorzystać z teoretycznie dostępnych metod pomocy. Co powoduje, że w przypadku dolegliwości psychicznych cierpiącym i ich otoczeniu tak trudno dostrzec i uznać, że są przejawami zaburzeń psychicznych, a w konsekwencji skorzystać z możliwej pomocy? Jak wyjaśnić ten fenomen i jak mu przeciwdziałać?

Dlaczego potrzeby tak dalece niezaspokojone?

Oczekując na bardziej definitywne odpowiedzi ze strony badań naukowych, można wskazać na co najmniej dwa źródła takiej sytuacji.

Pierwszym z nich jest szczególnie pozycja zaburzeń/chorób psychicznych w wyobraźni współczesnych społeczeństw, a nawet szerzej – we współczesnej kulturze. Wyobrażenia ta nie odwołuje się w odniesieniu do osób dotkniętych takimi trudnościami do racjonalnej wiedzy, lecz do prostych (prostych), sztywnych szablonów reakcji. Szablony te są najpierw w drukowywane w procesie wychowania i edukacji, a potem stale aktualizowane i utrwalane przez media i inne siły kształtujące opinię publiczną. Bazują one na zakorzenionych uproszczonych lub często fałszywych przekonaniach i uprzedzeniach o nieżyczliwym zabarwieniu emocjonalnym. W efekcie, większość ludzi w zderzeniu z realną obecnością osób chorujących psychicznie odczuwa zaskoczenie i niedoinformowanie, a w konsekwencji bezradność i strach. Ich efektem jest tendencja do dyskredytacji cierpiących psychicznie,

do dystansu wobec nich lub do wykluczenia – wygaszania realnej współobecności i realnej roli w życiu społecznym. Bardzo często wiąże się to z nierównym traktowaniem i naruszaniem godności w wielu dziedzinach życia, np. za pośrednictwem, co najwyżej maskowanej niechęci, pozornej litości, a nawet lekceważenia lub pogardy – słownik popularnych określeń osób chorujących psychicznie obejmuje niemal wyłącznie określenia pejoratywne. Te niechętne reakcje nakładają więc na człowieka chorującego psychicznie dodatkowy ciężar (rodzaj niewidzialnego, ale dotkliwego napiętnowania), który potęguje związane z chorobą cierpienie, a poza tym odbiera mu w znacznym stopniu to, co w konfrontacji z chorobą zbawienne – szacunek, zrozumienie, życzliwość i gotowość pomocy ze strony otoczenia. To piętnujące doświadczenie bywa tym bardziej dotkliwe, że bardzo często osoba chorująca, zanim sama doświadczyła choroby, sama podzielała owe piętnujące reakcje i teraz doświadcza ich brzemienia z podwojoną siłą – od innych i od siebie.

Czy można się dziwić, że proces definiowania doświadczanych trudności jako zaburzeń/choroby psychicznej trwa czasem bardzo długo, poszukiwanie pomocy rozwleka się, a moment jej uzyskania oddala się lub nie następuje?

Drugim źródłem niezaspokojenia potrzeb zdrowotnych w dziedzinie zdrowia psychicznego jest zespół wielu zaniechań i niepowodzeń w budowie systemów ochrony tego zdrowia, na różnych poziomach planowania i podejmowania decyzji. Polityką zdrowotną wobec systemu ochrony zdrowia psychicznego (legislacja, administracja, finansowanie), do codziennego kształtowania realiów funkcjonowania placówek, ich społecznego wizerunku, klimatu organizacyjnego, jakości wyposażenia, morale kadry i tego, co wypływa z tych uwarunkowań, tj. bezpieczeństwa, jakości i godziwości oferowanej pomocy.

Patrząc na okresowe raporty na ten temat publikowane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) dostrzeżemy, że nigdzie na świecie sytuacja ochrony zdrowia psychicznego nie osiąga stanu zadowalającego, i choć są kraje lepiej (zwykle bogatsze) i gorzej (zwykle biedniejsze) radzące sobie z problemami, to niemal z reguły psychiatryczna opieka zdrowotna pełni w ich systemach ochrony zdrowia rolę przysłowiowej ubogiej krewnej, z konieczności zadowalającej się tym, co pozostaje po zaspokojeniu potrzeb bardziej cenionych. Plany i strategie są podejmowane lub wdrażane z ociąganiem, legislacja bywa wyrywkowa, zarządzanie niezdecydowane i chaotyczne, a finansowanie deficytowe. W rezultacie placówki ochrony zdrowia psychicznego borykając się z wieloma niemożnościami i niedomogami, nie reagują dostatecznie ani na reformatorskie postulaty, ani na najzwyczajniejsze oczekiwania użytkowników. Niewesołym świadectwem tej sytuacji jest Światowy Dzień Zdrowia Psychicznego obchodzony w 2015 roku pod hasłem „Godność w zdrowiu psychicznym” tak, jakby zapewnienie tej godności ciągle jeszcze było przed nami.

Sytuację ochrony zdrowia psychicznego w Polsce można, moim zdaniem, na podstawie wielu obserwacji, doświadczeń i informacji określić jako stan niezadowalającego średniego poziomu rozwoju. Po około 40 latach starań doczekaliśmy się podstawowej legislacji (Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z sierpnia 1994 r.),

a po ok. 45 latach – programu rozwoju tej dziedziny życia publicznego (NPOZP, Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, 2010). Jednak jego realizacja została w praktyce zawieszona i nie mogła spełnić zakładanych celów i uzasadnionych oczekiwań. Stan lecznictwa psychiatrycznego budzi poważny niepokój, placówki zmuszone do oszczędności redukują zatrudnienie, odkładają remonty, nie inwestują w unowocześnianie swych zasobów i programów leczenia.

Nie można się dziwić, że ten niewesoły stan systemu opieki zdrowotnej zniechęca do poszukiwania pomocy. Osoby zamożniejsze mogą częściowo ratować się łatwiej dostępnymi świadczeniami niepublicznymi. Innym pozostaje zamykanie oczu na niedostatki. Lub rezygnacja.

Co w tej sytuacji?

Podjęmowano wiele prób modyfikowania postaw publicznych wobec osób chorujących psychicznie poprzez działania protestacyjne i edukacyjne, Jednak za bardziej obiecujące uchodzą działania angażujące w bezpośredni kontakt z osobami obciążanymi piętnem, a także z dobrymi praktykami w systemie opieki psychiatrycznej. Dobre doświadczenia łatwiej prowadzą do zmiany postaw. O dobre doświadczenia łatwiej w dobrze funkcjonujących placówkach. O dobre placówki łatwiej w dobrym systemie ochrony zdrowia psychicznego.

Podstawowym zadaniem NPOZP w dziele zapewnienia Polakom lepszej, bardziej przyjaznej i pomocnej opieki psychiatrycznej jest wdrożenie zmiany modelu tej opieki – tj. stopniowe przechodzenie od modelu „azyłowego” do modelu „środowiskowego”.

Model azyłowy zakłada, że zasadnicze zadania w dziedzinie ochrony zdrowia psychicznego są rozwiązywane przez umieszczanie szukających pomocy w dużych, scentralizowanych instytucjach psychiatrycznych, oferujących im schronienie, opiekę i nadzór. Tę rolę od wielu dekad pełniły tzw. duże szpitale psychiatryczne, gromadzące po kilkuset do ponad tysiąca chorych i tworzące dla nich zastępcze środowisko życia, z namiastkami naturalnego i narzuceniem reguł całkowicie i przez długi czas kontrolujących ich postępowanie. Duże instytucje z konieczności oddalone od miejsca zamieszkania większości chorych, w sposób nieunikniony osłabiały ich więzi i relacje z wcześniejszym środowiskiem społecznym, a poddawały silnej presji interesów własnych instytucji kosztem zatracania autonomii, samodzielności i aktywności oraz rezygnacji z indywidualnych potrzeb i tożsamości. W tych warunkach niezwykle trudno było realizować takie cele terapeutyczne, które ułatwiały odzyskiwanie samodzielności w życiu poza szpitalem psychiatrycznym – dlatego powszechnie krytykowano to rozwiązanie za promowanie „choroby szpitalnej” (zależności od opieki szpitala), czy zjawiska „drzwi obrotowych” (wielokrotnych powrotów do szpitala).

Mimo wielu zmian mających poprawić instytucjonalny klimat współczesnych dużych szpitali psychiatrycznych, wspomniana krytyka pozostaje w znacznym stopniu aktualna. W Polsce mamy ok. 50 dużych szpitali psychiatrycznych – o sile ich wpływu na system psychiatrycznej opieki zdrowotnej wskazuje fakt, że pochłaniają

one ok. 80% ogółu wydatków na świadczenia psychiatryczne. Odejście od modelu azylowego wiąże się zwłaszcza z przejęciem większości zadań dużych szpitali przez placówki rozproszone, przybliżone do miejsc zamieszkania chorych, takich jak: aktywne poradnie z szeroką ofertą terapeutyczną, mobilne zespoły środowiskowe oferujące w zwiększonym zakresie możliwość świadczenia pomocy w domu chorego, placówki terapii i rehabilitacji w warunkach pobytu dziennego. Liczne doświadczenia zagraniczne wskazują na możliwość innych jeszcze alternatywnych wobec szpitali form pomocy (np. pensjonatów kryzysowych, mieszkań kryzysowych, ośrodków wsparcia i umacniania). Obok form pomocy zdrowotnej, środowiskowa ochrona zdrowia psychicznego oferuje zwykle zróżnicowaną i dostosowaną do uzasadnionych potrzeb ofertę wsparcia społecznego (np. pomoc bytowa, mieszkaniowa, kryzysowa) i uczestnictwa (różne formy wspomaganej nauki, chronionego lub wspomaganego zatrudnienia, poradnictwa zawodowego). Istotnymi cechami opieki środowiskowej są: dostępność pomocy, jej indywidualizacja i dostosowanie, koordynacja i zachowanie ciągłości wtedy, gdy jest ona potrzebna. Jest sprawą oczywistą, że taki system opieki może kierować swe oddziaływanie do określonej terytorialnie społeczności lokalnej, która bierze odpowiedzialność za jego udostępnienie i funkcjonowanie.

Model środowiskowy to dążenie do ograniczenia potrzeby hospitalizacji psychiatrycznej, poprzez udostępnianie alternatywnych wielu form pomocy wobec pobytu w szpitalu i przybliżanie ich do miejsc zamieszkania chorych, takich jak: aktywne poradnie z szeroką ofertą terapeutyczną, mobilne zespoły środowiskowe oferujące w zwiększonym zakresie możliwość świadczenia pomocy w domu chorego, placówki terapii i rehabilitacji w warunkach pobytu dziennego. Liczne doświadczenia zagraniczne wskazują na możliwość innych jeszcze alternatywnych wobec szpitali form pomocy (np. pensjonatów kryzysowych, mieszkań kryzysowych, ośrodków wsparcia i umacniania). Obok form pomocy zdrowotnej, środowiskowa ochrona zdrowia psychicznego oferuje zwykle zróżnicowaną i dostosowaną do uzasadnionych potrzeb ofertę wsparcia społecznego (np. pomoc bytowa, mieszkaniowa, kryzysowa) i uczestnictwa (różne formy wspomaganej nauki, chronionego lub wspomaganego zatrudnienia, poradnictwa zawodowego). Istotnymi cechami opieki środowiskowej są: dostępność pomocy, jej indywidualizacja i dostosowanie, koordynacja i zachowanie ciągłości wtedy, gdy jest ona potrzebna. Jest sprawą oczywistą, że taki system opieki może kierować swe oddziaływanie do określonej terytorialnie społeczności lokalnej, która bierze odpowiedzialność za jego udostępnienie i funkcjonowanie.

Cele wspomnianej transformacji opieki psychiatrycznej od modelu azylowego do środowiskowego można zamknąć w kilku hasłach.

Pierwsze z nich streszcza termin **deinstytucjonalizacja**, który oznacza w tym kontekście przeniesienie ciężaru pomocy z wielkiej, hierarchicznej instytucji (szpitala psychiatrycznego) do ośrodków pomocy i wspierania usytuowanych w obrębie lokalnej społeczności.

Drugie hasło akcentuje **upodmiotowienie**, co wymaga odejścia od traktowania potrzebujących pomocy jako wymagających kierowania i wyręczenia podopiecznych, na rzecz respektowania ich osobowej autonomii. Oznacza to niekiedy trudną konieczność wysłuchiwania, uzgadniania, negocjowania spornych racji, a czasem bezpiecznego bilansowania ryzyka.

Trzecim hasłem jest **odpowiedzialność**, to znaczy podjęcie przez społeczność zadania solidarnej pomocy osobom zagrożonym zdrowotnym kryzysem psychicznym lub doświadczającym go. Oznacza to zwłaszcza zmianę postaw – od wykluczających do włączających te osoby w życie wspólnoty, z niezbędnym do tego zasobem zrozumienia, życzliwości i kompetencji.

Wreszcie czwarte hasło wskazuje na **społeczność (wspólnota)**, ponieważ układem odniesienia dla organizowania ochrony zdrowia psychicznego jest lokalna społeczność, jej organizatorem jest samorząd lokalny, a beneficjentami są potrzebujący pomocy współobywatele.

W kolejnych rozdziałach tej książki zostaną przedstawione aktualne zasoby organizacyjne systemu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce, a także podstawowe informacje o tym jak współczesna psychiatria opisuje i rozumie zaburzenia, którymi się zajmuje.

Szukając w nich wiedzy i wskazówek warto zastanowić się, co można, co należałoby zrobić, aby formy organizacji dostępne w Polsce i dostępne w naszej lokalnej społeczności zachęcały do poszukiwania pomocy, a nie odpychały od niej.

II. ZAGADNIENIA PRAWNE I ORGANIZACYJNE

1. Zdrowie, zdrowie psychiczne, ochrona zdrowia

1.1. Zdrowie i zdrowie psychiczne

Definicja Światowej Organizacji Zdrowia określa zdrowie, jako „brak choroby lub kalectwa z równoczesnym pełnym dobrostanem psychicznym, fizycznym i społecznym” (WHO 1948).

Zdrowie jest też rozumiane, jako „zdolność człowieka do osiągnięcia szczytu własnych możliwości fizycznych, psychicznych i społecznych jak i pozytywnego reagowania na wyzwanie środowiska”.

Zdrowie fizyczne i psychiczne są nierozdzielnie ze sobą związane. Zachowanie zdrowia fizycznego jest podstawą psychicznego dobrostanu, a zdrowie psychiczne warunkuje zdolność do odpowiedniego zadbania o zdrowie somatyczne.

Zachowanie zdrowia wymaga odpowiednich zasobów pozwalających na zachowanie równowagi organizmu mimo niekorzystnych obciążeń.

Zasoby sprzyjające zachowaniu zdrowia to: wiedza o zdrowiu oraz umiejętności, nawyki i zachowania sprzyjające zdrowiu (prozdrowotne). Wiedza o zdrowiu obejmuje znajomość czynników chroniących zdrowie jak i czynników szkodzących zdrowiu, w tym czynników ryzyka chorób. Zachowania sprzyjające zdrowiu obejmują przestrzeganie zasad higieny, prawidłowej diety, wypoczynek i relaks, ćwiczenia fizyczne i ruch na świeżym powietrzu a w zakresie zdrowia psychicznego umiejętności rozpoznawania i wyrażania emocji, rozwiązywania konfliktów, rozładowywania napięcia i agresji, budowanie pozytywnych relacji z innymi ludźmi, umacnianie więzi rodzinnych i społeczno-kulturowych. Ważne znaczenie w utrzymaniu zdrowia fizycznego i psychicznego ma korzystanie z badań profilaktycznych, odpowiednio wczesne rozpoznawanie objawów zakłócenia zdrowia i korzystanie ze świadczeń medycznych w zakresie diagnozowania, leczenia chorób, a także rehabilitacji.

Czynnikami ryzyka dla zdrowia są infekcje, urazy, zatrucia, nieprawidłowe odżywianie, bezrobocie, ubóstwo, konflikty i napięcia społeczne, dezintegracja, osłabienie więzi międzyludzkich zwłaszcza rodzinnych, małe zasoby społecznego oparcia oraz zachowania ryzykowne dla zdrowia (używanie alkoholu, narkotyków, nieprzestrzeganie zasad bezpieczeństwa w ruchu drogowym).

Dla oceny zdrowia populacji używane są wskaźniki pozytywne zdrowia takie jak: sprawność fizyczna (sprawność ruchowa, zdolność do wysiłku fizycznego) i dobre funkcjonowanie psychiczne (pozytywny nastrój, sprawna kontrola emocji, dobra koncentracja uwagi i pamięć, adekwatne spostrzeganie rzeczywistości, umie-

jętności komunikacyjne i społeczne pozwalające osiągać satysfakcję osobistą przy niezakłóconym uczestniczeniu w życiu społeczności).

Do oceny epidemiologicznej używane są wskaźniki negatywne: zapadalność, rozpowszechnienie chorób i niepełnosprawności z nimi związanych, śmiertelność i umieralność).

1.2. Podstawy prawne ochrony zdrowia w Polsce

Prawo każdego obywatela do ochrony zdrowia jest gwarantowane w ustawie zasadniczej. Konstytucja RP¹ z 1997 r. art. 68 ust. 1 mówi o prawie do ochrony zdrowia. Art. 68 ust. 2 Konstytucji zapewnia równy dostęp obywatelom do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych oraz prawo do szczególnej opieki dzieci, kobiet ciężarnych, osób niepełnosprawnych i w podeszłym wieku. Art. 68 w ust. 4 i 5 zobowiązuje władze publiczne do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska oraz do promowania kultury fizycznej w szczególności dzieci i młodzieży. Sposób i zakres realizacji wyżej wymienionych zadań przez władze publiczne jest określony w odpowiednich ustawach.

Artykuły 65, 66, 67, 69, 70, 71, 72 Konstytucji RP dotyczą pośrednio ochrony zdrowia i zwalczania jego zagrożeń w tym zakresie, w jakim istotne znaczenie ma tu przeciwdziałanie bezrobociu, zapewnienie każdemu bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym wypoczynku, zapewnienie zabezpieczenia socjalnego na wypadek niezdolności do pracy, zapewnienie powszechnego prawa do nauki i wykształcenia, szczególna ochrona dziecka i pomoc rodzinie oraz pomoc osobom niepełnosprawnym w zabezpieczeniu egzystencji, przysposobienia do pracy i komunikacji społecznej. Zadania te realizują władze publiczne na sposób określony w odpowiednich ustawach.

Ustawa o zdrowiu publicznym z 11 września 2015 r.² zawiera regulacje kluczowe dla działań strategicznych na rzecz poprawy stanu zdrowia publicznego. Wzmacnia ona mechanizmy diagnozowania problemów zdrowotnych i planowania racjonalnej polityki zdrowotnej, realizowanej przez jednostki samorządu terytorialnego, Narodowy Fundusz Zdrowia, służby medycyny pracy, inspekcji sanitarnej, kuratorów oświaty i placówki edukacyjne.

Przewiduje ona monitorowanie stanu zdrowia i jakości życia społeczeństwa, oraz identyfikowanie i eliminowanie zagrożeń dla zdrowia fizycznego i psychicznego.

Szczególny nacisk kładzie się na edukację zdrowotną zwłaszcza dzieci, młodzieży i osób starszych, promocje zdrowia i profilaktykę, oraz wczesne wykrywanie chorób, analizę adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń zdrowotnych, rozwój kadr i badań naukowych.

Wśród najpoważniejszych problemów zdrowia publicznego wymienia się: choroby układu krążenia, nowotwory, choroby układu oddechowego i cukrzycę –

¹ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r., Nr 78 poz. 483 z późn. zm.).

² Według stanu na dzień 02.11.2015 ustawa została podpisana przez Prezydenta RP, nie opublikowana w Dz.U.

powodowane w dużej mierze przez palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, nieprawidłową dietę i niewystarczającą aktywność fizyczną. Ustawa przewiduje asygnowanie określonych środków budżetowych na realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego.

Podstawą programową działań przewidzianych w Ustawie będzie Narodowy Program Zdrowia (projekt na lata 2016-2020). Program ten (NPZ), w oparciu o ustawę o zdrowiu publicznym i znowelizowane odpowiednio inne ustawy odwołując się do wcześniej realizowanych programów, umożliwi integrację i centralną koordynację ich zadań w formie celów operacyjnych NPZ – dotyczących poprawy zdrowia somatycznego i psychicznego³ ludności, a także przeciwdziałania narkomanii⁴, alkoholizmowi⁵, paleniu tytoniu⁶, uzależnieniom behawioralnym i hazardowi⁷.

Ustawa określa maksymalny limit wydatków z budżetu państwa i państwowych funduszy celowych w latach 2016-2025 r na realizację NPZ – jest to 1,4 mld zł. Ponadto Narodowy Fundusz Zdrowia 1,5% środków przeznaczy na zadania związane z promocją zdrowia oraz profilaktyką chorób w formie dotacji dla jednostek samorządu terytorialnego na realizację programów zdrowotnych. Samorządy będą mogły przygotować własne programy polityki zdrowotnej i (po uzyskaniu opinii Wojewody i Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji) wnioskować do dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ o ich dofinansowanie, wyłaniając wykonawców w drodze konkursów.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z 1994 r. określa w art. 1 szczegółowo zasady ochrony zdrowia psychicznego w Polsce. Ochronę zdrowia psychicznego zapewniają organy administracji rządowej i samorządowej oraz powołane do tego instytucje. Ustawa dopuszcza uczestnictwo w działaniach na rzecz ochrony zdrowia psychicznego „stowarzyszeń i innych organizacji społecznych, fundacji, samorządów zawodowych, kościołów i innych związków wyznaniowych oraz grup samopomocy pacjentów i ich rodzin, a także innych osób fizycznych i prawnych”.

Głównymi zadaniami w zakresie ochrony zdrowia psychicznego w Polsce według art. 2 są:

1. promocja zdrowia psychicznego i profilaktyka (zapobieganie zaburzeniom),
2. zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym,

³ Ustawa z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2011 r., Nr 231 poz.1375. z późn. zm.).

⁴ Ustawa z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2012 r., poz. 1124 z późn. zm.).

⁵ Ustawa z 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2015 r., poz. 1286).

⁶ Ustawa z 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U. z 2015 r., poz. 298).

⁷ Ustawa z 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych (Dz.U. z 2015 r., poz. 612 z późn. zm.).

3. kształtowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji.

Zadania z zakresu ochrony zdrowia psychicznego (z punktu 1, 2 i 3) należą do zadań własnych samorządów, województw, powiatów i gmin, a także do zadań Narodowego Funduszu Zdrowia i zadań Ministrów właściwych do charakteru działań.

Zadania wymienione w punkcie pierwszym (promocja zdrowia psychicznego i profilaktyka) mają być realizowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy o zdrowiu publicznym, natomiast zadania wymienione w punktach 2 i 3 (zwiększenie dostępności świadczeń w zakresie leczenia i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi) – mają być realizowane w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego⁸. Planowane jest opracowanie nowej edycji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016 – 2020. W programie tym szczególna uwaga będzie poświęcona deinstytucjonalizacji ochrony zdrowia psychicznego, co wymaga restrukturyzacji lecznictwa psychiatrycznego oraz integracji i koordynacji działań z zakresu opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Zgodnie z ustawami o ochronie zdrowia psychicznego i o zdrowiu publicznym podstawową formę organizacyjną odpowiedzialną za ochronę zdrowia psychicznego mają stanowić **centra zdrowia psychicznego**. Art. 5a. ustawy o ochronie zdrowia psychicznego mówi, iż „Podmiot leczniczy prowadzący centrum zdrowia psychicznego zapewnia kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na określonym obszarze terytorialnym w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej”.

W projektowanym Narodowym Programie Zdrowia, zadania z zakresu promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania jego zaburzeniom, ujęte są w celach operacyjnych C i D: ograniczenie rozpowszechnienia używania alkoholu, tytoniu i innych substancji psychoaktywnych oraz poprawa zdrowia psychicznego, w tym zapobieganie uzależnieniom behawioralnym.

1.3. Promocja zdrowia i profilaktyka zaburzeń psychicznych

Ustawa o działalności leczniczej z 2011 r.⁹ podaje definicję promocji zdrowia, jako „działania umożliwiające poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę, promowanie zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu” (art. 2 ust.1 pkt. 7).

Działania te w odniesieniu do zdrowia psychicznego określono w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego (2011-2015) jako: „upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów ży-

⁸ Rozporządzenie Rady Ministrów z 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz.U. z 2011r., Nr 24, poz. 128).

⁹ Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z r., poz. 618 z późn. zm.).

cia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu”. Należy podkreślić znaczenie stresu i używania substancji psychoaktywnych, jako czynników ryzyka dla zdrowia psychicznego oraz wynikającą stąd potrzebę kształtowania umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych i zdrowego, wolnego od nałogów stylu życia.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego w art. 4 wymienia następujące działania w zakresie ochrony zdrowia psychicznego:

- 1) stosowanie zasad ochrony zdrowia psychicznego w pracy szkół, placówek systemu oświaty, placówek opiekuńczo-wychowawczych i resocjalizacyjnych oraz w jednostkach wojskowych,
- 2) tworzenie placówek rozwijających działalność zapobiegawczą, przede wszystkim poradnictwa psychologicznego oraz placówek specjalistycznych z uwzględnieniem wczesnego rozpoznawania potrzeb dzieci z zaburzeniami rozwoju psychoruchowego,
- 3) wspieranie grup samopomocy i innych inicjatyw społecznych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego,
- 4) rozwijanie działalności zapobiegawczej w zakresie ochrony zdrowia psychicznego przez podmioty lecznicze,
- 5) wprowadzanie zagadnień ochrony zdrowia psychicznego do programu przygotowania zawodowego osób zajmujących się wychowaniem, nauczaniem, resocjalizacją, leczeniem i opieką, zarządzaniem i organizacją pracy oraz organizacją wypoczynku,
- 6) podejmowanie badań naukowych służących umacnianiu zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym,
- 7) uwzględnianie zagadnień zdrowia psychicznego w działalności publicznych środków masowego przekazu, a zwłaszcza w programach radiowych i telewizyjnych.

Od roku 2016 zadania w zakresie promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki jego zaburzeń będą realizowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia (2016-2020), o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy o zdrowiu publicznym z dnia 11 września 2015 r.

Profilaktyka zaburzeń psychicznych dotyczy zwłaszcza zaburzeń związanych ze stresem, depresji, samobójstw i uzależnień. Szczególną opieką należy objąć grupy szczególnego ryzyka, do których należą według art. 4 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego dzieci i młodzież, osoby w podeszłym wieku oraz „osoby znajdujące się w sytuacjach stwarzających zagrożenie dla ich zdrowia psychicznego”.

Należy zwrócić uwagę, że oprócz dzieci, młodzieży i osób w podeszłym wieku do grup szczególnego ryzyka należą także kobiety w okresie ciąży i poporodowym oraz osoby z niepełnosprawnościami i po przebytych kryzysach psychotycznych.

Sytuacjami stwarzającymi szczególne zagrożenie dla zdrowia psychicznego są wszelkie trudne sytuacje i zdarzenia powodujące silny stres, a zwłaszcza doświadczenie przemocy, katastrof i klęsk żywiołowych.

Pomoc specjalistyczną (psychologiczną, socjalną, prawną) dla osób doświadczających zdarzeń stanowiących źródło silnego stresu, zwłaszcza przemocy, katastrof i klęsk żywiołowych, zapewnia samorząd terytorialny. Ustawa o pomocy społecznej¹⁰ z 2004 r. art. 19 pkt. 12 zobowiązuje samorząd powiatowy do prowadzenia ośrodków interwencji kryzysowej w ramach zadań własnych. Z uwagi na znaczne obciążenia stresem postulowano też¹¹ wdrożenie programu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu w jednostkach oświatowych i w wojsku.

Ważne jest prowadzenie szerszych działań zapobiegawczych. Jest to zagadnienie polityki społecznej sprzyjającej wzmocnieniu naturalnych więzi międzyludzkich (rodzinnych, sąsiedzkich) stanowiących najważniejsze źródło oparcia społecznego w kryzysach i trudnościach życiowych. Ustawa o zdrowiu publicznym proponuje takie zasady prowadzenia polityki społecznej, które sprzyjają zdrowiu, w tym zdrowiu psychicznemu.

1.4. Zaburzenia psychiczne według ustawy o ochronie zdrowia psychicznego

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego odnosi się do „osób przejawiających zaburzenia psychiczne”. W art. 3 wyjaśniono, iż określenie „osoba z zaburzeniami psychicznymi” jest rozumiane szeroko i obejmuje:

- 1) osoby chore psychicznie, przez co rozumie się osoby wykazujące zaburzenia psychotyczne,
- 2) osoby upośledzone umysłowo,
- 3) osoby z innymi zakłóceniami czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym.

Trzeba podkreślić, że to ustawowe rozróżnienie odnosi się przede wszystkim do zapisanych w Ustawie konsekwencji prawnych i ma tylko ograniczone zastosowanie do klasyfikacji medycznych. Jako choroby psychiczne (psychotyczne) ujęto grupę poważniejszych zaburzeń psychicznych, które mogą u dotkniętej nimi osoby powodować utratę rozeznania rzeczywistości lub kontroli nad swym zachowaniem. Zwykle zalicza się do nich: choroby afektywne, schizofrenię, psychozy urojeniowe i krótkotrwałe epizody psychotyczne, otępienia, zespoły amnestyczne, zespoły zaburzeń świadomości, psychozy spowodowane używaniem alkoholu i innych substancji. Natomiast do innych zakłóceń czynności psychicznych zalicza się: zaburzenia związane ze stresem i adaptacyjne, lękowe, nerwicowe, odżywiania, snu, popędu płciowego, osobowości, a także niepsychotyczne zaburzenia związane z używaniem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych.

¹⁰ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2015 r., poz. 163 z późn. zm.).

¹¹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz.U. z 2011 r., Nr 24, poz. 128).

Problemy terminologiczne związane z wyżej cytowaną definicją

Odnosząc się do tej definicji konieczne jest zwrócenie uwagi na dwa aspekty.

Użyte w niej są terminy, które aktualnie uważane są za przestarzałe i pejoratywne. Przede wszystkim trzeba podkreślić, że obecnie zarówno w literaturze jak i w aktach międzynarodowych stosuje się termin „niepełnosprawność intelektualna” zamiast „upośledzenie umysłowe”. Ten drugi termin nadal funkcjonuje w polskim porządku prawnym obok jeszcze starszego określenia „niedorozwój umysłowy”. Warto też wrócić uwagę na postulat zastąpienia pojęcia „osoba chora psychicznie” terminem „osoba chorująca psychicznie”, podkreślającym, iż trudności w funkcjonowaniu danej osoby wynikające z choroby psychicznej z reguły nie mają charakteru ciągłego. W dalszej części publikacji używane będą terminy „osoba chorująca psychicznie” oraz „osoba z niepełnosprawnością intelektualną”, chyba że w przytaczanych aktach prawnych zastosowano inną terminologię¹².

Warto też zauważyć, że coraz częściej zwraca się uwagę na diametralne różnice pomiędzy chorobą psychiczną a niepełnosprawnością intelektualną. Jednakże wiele regulacji omawianych tej publikacji odnosi się do obu.

2. Świadczenia dla osób z zaburzeniami psychicznymi

Świadczenia udzielane osobom z zaburzeniami psychicznymi w Polsce podzielić można na dwa rodzaje: świadczenia z zakresu pomocy zdrowotnej i świadczenia z zakresu oparcia społecznego. Świadczenia te udzielane są w ramach powszechnej opieki zdrowotnej i w ramach opieki społecznej, co powoduje potrzebę ich koordynacji na poziomie lokalnym.

2.1. Podstawy prawno-finansowe świadczeń dla osób z zaburzeniami psychicznymi

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego (art. 2 ust. 1 pkt 2) wymienia świadczenia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, jako jedno z trzech zadań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego i określa je następująco:

„zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnej dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym”.

Zadanie to w zakresie zapewnienia opieki zdrowotnej jest realizowane poprzez placówki ochrony zdrowia – czyli „podmioty wykonujące działalność leczniczą” (Ustawa o działalności leczniczej), a w zakresie „innych form opieki i pomocy ...” – przez placówki oparcia społecznego, rehabilitacji i aktywizacji zawodowej, tworzone na podstawie odrębnych ustaw i rozporządzeń. (Ustawa o pomocy społecznej, Ustawa o rehabilitacji

¹² K. Kurowski, Wolności i prawa człowieka i obywatela z perspektywy osób z niepełnosprawnościami, wyd. Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2014, s. 33-43.

zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych¹³). Jednostki samorządu terytorialnego mają wśród swoich zadań ustawowych obowiązek zaspokajania zbiorowych potrzeb wspólnoty, w tym w zakresie zdrowia i pomocy społecznej w ramach zadań własnych gminy (Ustawa o samorządzie gminnym¹⁴ (art. 7 ust.1 pkt. 5, 6), a w zakresie ponad gminnym w ramach zadań własnych powiatu w obszarze promocji i ochrony zdrowia, pomocy społecznej, wspierania osób niepełnosprawnych i przeciwdziałania bezrobociu (Ustawa o samorządzie powiatowym¹⁵ art. 4 ust 1. pkt. 2, 3, 5, 17). Samorząd województwa wykonuje zadania o charakterze wojewódzkim, w zakresie promocji i ochrony zdrowia; pomocy społecznej i przeciwdziałaniu bezrobociu oraz aktywizacji lokalnego rynku pracy (Ustawa o samorządzie wojewódzkim¹⁶ art. 14 ust.1 pkt. 1, pkt. 2, 4, 15). Zadania w zakresie organizowania oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi są wykonywane, jako zadania zlecone gminom przez administrację rządową w ramach pomocy społecznej (Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego art. 9 ust. 4). Natomiast świadczenia zdrowotne udzielane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze środków powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie kontraktu ze świadczeniodawcą; zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁷). Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego w art. 10 przyznaje osobom chorującym psychicznie (z zaburzeniami psychotycznymi) oraz osobom z niepełnosprawnością intelektualną prawo do bezpłatnych świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej udzielanej przez świadczeniodawców, którzy zawarli z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę o udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej. Osobom tym przebywającym w szpitalu psychiatrycznym przysługują ponadto nieodpłatnie produkty lecznicze wyroby medyczne i środki pomocnicze.

Szczegółowe warunki udzielania świadczeń zdrowotnych dla osób z zaburzeniami psychicznymi określa rozporządzenie Ministra Zdrowia¹⁸ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w załącznikach 1-7.

2.2. Świadczenia zdrowotne dla osób z zaburzeniami psychicznymi

Świadczenia zdrowotne według ustawy o działalności leczniczej i ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych to:

¹³ Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011 r., Nr 127 poz. 721 z późn. zm.).

¹⁴ Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2013 r., poz. 594 z późn. zm.).

¹⁵ Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz.U. z 2013 r., poz. 595 z późn. zm.).

¹⁶ Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz.U. z 2015 r., poz. 1392).

¹⁷ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, (Dz.U. z 2015 r., poz. 581 z późn. zm.).

¹⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. z 2013 r., poz. 1386 z późn. zm.).

działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania.

Ustawa o działalności leczniczej wprowadza dla wszelkich jednostek opieki zdrowotnej (udzielających świadczeń zdrowotnych) określenie: „podmioty wykonujące działalność leczniczą”.

W obecnej sytuacji prawnej dla wykonywania działalności leczniczej można tworzyć wiele różnego rodzaju podmiotów. Mogą to być „praktyki zawodowe indywidualne i grupowe” (lekarzy, pielęgniarek, położnych), podmioty lecznicze utworzone przez przedsiębiorców (osoby fizyczne, prawne i spółki), jednostki budżetowe, instytuty badawcze, fundacje i stowarzyszenia, oraz kościoły i związki wyznaniowe.

Tabela nr 1. Rodzaje podmiotów wykonujących działalność leczniczą

PODMIOTY WYKONUJĄCE DZIAŁANOŚĆ LECZNICZĄ	
Podmioty lecznicze	Praktyki zawodowe indywidualne i grupowe
Przedsiębiorcy (spółki, osoby prawne, fizyczne) SPZOZ (bez możliwości tworzenia nowych) Jednostki budżetowe Instytuty badawcze Fundacje, stowarzyszenia Kościoły, związki wyznaniowe	Lekarzy Pielęgniarek Położnych

Według ustawy o działalności leczniczej jednostka samorządu terytorialnego (gminna, powiatowa, wojewódzka) może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w jednej z dwu form: jednostki budżetowej lub spółki kapitałowej. Ustawa postawiła samorządom, jako „podmiotom tworzącym” możliwość utrzymania i oddłużania (do określonego poziomu) dotychczas istniejących SPZOZ, a równocześnie stworzyła możliwość prawną łączenia ich i przekształcania w spółki kapitałowe, które w przypadku zadłużenia mogą podlegać upadłości. Zmniejsza to odpowiedzialność jednostek samorządu terytorialnego za tworzone przez niego podmioty lecznicze i wprowadza do działalności leczniczej element rynkowy (rynek usług medycznych). Jednak z uwagi na potrzebę kontroli państwa, które jest konstytucyjnym gwarantem bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa, podmioty udzielające świadczeń leczniczych działają, w myśl ustawy, na zasadzie regulowanej swobody działalności gospodarczej. Elementem regulacji jest konieczność spełnienia określonych wymogów warunkujących wpis działalności do rejestru wojewody. Odrębnym narzędziem regulacji jest zawarcie kontraktu z NFZ. Wszystkie podmioty na równych prawach mogą ubiegać się o kontrakt z NFZ. Podmioty, z którymi NFZ nie zawarł kontraktu na udzielanie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, mogą wykonywać działalność leczniczą na zasadach komercyjnych.

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadza jeszcze jedno narzędzie: planowania „zabezpieczenia właściwej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej z uwzględnieniem specyfiki potrzeb zdrowotnych lokalnych społeczności”. Mają być to mapy potrzeb zdrowotnych¹⁹ (wojewódzkie i ogólnopolska), sporządzane co 5 lat na podstawie danych epidemiologicznych, demograficznych i danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z określa rodzaj i zakres zbieranych danych.

Od roku 2016 Wojewoda na podstawie mapy i w porozumieniu z Wojewódzką Radą do spraw Potrzeb Zdrowotnych ma ustalać priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej.

Wojewoda na podstawie składanych przez podmioty zamierzające prowadzić działalność leczniczą wniosków, będzie wydawał opinie odnośnie celowości utworzenia na obszarze województwa nowego podmiotu leczniczego lub nowych jednostek tego podmiotu przy pomocy, których ma być wykonywana działalność lecznicza.

Według ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (art. 5) opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi jest wykonywana w ramach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, zwłaszcza psychiatrycznej opieki zdrowotnej w formie:

- 1) pomocy doraźnej,
- 2) ambulatoryjnej,
- 3) dziennej,
- 4) szpitalnej,
- 5) środowiskowej oraz
- 6) w domach pomocy społecznej.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w § 3 ust.1 określa warunki, w jakich są realizowane: świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia psychiatrycznego i uzależnień. W obu przypadkach są to świadczenia w warunkach:

- 1) stacjonarnych, w tym w izbie przyjęć,
- 2) dziennych,
- 3) ambulatoryjnych: w tym leczenia środowiskowego (domowego),

Art. 6 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego mówi, że: „Samorząd województwa zgodnie z potrzebami wynikającymi w szczególności z liczby i struktury społecznej ludności województwa tworzy i prowadzi zakłady psychiatrycznej opieki zdrowotnej”.

¹⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26 marca 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych (Dz.U. z 2015 r., poz. 458).

Ustawa o działalności leczniczej zmieniła dotychczasowe nazewnictwo dotyczące form świadczenia opieki zdrowotnej. Ustawa wyróżnia bowiem dwa rodzaje świadczeń zdrowotnych: (stacjonarne całodobowe i ambulatoryjne), przy czym w świadczeniach stacjonarnych całodobowych wyodrębniono świadczenia szpitalne i nie szpitalne. Natomiast występujące w psychiatrii formy pośrednie (dienne i środowiskowe) nie zostały wyodrębnione z form ambulatoryjnych. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa ambulatoryjną opiekę zdrowotną, jako: „udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych”. Tym samym wszystkie formy niestacjonarne leczenia psychiatrycznego zostały zaliczone do świadczeń ambulatoryjnych. W tabeli 2 zestawiono aktualnie wyróżnione przez ustawodawcę formy świadczeń zdrowotnych.

Tabela nr 2. Formy świadczeń zdrowotnych według ustawy o działalności leczniczej

Formy		Określenie
1	Stacjonarne i całodobowe szpitalne	wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin;
2	Stacjonarne i całodobowe nie szpitalne	świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzdrowiskowego, udzielane pacjentom, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach;
3	Ambulatoryjne	ambulatoryjna opieka zdrowotna, udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych; świadczenia w poradni, oddziale dziennym, zespole środowiskowym (domowym).

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, dzięki nowelizacji z dnia 11 września 2015 r., zawiera warunki prawne do tworzenia, w ramach jednego podmiotu leczniczego, kompleksowej formy świadczeń lecznictwa psychiatrycznego w ramach centrum zdrowia psychicznego. Art. 5a ustawy stwierdza, że centrum zapewnia kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na określonym obszarze terytorialnym w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej,

dziennej, szpitalnej i środowiskowej. Takie rozstrzygnięcie legislacyjne stwarza warunki do reorganizacji istniejących form leczenia psychiatrycznego w kierunku modelu środowiskowego.

2.3. Środowiskowy model leczenia zaburzeń psychicznych

W Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015, przyjęto w oparciu o ustawę o ochronie zdrowia psychicznego, jako docelowo obowiązujący model środowiskowy leczenia zaburzeń psychicznych. Według tego modelu zaburzenia psychiczne, które powstają i przejawiają się w kontaktach chorego z jego otoczeniem społecznym, powinny być leczone przede wszystkim w naturalnym środowisku jego życia z udziałem osób z rodziny i innych stanowiących dla chorego oparcie. Leczenie szpitalne powinno być ograniczone do przypadków ostrych zaburzeń psychicznych z zachowaniami zagrażającymi, przypadków wymagających specjalistycznego zaplecza diagnostycznego, zwłaszcza przy współwystępowaniu zaburzeń somatycznych i innych czynników ryzyka farmakoterapii. Hospitalizacje powinny być skracane i ograniczane do niezbędnego minimum, a zastępowane leczeniem w różnych, dostosowanych do potrzeb, formach leczenia poza stacjonarnego. Upowszechnienie takiego modelu leczenia psychiatrycznego wymaga następujących działań:

- rozbudowywania sieci placówek środowiskowych leczenia psychiatrycznego: poradni, oddziałów dziennych i zespołów leczenia środowiskowego, najlepiej w zintegrowanej postaci centrum zdrowia psychicznego;
- umiejscowienia łóżek psychiatrycznych w szpitalach wielospecjalistycznych wraz z przekształceniem dużych szpitali psychiatrycznych w mniejsze jednostki (do 300 łóżek) i zlokalizowane bliżej miejsca zamieszkania chorego;
- stworzenia mechanizmu ekonomicznego sprzyjającego wcześniejszemu podejmowaniu leczenia w środowiskowych placówkach niestacjonarnych i ograniczaniu rozmiarów niezbędnej hospitalizacji, m. in. poprzez zwiększanie efektywności i skracaniu czasu trwania leczenia szpitalnego;
- zmiany organizacji oddziału psychiatrycznego zapewniającej odchodzenie od funkcji izolacyjnej na rzecz funkcji readaptacyjnej (tworzenie wspólnoty terapeutycznej, współpraca z rodziną, treningi domowe) a także kompleksową terapię łączącą oddziaływania natury biologicznej (np. farmakologiczne) z oddziaływaniami psychicznymi i społecznymi;
- organizowania w lokalnych środowiskach oparcia społecznego dla osób, które z powodu choroby psychicznej lub niepełnosprawności intelektualnej wykazują poważne trudności funkcjonowania;
- udostępniania osobom niepełnosprawnym z powodu zaburzeń psychicznych lub wychodzącym z choroby różnych form aktywizacji zawodowej w ramach działań rehabilitacyjnych, zatrudnienia wspieranego lub wspomaganego oraz przedsiębiorczości społecznej;
- kształtowania w społeczeństwie postaw otwartości, życzliwości i akceptacji wobec osób z problemami zdrowia psychicznego, sprzyjających ich włączeniu w życie lokalnej społeczności;

- koordynowania różnych form leczenia, oparcia społecznego i rehabilitacji w lokalnym środowisku tak, aby na każdym etapie chorowania i zdrowienia zapewnić osobom potrzebującym pomoc dostosowaną do ich potrzeb;
- tworzenie sieci centrów zdrowia psychicznego, jako ośrodków oferujących zintegrowaną i kompleksową, środowiskową opiekę psychiatryczną dla osób zamieszkujących na obszarze określonej społeczności lokalnej (powiat, grupa powiatów, duża gmina lub dzielnica wielkiego miasta), zarządzanej przez odpowiedzialny samorząd lokalny.

Środowiskowy model ochrony zdrowia psychicznego zakłada, że celem pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi jest nie tylko zmniejszenie lub eliminacja objawów choroby, ale także usprawnienie ich funkcjonowania w życiu codziennym i relacjach społecznych oraz przywrócenie lub podtrzymanie pełnionych ról społecznych. Przy takim rozumieniu, udział w jej tworzeniu mają nie tylko pracownicy placówek ochrony zdrowia i pomocy społecznej, ale także inni interesariusze czynni w lokalnej społeczności, w tym m. in. przedstawiciele samorządów, pomocowych i samopomocowych organizacji.

Nowelizacja ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 11 września 2015 r. daje podstawę prawną do tworzenia centrów zdrowia psychicznego (art. 5a), jak również do stworzenia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2020, którego głównym zadaniem będzie określenie działań zmierzających do systemowej reformy i modernizacji lecznictwa psychiatrycznego w kierunku zgodnym z modelem środowiskowym. Jednym z warunków istotnych dla przeprowadzenia tych działań będzie zmiana sposobu finansowania świadczeń lecznictwa psychiatrycznego.

3. Formy świadczeń zdrowotnych dla osób z zaburzeniami psychicznymi

Świadczenia zdrowotne dla osób dorosłych, dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi, oraz osób uzależnionych od alkoholu i od substancji psychoaktywnych są realizowane w formie ambulatoryjnej – w poradniach, oddziałach dziennych i zespołach leczenia środowiskowego, w formie stacjonarnej (całodobowej) szpitalnej – w oddziałach szpitali ogólnych i szpitali psychiatrycznych i w psychiatrycznych izbach przyjęć (pomoc doraźna zakończona lub nie hospitalizacją) oraz w formie stacjonarnej innej niż szpitalna w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, a także w hostelach (mieszkania terapeutycznych). Poza wymienionymi placówkami tworzone są także poradnie, oddziały dzienne i oddziały/ośrodki stacjonarne sprofilowane, wyspecjalizowane w leczeniu niektórych grup zaburzeń. Uchwalona właśnie nowelizacja ustawy o ochronie zdrowia psychicznego przewiduje wprowadzenie w najbliższych latach nowego typu placówki – centrum zdrowia psychicznego – świadczącej kompleksową opiekę psychiatryczną (szpitalną, ambulatoryjną, dzienną, środowiskową i doraźną dla określo-

nego terytorium (powiat, grupa powiatów, duża gmina, dzielnica dużego miasta). Zamierzeniem jest, aby sieć takich centrów w nieodległym czasie nadała systemowi ochrony zdrowia psychicznego w Polsce charakter zgodny z modelem środowiskowym. Wdrożenie i funkcjonowanie centrów będzie wymagało zmiany sposobu finansowania, odejścia od płacenia za pojedyncze usługi na rzecz budżetu lokalnego wyliczanego kapitacyjnie, tj. według liczby mieszkańców obszaru objętego odpowiedzialnością centrum lub według liczby zarejestrowanych w nim pacjentów.

Poniżej scharakteryzowano świadczenia obecnie funkcjonujących jednostek psychiatrycznej opieki zdrowotnej: ambulatoryjnych, stacjonarnych szpitalnych i stacjonarnych nie szpitalnych.

Warunki udzielania świadczeń w wymienionych wyżej placówkach określa ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień z siedmioma załącznikami.

3.1. Świadczenia ambulatoryjne

- Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) to opieka ambulatoryjna w zakresie medycyny ogólnej, interny, medycyny rodzinnej i pediatrii (ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych).

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego przewiduje udział lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w realizacji zadań z zakresu promocji zdrowia psychicznego, profilaktyki oraz wczesnego rozpoznawania i leczenia niektórych zaburzeń psychicznych. Dotyczy to zwłaszcza zaburzeń związanych ze stresem, lękowych, depresyjnych i nerwicowych. Lekarz POZ może kierować pacjentów leczonych przez siebie, do psychologa w poradni psychologicznej lub poradni zdrowia psychicznego, celem pomocy psychologicznej lub psychoterapii. Pacjentów wymagających specjalistycznej diagnozy lub konsultacji psychiatrycznej lekarz POZ kieruje do psychiatry w poradni zdrowia psychicznego, lub poradni leczenia uzależnień, ewentualnie innej sprofilowanej placówki. Lekarz POZ może także kontynuować i monitorować leczenie psychotropowe pacjentów chorujących psychicznie konsultując ich okresowo z psychiatrą.

- Poradnia Zdrowia Psychicznego dla dorosłych

Poradnia zdrowia psychicznego jest podstawowym miejscem specjalistycznego diagnozowania i leczenia zaburzeń i chorób psychicznych.

W poradni wykonywane są porady lekarskie diagnostyczne, terapeutyczne i kontrolne, porady psychologiczne, porady psychologa diagnostyczne, sesje psychoterapii indywidualnej i grupowej, rodzinnej, sesje wsparcia psychospołecznego, wizyty domowe lub środowiskowe lekarza lub psychologa.

Podstawą finansowania świadczeń przez NFZ jest liczba i rodzaj wymienionych świadczeń wykonywanych w okresie umowy.

W poradni mogą być leczeni pacjenci ze wszystkimi rodzajami zaburzeń psychicznych (od F00,0 do F99,0 według klasyfikacji ICD10), a także może być prowa-

dzona obserwacja i badanie psychiatryczne diagnostyczne przypadków podejrzanych o zaburzenia psychiczne (Z03 i Z04,6).

Minimum zatrudnienia w poradni to:

- Lekarz specjalista psychiatra lub w trakcie specjalizacji w wymiarze zatrudnienia nie mniej niż ¼ etatu i w wymiarze czasu pracy nie mniej niż ¾ czasu pracy poradni tygodniowo.
- Psycholog kliniczny lub w trakcie specjalizacji lub z co najmniej 2 letnim doświadczeniem w pracy klinicznej w wymiarze czasu pracy nie mniej niż 1/3 czasu pracy poradni tygodniowo.
- Psychoterapeuta z certyfikatem, lub osoba ubiegająca się o uzyskanie certyfikatu, po ukończeniu, co najmniej dwu latach szkolenia i pracująca pod nadzorem psychoterapeuty.

Do psychiatry w poradni zdrowia psychicznego nie jest wymagane skierowanie. Natomiast psycholog przyjmuje w poradni na podstawie skierowania od lekarza psychiatry lub innego.

W poradni wykonywana jest kompleksowa diagnoza psychiatryczno-medyczna, psychologiczno-społeczna i socjalno-środowiskowa z oceną funkcjonowania pacjenta. Zbierane są wywiady, wykonywane konsultacje specjalistyczne i badania dodatkowe (obrazowe, EEG, laboratoryjne). Ustalany jest indywidualny plan terapeutyczny uwzględniający leczenie farmakologiczne, psychoedukację, pomoc psychologiczną, różne formy psychoterapii. Kolejne wizyty służą monitorowaniu postępu terapii, ewentualnie modyfikowaniu planu terapii przez lekarza psychiatrę, mogą też być realizowane porady psychologa lub sesje psychoterapii – przewidziane w planie terapii. Częstość wizyt zależy od potrzeb.

- Poradnie sprofilowane

Są to poradnie wyspecjalizowane (sprofilowane) w udzielaniu świadczeń grupom o szczególnej specyfice zaburzeń i szczególnych potrzebach diagnostyczno-terapeutycznych. Do takich poradni zalicza się poradnie zdrowia psychicznego i poradnie leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży, poradnie dla osób z autyzmem i innymi całościowymi zaburzeniami rozwoju, poradnie psychologiczne i poradnie leczenia nerwic dla dorosłych, poradnie leczenia uzależnienia i współuzależnienia alkoholowego i poradnie leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych dla dorosłych, poradnie seksuologii i patologii współżycia.

- Psychiatryczne oddziały dzienne

Leczenie w oddziale dziennym jest wskazane, gdy stan chorego wymaga częstych kontroli lekarskich, intensywnego wsparcia psychologicznego, lub zabiegów pielęgnarskich, których nie można zapewnić w poradni, a nie ma wskazań bezwzględnych do leczenia w szpitalu.

Świadczenia są udzielane codziennie podczas pobytu pacjenta w oddziale od godziny 8.00 do 15.00. Resztę dnia i noc, oraz sobotę i niedziele pacjent spędza w domu. Podstawą finansowania świadczeń przez NFZ jest liczba osobodni pobytu pacjenta w oddziale w dni robocze w okresie zawartej umowy.

W oddziale dziennym leczone są zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania.

wania według klasyfikacji ICD 10 (od F00 do F 99), z wyłączeniem zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (F10,0 – F19,9) oraz niepełnosprawności intelektualnej (F71-F79).

Minimum zatrudnienia:

- 1) Lekarz specjalista psychiatra – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 48 miejsc.
- 2) Lekarz specjalista psychiatra lub w trakcie specjalizacji – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 48 miejsc.
- 3) Psychoterapeuta z certyfikatem, lub ubiegający się o certyfikat, z ukończonym, co najmniej dwu letnim szkoleniem i pracujący pod nadzorem psychoterapeuty – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 14 miejsc.
- 4) Osoba z kwalifikacjami terapeuty zajęciowego – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 24 miejsca.
- 5) Pielęgniarki.

Podstawą przyjęcia do oddziału dziennego jest skierowanie od psychiatry oraz kwalifikacja przez zespół terapeutyczny oddziału. Konieczna jest pisemna zgoda pacjenta na leczenie w oddziale. Pacjenci pracujący otrzymują za okres leczenia zwolnienie lekarskie (L4).

W oddziale dziennym przeprowadzana jest diagnoza lekarska, psychologiczna pielęgniarstwa, konsultacje specjalistyczne, badania dodatkowe (testy psychologiczne, badania obrazowe, laboratoryjne, elektrofizjologiczne). Sporządzany jest indywidualny plan terapii, obejmujący leczenie farmakologiczne oraz różne formy terapii psychospołecznej: psychoterapia indywidualna i grupowa, rodzinna, sesje wsparcia, społeczność terapeutyczna, terapia zajęciowa, arteterapia (terapia poprzez sztukę – muzykę, taniec, rysunek, malarstwo) biblioterapia, terapia ruchem, treningi umiejętności życiowych (higieniczny, kulinarny, budżetowy) i społecznych (komunikacji, nawiązywania kontaktu, rozwiązywania problemów, radzenia sobie z emocjami), treningi poznawcze, psychoedukacja.

Wypisanie z oddziału następuje po zakończeniu procesu terapeutycznego, pacjent jest kierowany do innej jednostki leczenia psychiatrycznego w zależności od jego stanu.

- Oddziały dzienne wyspecjalizowane (sprofilowane)

Są to oddziały wyspecjalizowane (sprofilowane) w diagnozowaniu i leczeniu określonych grup zaburzeń. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia wymienione są następujące oddziały dzienne:

- psychiatryczne dla dzieci i młodzieży,
- leczenia zaburzeń nerwicowych i osobowości dla dorosłych,
- leczenia zaburzeń nerwicowych dzieci i młodzieży,
- dla osób z całościowymi zaburzeniami rozwoju,
- psychogeriatryczne,
- leczenia uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu,
- leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych,

- psychiatryczne rehabilitacyjne dla dorosłych,
- psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży.

- Zespoły leczenia środowiskowego dla dorosłych

Zespół leczenia środowiskowego (ZLŚ) jest miejscem intensywnego leczenia przewlekłych i nawrotowych zaburzeń psychicznych, w znacznym stopniu upośledzających funkcjonowanie pacjenta w życiu codziennym i w kontaktach z otoczeniem. Leczenie odbywa się w domu pacjenta i w ramach wizyt w ambulatorium (1–3 wizyt tygodniowo).

W zespole wykonywane są porady lekarskie diagnostyczne, terapeutyczne i kontrolne, porady psychologiczne, porady psychologa diagnostyczne, sesje psychoterapii indywidualnej, grupowej, rodzinnej, sesje wsparcia psychospołecznego, wizyty domowe lub środowiskowe lekarza, psychologa, pielęgniarki, terapeuty środowiskowego.

Podstawą finansowania świadczeń przez NFZ jest liczba i rodzaj wymienionych świadczeń wykonywanych w okresie umowy. Część działań, koniecznych w leczeniu środowiskowym trudno rozliczyć, jako „produkty kontraktowe”, co wskazuje na potrzebę zmodyfikowania dotychczas stosowanych zasad finansowania ZLŚ.

Do leczenia w ZLŚ przyjmowani są pacjenci z organicznymi zaburzeniami psychicznymi, włącznie z zespołami objawowymi (F00–F09), schizofrenią, zaburzeniami schizotypowymi i urojeniowymi (F20–F29), zaburzeniami nastroju (afektywne F30–F39), całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (F84), i innymi zaburzeniami psychicznymi (F00–F99) wymagającymi opieki środowiskowej z powodu znacznego stopnia zaburzenia funkcjonowania społecznego.

Minimum zatrudnienia:

- 1) Lekarz specjalista psychiatra, lub w trakcie specjalizacji w wymiarze zatrudnienia nie mniej niż ¼ etatu.
- 2) Psycholog kliniczny lub w trakcie specjalizacji, lub z co najmniej 2 letnim doświadczeniem pracy klinicznej.
- 3) Psychoterapeuta z certyfikatem, lub ubiegający się o certyfikat z ukończonym, co najmniej dwu letnim szkoleniem, pracujący pod nadzorem psychoterapeuty.
- 4) Pielęgniarka.
- 5) Terapeuta środowiskowy.

Zasadami pracy zespołu są: wielostronność oddziaływań, praca zespołowa (wspólne omówienia pacjentów), udzielanie świadczeń w miejscu zamieszkania pacjenta (wizyty domowe), współpraca z rodziną i otoczeniem społecznym.

Objęcie opieką zespołu następuje na podstawie procedury kwalifikacyjnej, po wyrażeniu pisemnej zgody przez pacjenta. Skierowanie nie jest konieczne.

Każdy pacjent ma indywidualnego terapeutę. Na podstawie indywidualnej diagnozy lekarskiej, psychologicznej, funkcjonowania i środowiskowej ustalany jest wspólnie z pacjentem plan terapii. Plan jest realizowany i ewaluowany z udziałem pacjenta, okresowo korygowany. Leczenie farmakologiczne jest łączone z psychoterapią w konwencji zależnej od diagnozy, treningami: podstawowych umiejętności życiowych, umiejętności społecznych, radzenia sobie z chorobą, funkcji po-

znawczych. Stosuje się psychoedukację pacjenta i rodziny, interwencje kryzysowe, mediacje i sesje terapii rodzinnej. Zajęcia klubowe, uroczystości, wycieczki służą aktywizacji społecznej. Kładziony jest nacisk na aktywizację zawodową lub podejmowanie innych aktywności strukturujących dzień.

Czas trwania opieki ZLS nie jest z góry określony. Przewiduje się wypisanie pacjenta po zrealizowaniu założonych celów terapeutycznych lub na jego życzenie. Przed wypisem ustalane jest z pacjentem miejsce dalszego leczenia.

- Zespoły leczenia środowiskowego dla dzieci i młodzieży

Oprócz zespołów leczenia środowiskowego dla dorosłych tworzone są zespoły leczenia środowiskowego dla dzieci i młodzieży, pracujące na tych samych zasadach, co dla dorosłych z uwzględnieniem specyfiki potrzeb rozwojowych pacjentów i potrzeby szerszego zakresu pracy z rodziną chorego.

3.2. Świadczenia szpitalne stacjonarne (całodobowe)

- Psychiatryczne oddziały szpitalne całodobowe (stacjonarne)

Psychiatryczne leczenie szpitalne (całodobowe) jest prowadzone w oddziałach szpitali psychiatrycznych lub w oddziałach psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych.

Podstawą finansowania świadczeń oddziału całodobowego przez NFZ jest liczba osobodni pobytu pacjenta w oddziale w okresie zawartej umowy.

W psychiatrycznych oddziałach szpitalnych leczeni są pacjenci ze wszystkimi rodzajami zaburzeń psychicznych i zachowania (od F00,0 do F99,0) według klasyfikacji ICD10, a także prowadzona jest obserwacja przypadków podejrzanych o chorobę (Z03).

Wskazaniem do przyjęcia jest znaczne nasilenie objawów, występowanie niebezpiecznych zachowań, znaczne ryzyko farmakoterapii lub potrzeba specjalistycznej diagnostyki i terapii dostępnych tylko w szpitalu.

Minimum zatrudnienia:

- 1) Lekarz specjalista psychiatra – równoważnik 1 etatu na 40 łóżek.
- 2) Lekarz specjalista lub posiadający I stopień specjalizacji lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii – równoważnik 1 etatu na 20 łóżek.
- 3) Osoba z certyfikatem psychoterapeuty lub ubiegająca się o certyfikat, po co najmniej dwu latach szkolenia – równoważnik 1 etatu na 40 łóżek.
- 4) Osoba z kwalifikacjami terapeuty zajęciowego – równoważnik 1 etatu na 40 łóżek.
- 5) Pielęgniarki.

Oddział psychiatryczny powinien mieścić nie więcej łóżek niż 30–40, w salach 1–4 osobowych. Powinien być zabezpieczony przed oddaleniem się pacjentów w stanie zagrażającym, mieć wydzieloną jadalnię, pomieszczenia do terapii i terapii zajęciowej, gabinet zabiegowy, odcinek obserwacyjny, izbę przyjęć, izolatkę.

Zasady przyjmowania pacjentów do szpitala psychiatrycznego reguluje ustawa o ochronie zdrowia psychicznego oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie

szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego²⁰. Przyjęcie do szpitala odbywa się na podstawie skierowania psychiatry oraz decyzji lekarza izby przyjęć, za pisemną zgodą pacjenta. W przypadkach nagłych pacjent może być przyjęty bez skierowania. W przypadku braku zgody pacjenta może on być przyjęty bez zgody na podstawie art. 23 lub 24, lub 22 ust. 2a ustawy. O przyjęciu bez zgody dyrektor szpitala powiadamia sąd najdalej w ciągu 72 godzin. Przyjęcie może też nastąpić w trybie wnioskowym na podstawie decyzji sądu (art. 29).

W psychiatrycznym oddziale szpitalnym przeprowadzana jest wielostronna diagnoza problemów medycznych, psychospołecznych, socjalnych i pielęgnacyjnych pacjenta, z udziałem psychiatry, psychologa, pracownika socjalnego, pielęgniarki, specjalistycznych konsultacji i badań diagnostycznych. Plan terapeutyczny uwzględnia leczenie farmakologiczne, czynności pielęgniarstwa i oddziaływania psychospołeczne (psychoedukacje i wsparcie dla pacjenta i rodziny, terapię zajęciową, psychoterapię interwencji środowiskowe i socjalne, treningi umiejętności, zajęcia rekreacyjne).

Pacjent w trakcie leczenia szpitalnego ma prawo do swobodnego kontaktu z rodziną i bliskim (korespondencja, telefon, odwiedziny), a także do dostępu do rzecznika praw pacjenta szpitala psychiatrycznego oraz wychodzenia poza oddział, o ile stan zdrowia na to pozwala.

Wypis ze szpitala następuje po uzyskaniu wystarczającej poprawy zdrowia lub na życzenie pacjenta, o ile jego stan psychiczny nie stanowi bezpośredniego zagrożenia dla niego i innych osób. Wypis powinien być poprzedzony próbnymi odwiedzinami w domu (tzw. treningi domowe) oraz ustaleniem miejsca dalszego leczenia. W przypadkach znacznych trudności funkcjonowania kieruje się pacjenta także do placówki wsparcia społecznego.

- Świadczenia w psychiatrycznej izbie przyjęć

Są to świadczenia diagnostyczno-terapeutyczne udzielane całodobowo, w trybie nagłym, zakończone, lub nie hospitalizacją. Świadczenia obejmują też zabezpieczenie medyczne świadczeniobiorców, oraz transport medyczny w razie konieczności leczenia w innym ośrodku.

Świadczenia obejmują wszystkie rodzaje zaburzeń psychicznych. Rozpoznanie według klasyfikacji ICD 10 (od F00 do F99) oraz obserwacje przypadków podejrzanych o chorobę (Z03).

Warunkiem udzielania świadczeń jest minimum zatrudnienia:

- 1) 1 lekarz specjalista psychiatra, lub w trakcie specjalizacji,
- 2) 1 pielęgniarka,

a ponadto dostęp do diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej i elektrofizjologicznej oraz konsultacji specjalistycznych.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego wśród form opieki zdrowotnej dla osób z zaburzeniami psychicznymi wymienia „pomoc doraźną”.

²⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 13 lipca 2012 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego (Dz.U. z 2012 r., Nr poz. 854).

W obecnej sytuacji w Polsce szpitalne izby przyjęć są jedynymi miejscami udzielania pomocy doraźnej w stanach nagłych zaburzeń psychicznych. Nie jest to optymalne rozwiązanie. Brakuje form ambulatoryjnej psychiatrycznej pomocy doraźnej innej niż w szpitalu. Zespoły takie powinny być uwzględnione i wdrożone przy tworzeniu centrów zdrowia psychicznego.

- Psychiatryczne oddziały szpitalne wyspecjalizowane (sprofilowane)

Są to oddziały stacjonarne (całodobowe) wyspecjalizowane (sprofilowane) w udzielaniu świadczeń grupom o szczególnej specyfice zaburzeń i szczególnych potrzebach diagnostyczno-terapeutycznych:

- psychiatryczne dla dzieci i młodzieży,
- psychogeriatrycznych,
- detoksykacji alkoholowej,
- detoksykacji od innych substancji psychoaktywnych (narkotyków),
- terapii uzależnień,
- psychiatrii sądowej o różnym poziomie zabezpieczenia,
- psychiatryczne dla chorych przewlekle.

Celowość funkcjonowania takich oddziałów powinna być stale aktualizowana z uwzględnieniem zmieniających się tendencji epidemiologicznych oraz dostępności innych sposobów rozwiązywania tych specyficznych problemów zdrowotnych i opiekuńczych.

3.3. Świadczenia inne niż szpitalne stacjonarne (całodobowe)

- Hostel, mieszkanie terapeutyczne

Świadczenia w hostelu lub mieszkaniu terapeutycznym są świadczeniami udzielanymi w miejscu chronionego zakwaterowania, posiadającym 1-3 osobowe pokoje ze współdzieleniem części wyposażenia oraz pomieszczeń, w tym wspólnej kuchni i łazienki, w którym są prowadzone profilowane programy psychoterapeutyczne, rehabilitacyjne dla świadczeniobiorców niewymagających leczenia szpitalnego, lecz wymagających poprawy codziennego funkcjonowania, oraz przywrócenia podstawowych umiejętności społecznych²¹.

Podstawą finansowania świadczeń hostelu (mieszkania terapeutycznego) przez NFZ jest liczba osobodni chronionego zakwaterowania i uczestnictwa pacjenta w programie terapeutyczno-rehabilitacyjnym w okresie trwania umowy świadczeniodawcy z NFZ.

Do hostelu (mieszkania terapeutycznego) mogą być przyjmowane osoby z rozpoznanymi zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu, lub chorobą somatyczną (F06), ze schizofrenią, zaburzeniami schizotypowymi i urojeniowymi (F20-F29), zaburzeniami nastroju (afektywne (F30 – F39), upośledzeniem umysłowym lekkim (F70), zaburzeniami zachowania i emocji

²¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. z 2013 r., Nr 13, poz. 1386).

rozpoczynającymi się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym (F90-F94), reakcjami na ciężki stres i zaburzeniami adaptacyjnymi (F43).

Minimum zatrudnienia to:

- 1) Lekarz specjalista psychiatra, lub z I stopniem specjalizacji, lub w trakcie specjalizacji w wymiarze równoważnika $\frac{1}{4}$ etatu.
- 2) Psycholog kliniczny lub psycholog lub osoba prowadząca psychoterapie, lub osoba ubiegająca się o certyfikat psychoterapeuty – równoważnik $\frac{1}{2}$ etatu przeliczeniowego.
- 3) Pielęgniarki.

Zasadą realizacji programu rehabilitacji jest samodzielne prowadzenie gospodarstwa domowego przez mieszkańców hostelu, regularne indywidualne i grupowe spotkania z terapeutą oraz zachowanie struktury dnia przez uczestniczenie w codziennych stałych zajęciach poza domem. Może to być praca, nauka, uczestnictwo w dziennym ośrodku wsparcia lub rehabilitacja w warsztacie terapii zajęciowej, a także poszukiwanie pracy. Początkowy okres uczestnictwa w programie pozwala na rozpoznanie w naturalnych warunkach życia deficytów i zasobów umiejętności życiowych i społecznych uczestników programu. Zespół terapeutów z uczestnikami programu tworzą indywidualne plany terapii. Plany terapii ukierunkowywane są na umacnianie zdrowia poprzez wzbogacanie umiejętności życiowych, komunikacyjnych i społecznych, zwiększenie poczucia własnej wartości i skuteczności. Celem jest usamodzielnienie uczestników w zakresie codziennych czynności życiowych, kontroli nad swoim zdrowiem i leczeniem, wzbogacenie indywidualnych zasobów zwłaszcza tych, które są pomocne w zdobyciu pracy, utrzymaniu mieszkania, radzeniu sobie z trudnościami, rozwiązywania konfliktów i podtrzymywania pozytywnych relacji z rodziną i innymi osobami.

- Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze

Zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) i Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO) zapewniają długoterminową całodobową (stacjonarną) inną niż szpitalna opiekę połączoną z udzielaniem świadczeń zdrowotnych psychologicznych, rehabilitacyjnych i wsparcia społecznego, z zapewnieniem zamieszkania, wyżywienia, środków medycznych i sprzętu rehabilitacyjnego, a także odpowiednich form terapii zajęciowej, kontaktów społecznych i rekreacji.

Świadczenia w ZOL i ZPO dla osób z zaburzeniami psychicznymi są finansowane przez NFZ w ramach świadczeń gwarantowanych, finansowanych ze środków publicznych.

Świadczenia medyczne, leki, materiały i środki medyczne oraz rehabilitacyjne udzielane są w ZOL i ZPO dla osób z zaburzeniami psychicznymi nieodpłatnie, na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Natomiast odnośnie świadczeń towarzyszących (wyżywienie i zakwaterowanie), przyjęto na gruncie art. 18 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, że uprawnione jest pobieranie również opłat za wyżywienie i zakwaterowanie przez zakłady opiekuńczo-lecznicze oraz pielęgnacyjno-opiekuńcze udzielające świadczeń psychiatrycznych.

Wysokość miesięcznej opłaty za wyżywienie i zakwaterowanie pacjenta ustala kierownik zakładu opiekuńczego w wysokości odpowiadającej nie więcej niż 250%

najniższej emerytury, z tym, że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu, osoby przebywającej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.

Do zakładów mogą być przyjmowane osoby z organicznymi zaburzeniami psychicznymi włącznie z zespołami objawowymi (F00–F09), schizofrenią, zaburzeniami typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowymi (F20–F29), zaburzeniami nastroju (afektywne) (F30–F39), upośledzeniem umysłowym (F70–F79) ze znacznymi i utrwalonymi zaburzeniami zachowania, które z powodu choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego nie są zdolne do samodzielnego zaspokajania swych podstawowych potrzeb życiowych i nie mają możliwości korzystania z odpowiedniej pomocy i opieki innych osób w swym naturalnym środowisku życia, a nie wymagają leczenia szpitalnego, lecz całodobowej opieki, pielęgnacji i rehabilitacji.

Minimalne wskaźniki zatrudnienia personelu

- 1) Lekarz specjalista psychiatra lub w trakcie specjalizacji – równoważnik 1 etatu na 80 łóżek;
- 2) Lekarz specjalista, lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych, lub innej dziedzinie odpowiednio do potrzeb – równoważnik 1 etatu na 160 łóżek;
- 3) Psycholog – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 80 łóżek;
- 4) Osoba prowadząca terapię zajęciową – równoważnik 1 etatu na 40 łóżek;
- 5) Pielęgniarki.

Wniosek o przyjęcie do ZOL składa się kierownikowi ZOL, wraz z wymaganymi dokumentami²², w tym z zaświadczeniem lekarskim i środowiskowym wywiadem pielęgniarzkim oraz oświadczeniem zgody osoby zainteresowanej. W przypadku niezdolności tej osoby do wyrażenia świadomej zgody, konieczne jest orzeczenie sądu o umieszczeniu tej osoby w zakładzie opiekuńczym bez zgody. W takim przypadku skierowanie oraz wywiad pielęgniarzki i zaświadczenie lekarskie, nie są wymagane.

Do Zakładu opiekuńczo-leczniczego pacjent jest przyjmowany na określony czas, po którym w razie powrotu sprawności wraca do poprzedniego środowiska życia lub pobyt może być przedłużony.

- Inne rodzaje nie szpitalnych świadczeń stacjonarnych (całodobowych)

Ustawa o działalności leczniczej wyodrębniła świadczenia zdrowotne całodobowe (stacjonarne) inne niż szpitalne zaliczając do nich: „świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzależnień, udzielane pacjentom, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach”. Z praktyki wiadomo, iż o ile ostre stany zaburzeń psychicznych wymagają leczenia w warunkach szpitalnych, to programy psychoterapii i rehabilitacji, do których kwalifikowane są osoby po ustabilizowaniu ostrych zaburzeń psychicznych, programy dla osób z zaburze-

²² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz. U. z 2012 r., poz. 731).

niami nerwicowymi, i osobowości, rehabilitacji psychiatrycznej, leczenia uzależnienia alkoholowego, rehabilitacji w uzależnieniach narkotykowych, oraz świadczenia opiekuńczo lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi, a także świadczenia w hostelach (mieszkaniach terapeutycznych) mogą być realizowane w warunkach stacjonarnych (całodobowych) nie szpitalnych.

3.4. Turnusy rehabilitacyjne

Turnus rehabilitacyjny jest to zorganizowany, trwający nie dłużej niż 14 dni, pobyt poza miejscem udzielania świadczeń gwarantowanych, obejmujący leczenie i intensywną rehabilitację osób z zaburzeniami psychicznymi i znacznym stopniem nieprzystosowania społecznego, w ramach określonego programu terapeutycznego. Turnus może być zrealizowany nie częściej niż 1 raz na 12 miesięcy w ramach świadczeń psychiatrycznych stacjonarnych, dziennych, ambulatoryjnych i środowiskowych z zakresów psychiatrii dorosłych, psychiatrii dzieci i młodzieży, rehabilitacji psychiatrycznej, leczenia nerwic, leczenia uzależnień. Warunkiem przeprowadzenia turnusu jest przedstawienie przez świadczeniodawcę Narodowemu Funduszowi Zdrowia programu psychoterapeutycznego, wykazu uczestników, wykazu personelu, terminu turnusu i opinii sanitarno-epidemiologicznej odnośnie pomieszczeń, w których ma się odbywać turnus.

4. Centrum zdrowia psychicznego

Jest proponowaną w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015, oraz umocowaną obecnie w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego (art. 5a) formą kompleksowej, psychiatrycznej opieki zdrowotnej (pomoc doraźna, diagnostyka, leczenie i rehabilitacja, konsultacje dla podstawowej opieki zdrowotnej oraz orzecznictwo) dla ok. 100 tys. (50-200 tys.) mieszkańców określonego administracyjnie terytorium (powiat, grupa powiatów, duża gmina, dzielnica dużego miasta). Struktura organizacyjna CZP powinna odpowiadać potrzebom lokalnym. Centrum powinno się składać co najmniej z 4 zespołów, świadczących różnego rodzaju pomoc:

- zespołu ambulatoryjnego (poradni),
- zespołu mobilnego (leczenia środowiskowego),
- zespołu (oddziału) dziennego,
- zespołu (oddziału) szpitalnego.

Stosownie do potrzeb i możliwości w ramach centrum mogłyby powstawać inne zespoły, np. pomocy doraźnej, leczenia zaburzeń nerwicowych, psychogeriatryczny, rehabilitacyjny, leczenia uzależnień – w formie całodobowej, dziennej i ambulatoryjnej.

Centrum współdziała z lokalnymi jednostkami pomocy społecznej, oparcia społecznego i rehabilitacji dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz z placówkami podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, przewiduje się współpracę Centrum z lokalnymi instytucjami aktywizacji zawodowej i wspierania zatrudnienia osób niepełnosprawnych.

Celem tworzenia CZP jest:

- zapewnienie poszczególnym chorym kompleksowych skoordynowanych świadczeń medycznych, psychologicznych i socjalnych,
- zintegrowanie w ramach jednej placówki różnych form leczenia psychiatrycznego, a przez to lepsze wykorzystanie ich zasobów i dostosowanie do potrzeb chorych wynikających z aktualnego stanu zdrowia.
- zwiększenie dostępności świadczeń, zapewnienie koordynacji, ciągłości, i komplementarności pomocy.

Przewiduje się, że działanie CZP, a dzięki niemu przybliżenie i udostępnienie mieszkańcom koordynowanej, kompleksowej i zintegrowanej pomocy psychiatrycznej:

- wpłynie korzystnie na jej dostępność, jakość i wyniki, a przez to poprawi jakość życia korzystających z pomocy i ich rodzin,
- będzie sprzyjało lepszemu wykorzystaniu dostępnych środków finansowych,
- stworzy korzystne warunki do uruchamiania lokalnych inicjatyw na rzecz społecznej integracji i ochrony zdrowia psychicznego,
- będzie przeciwdziałała stygmatyzacji i wykluczeniu chorych,
- pozwoli na ograniczenie rozmiaru niezbędnej hospitalizacji psychiatrycznej i jej negatywnych skutków.

Tabela nr 3. Struktura i świadczenia Centrum Zdrowia Psychicznego

Podmiot leczniczy lub jednostka podmiotu leczniczego: CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO
Świadczenie kompleksowe
Poradnia Oddział dzienny Zespół leczenia środowiskowego Oddział szpitalny z psychiatryczną izbą przyjęć (pomoc doraźna)

W zależności od lokalnych potrzeb i zasobów przewiduje się tworzenie odrębnych centrów zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży (analogicznie jak dla dorosłych) lub utworzenie w obrębie centrum dla dorosłych, zespołu zajmującego się świadczeniami dla dzieci i młodzieży. Centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży powinno zapewniać pomoc dla obszaru zamieszkałego przez ok. 200 tys. (100-400 tys.) mieszkańców. Centrum takie powinno składać się zawsze z poradni, zespołu mobilnego i oddziału dziennego. Dyskutowana jest potrzeba funkcjonowania oddziału szpitalnego w każdym centrum dla dzieci i młodzieży. Uzupełnieniem jego oferty mogą być inne wyspecjalizowane świadczenia, m. in. w poradni i oddziale dziennym dla osób z autyzmem i innymi całościowymi zaburzeniami rozwoju, w poradni terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży, oddziale dziennym psychiatrycznym rehabilitacyjnym dla dzieci i młodzieży oraz świadczenia stacjonarne (np. leczenie zaburzeń nerwicowych, opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze, a także hostel dla dzieci i młodzieży).

Dla skutecznej działalności centrów zdrowia psychicznego konieczna jest modyfikacja dotychczas stosowanego sposobu finansowania świadczeń psychiatrii, tak aby możliwa była elastyczna, zależna od potrzeb zdrowotnych pacjentów alokacja środków, pomiędzy jednostkami ambulatoryjnymi, leczenia dziennego i domowego a całodobowym oddziałem szpitalnym. Obecny system rozliczeń świadczeń szpitalnych i dziennych według liczby osobodni, a ambulatoryjnych i domowych według liczby porad/wizyt – sprzyja zwiększaniu liczby świadczeń, a nie ich efektywności. Postulowany system rozliczania kapitacyjnego (według liczby osób w opiece) wymaga wypracowania takich zasad jego stosowania, aby można było godzić zasadę terytorialności świadczeń z prawem pacjenta do swobodnego wyboru miejsca i formy leczenia. Ważne jest też aby system finansowania tworzył mechanizm zapobiegający unikaniu przez świadczeniodawców pacjentów wymagających procedur kosztochłonnej. Mechanizmem takim mogłoby być rozliczenie niektórych procedur według ich wykonania.

5. Wskaźniki docelowe dostępności psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Wskaźniki docelowe dostępności psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce (tabela nr 4) przedstawiono według rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Wskaźniki przeliczono na 50, 100 i 150 tysięcy mieszkańców. Są to liczby mieszkańców odpowiadające liczbie ludności powiatów lub dużych gmin. Wskaźniki podane na 1 województwo przeliczono na populację 1 miliona osób gdyż jest to minimalna liczba mieszkańców jednego województwa w Polsce, (największe z województw zamieszkuje ponad 5 milionów osób).

Tabela nr 4. Docelowe wskaźniki dostępności psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Placówki	Wskaźnik na liczbę mieszkańców			
	50 tys.	100 tys.	150 tys.	1 mln
Dla dorosłych				
Poradnia zdrowia psychicznego (liczba)	1	2	3	20
Oddział dzienny (miejsca)	15	30	45	300
Zespół środowiskowy (liczba)	1	2	3	20
Oddział szpitalny (łóżka)	20	40	60	400
Zespół pomocy doraźnej (liczba)				1
Hostel (miejsca)	2	4	6	40
Oddziały opiekuńcze ZOL, ZPO (łóżka)	5-10	10-20	15-30	100-200
Dla dzieci i młodzieży				

Poradnia zdrowia psychicznego (liczba)			1	6-7
Oddział dzienny (miejsca)			20	130
Zespół środowiskowy (liczba)			1	10
Oddział szpitalny (miejsca)				40
Hostel (miejsca)				20
Dla uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych				
Poradnia leczenia uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu (liczba)	1	2	3	20
Oddział dzienny terapii uzależnienia od alkoholu (miejsca)	10	20	30	200
Szpitalny oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacji) (miejsca)		2-3	3-5	20-30
Oddział/ośrodek terapii uzależnienia od alkoholu (łóżka)		12	18	120
Hostel dla uzależnionych od alkoholu (miejsca)				20
Dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (w miastach)				
Poradnia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych (SPA) (liczba)	1	2	3	20
Oddział dzienny dla uzależnionych od SPA (miejsca)				20
Oddział detoksykacji od SPA (łóżka)				10
Oddział/ośrodek rehabilitacji terapii/ dla uzależnionych od SPA (miejsca)				70
Hostel dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (miejsca)				20
Program leczenia substytucyjnego dla uzależnionych od opiatów (miejsca)	Program w każdym mieście, w którym co najmniej 30 osób kwalifikuje się do programu			

Porównując wskaźniki docelowe z danymi z rocznika statystycznego można zauważyć, że aktualnie niemal we wszystkich województwach liczba poradni zdrowia psychicznego odpowiada postulowanym wskaźnikom ich dostępności. Jednak wzięwszy pod uwagę, że jedynie około połowa tych poradni jest czynna przez 5 dni w tygodniu, a pozostała część jest czynna tylko 1 dzień w tygodniu, można wnioskować, że ich świadczenia nie są wystarczająco dostępne. Liczba oddziałów dziennych mimo jej systematycznego liczebnego wzrostu, nadal w żadnym z województw nie osiąga postulowanego wskaźnika dostępności. Liczba zespołów leczenia środowiskowego mimo wzrostu w ostatnich latach nadal jest daleka od założonego poziomu dostępności.

Z przedstawionych docelowych wskaźników widać też, że duże gminy

i małe powiaty z uwagi na liczbę ludności mają warunki do tworzenia jedynie poradni zdrowia psychicznego, zespołu leczenia środowiskowego i poradni dla uzależnionych i współuzależnionych od alkoholu. Oddziały dzienne i stacjonarne szpitalne dla dorosłych oraz świadczenia dla dzieci i młodzieży mogą być organizowane dla obszarów dużych powiatów, kilku powiatów lub województwa podobnie jak jednostki rehabilitacji, opieki długoterminowej i inne sprofilowane. Należałoby w tym kontekście rozważyć założenia centrum zdrowia psychicznego, które jako jednostka udzielając zintegrowanych świadczeń ambulatoryjno- szpitalnych musiałaby swym zakresem odpowiedzialności obejmować wystarczająco duży obszar (jeden duży lub kilka mniejszych powiatów). Dobrze byłoby, aby przy tym istniały mniejsze jednostki ambulatoryjno-środowiskowe blisko miejsca zamieszkania chorych.

Mogłyby to być np. istniejące już małe poradnie niepubliczne i praktyki lekarzy psychiatrów zintegrowane funkcjonalnie z CZP działającym na danym terenie.

6. Działania samorządów i pomocy społecznej na rzecz zdrowia psychicznego

Według ustawy o pomocy społecznej pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa mającą na celu pomoc osobom i rodzinom w przewidywaniu trudnych sytuacji życiowych, których nie są oni w stanie pokonać za pomocą własnych zasobów i możliwości. Zadaniem pomocy społecznej jest podejmowanie działań zmierzających do życiowego usamodzielnienia się tych osób i ich społecznej integracji. Ustawa wymienia szereg sytuacji trudnych, w których jest udzielana pomoc społeczna, a wśród nich: *długotrwałe i ciężkie choroby, alkoholizm, narkomanię, bezrobocie, ubóstwo, bezdomność, niepełnosprawność*.

Zaburzenia psychiczne wskutek swojej długotrwałości lub nawrotowego przebiegu mogą powodować duże trudności w funkcjonowaniu społecznym danej osoby i w konsekwencji prowadzić do wykluczenia społecznego, ubóstwa oraz bezdomności. Dlatego ustawa o ochronie zdrowia psychicznego zobowiązała jednostki pomocy społecznej do udzielania, w porozumieniu z podmiotami leczniczymi, oparcia społecznego osobom, które z powodu zaburzeń psychicznych mają poważne trudności w życiu codziennym, zwłaszcza w kształtowaniu swoich stosunków z otoczeniem, w zakresie edukacji, zatrudnienia oraz w sprawach bytowych.

Obowiązek realizacji tych zadań spoczywa głównie na jednostkach gminnego i powiatowego samorządu terytorialnego, które realizują je poprzez ośrodki pomocy społecznej (OPS) i powiatowe centra pomocy rodzinie (PCPR), jako zadania własne gmin i powiatów lub zlecone przez administrację rządową. Organy administracji rządowej i samorządowej współpracują w zakresie tworzenia oparcia spo-

łecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi z organizacjami pozarządowymi, kościołami, związkami wyznaniowymi oraz osobami fizycznymi i prawnymi.

6.1. Ośrodki pomocy społecznej i centra pomocy rodzinie

Ośrodki pomocy społecznej są jednostkami organizacyjnymi wykonującymi zadania z zakresu pomocy społecznej w gminie. Centra pomocy rodzinie są jednostkami organizacyjnymi wykonującymi zadania z zakresu pomocy społecznej w powiatach i miastach na prawach powiatu. Podstawą prawną działania tych jednostek jest ustawa o pomocy społecznej. Ośrodki pomocy społecznej w gminach udzielają pomocy osobom znajdującym się w trudnej sytuacji życiowej, w tym osobom z zaburzeniami psychicznymi, w formie pracy socjalnej, świadczeń finansowych (zasiłki losowe) i rzeczowych (odzież, pożywienie, schronienie), przyznają wsparcie usługowe oraz kierują do ośrodków poradnictwa specjalistycznego lub ośrodków wsparcia. Pomoc jest przydzielana osobom zamieszkującym lub przebywającym na terenie danej gminy (dzielnicy miasta), powiatu bezpłatnie, a niektóre formy za odpłatnością, której wielkość jest uzależniona od poziomu dochodów.

6.2. Poradnictwo specjalistyczne

W ramach pomocy społecznej gminy i powiaty organizują na swoim terenie poradnictwo specjalistyczne – psychologiczne, prawne i rodzinne dla osób i rodzin w kryzysach życiowych, dla uzależnionych od alkoholu i innych substancji i ich rodzin, dla ofiar i sprawców przemocy. Pomoc świadczona jest nieodpłatnie w ramach ośrodków pomocy społecznej, ośrodków interwencji kryzysowej, poradni rodzinnych, punktów konsultacyjnych dla osób uzależnionych i ich rodzin oraz, dla ofiar i dla sprawców przemocy – zgodnie z ustawami: o pomocy społecznej i o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie²³, alkoholizmowi i narkomanii. Natomiast poradnie psychologiczno-pedagogiczne działają na podstawie ustawy o systemie oświaty i rozporządzeń z 2002 i 2013 r.²⁴

6.3. Poradnie psychologiczno-pedagogiczne

Poradnie psychologiczno-pedagogiczne powstały w wyniku przekształcenia poradni wychowawczo zawodowych na początku lat 90. Poradnie psychologiczno-pedagogiczne są obecnie tworzone i prowadzone przez samorządy powiatów, jako jednostki budżetowe udzielające bezpłatnych świadczeń dzieciom, młodzieży,

²³ Ustawa z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz.U. z 2015 r., poz. 1390).

²⁴ Ustawa z 7 września 1991 r. o systemie oświaty, (Dz.U. z 2004 r., Nr 256 poz. 2572 z późn. zm.). Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z 11 grudnia 2002 r. w sprawie ramowego statutu publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym publicznej poradni specjalistycznej (Dz.U. z 2002 r., nr 223, poz. 1869 z późn. zm.). Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz.U. z 2013 r., poz. 199).

rodzicom i nauczycielom w zakresie diagnozy psychologicznej, pedagogicznej, logopedycznej, poradnictwa, mediacji, terapii, rehabilitacji i orzecznictwa.

Do zadań poradni należy w szczególności:

wspomaganie wszechstronnego rozwoju dzieci i młodzieży, efektywności nauczania, nabywania i rozwijania umiejętności społecznych, profilaktyka uzależnień i innych problemów dzieci i młodzieży, udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom i młodzieży z grup ryzyka, terapia zaburzeń rozwojowych i zachowań dysfunkcyjnych, wspomaganie wychowawczej funkcji rodziny, pomoc w dokonywaniu wyboru kierunku kształcenia i zawodu, prowadzenie edukacji prozdrowotnej dzieci i rodziców.

Poradnie zatrudniają psychologów, pedagogów, logopedów, socjologów, pracowników socjalnych, rehabilitantów, lekarzy.

6.4. Ośrodki interwencji kryzysowej

Celem działania ośrodków interwencji kryzysowej jest doraźna interdyscyplinarna pomoc (interwencja kryzysowa) udzielana osobom znajdujących się w kryzysie psychologicznym w związku z różnymi trudnymi sytuacjami i zdarzeniami. Celem interwencji kryzysowej jest przywrócenie osobom i rodzinom przeżywającym kryzys równowagi psychicznej, a przez to zapobieganie powstawaniu ich przewlekłej niewydolności psychospołecznej (Ustawa o pomocy społecznej art. 47).

Ośrodki kryzysowe świadczą:

pomoc psychologiczną, socjalną, udzielają informacji i porad prawnych, interwencji w środowisku, mediacji, oferują w razie potrzeby schronienie (krótkoterminowe zamieszkiwanie), konsultacje medyczne (psychiatryczne i inne).

Do ośrodka interwencji kryzysowej można się zgłosić bez skierowania, osobiście lub umówić telefonicznie. Większość centrów jest czynna całodobowo, niektóre w wyznaczonych godzinach. Pomoc jest świadczona nieodpłatnie. Ośrodki interwencji kryzysowej współpracują z ośrodkami pomocy społecznej, instytucjami i organizacjami świadczącymi pomoc psychologiczną i psychiatryczną, wymiarem sprawiedliwości, prokuraturą, policją oraz organizacjami pozarządowymi.

Ze świadczeń centrów mogą korzystać (niezależnie od dochodów) osoby i rodziny znajdujące się w kryzysie psychologicznym w związku z trudnymi, obciążającymi znacznym stresem sytuacjami i zdarzeniami życiowymi jak: konflikty rodzinne, bezrobocie, doświadczenie przemocy, gwałtu, dyskryminacji, nadużycia władzy, utraty ważnych osób, mienia, próby samobójcze, uzależnienia, wypadki, katastrofy, kataklizmy, inne przeżycia traumatyczne.

Najważniejszymi etapami interwencji kryzysowej są:

- diagnoza zdarzeń i konfliktów kluczowych dla kryzysu, oraz specyfiki reagowania i emocji osoby znajdującej się w kryzysie,
- wsparcie emocjonalne i informacyjne, pomoc w radzeniu sobie z emocjami,
- sformułowanie planu wychodzenia z kryzysu, poszukiwanie źródeł wsparcia,
- towarzyszenie, wspieranie klienta w realizacji planu, usamodzielnianie.

Nierozwiązana sytuacja kryzysowa może prowadzić do zaburzeń zdrowia wymagających leczenia specjalistycznego. Dlatego interwencja kryzysowa ma znaczenie profilaktyczne wobec zaburzeń psychicznych i psychosomatycznych związanych ze stresem.

Tworzenie i prowadzenie ośrodków interwencji kryzysowej jest zadaniem własnym powiatów. Inne podmioty w tym organizacji pozarządowe mogą także tworzyć i prowadzić ośrodki interwencji kryzysowej²⁵.

W Polsce w 16 województwach istnieje ponad 100 ośrodków interwencji kryzysowej. Informacje o ośrodkach interwencji kryzysowej i dane kontaktowe można znaleźć na stronie internetowej <http://www.interwencjakryzysowa.pl/>

6.5. Poradnie rodzinne

Specjalistyczne poradnie rodzinne są organizowane przez samorządy terytorialne na podstawie ustawy o pomocy społecznej (art. 46). Celem działania poradni jest wspieranie rodzin a w szczególności:

- promocja rodziny i propagowanie zdrowego stylu życia,
- udzielanie specjalistycznej pomocy i porad rodzinom,
- wspieranie rodzin do samodzielnego radzenia sobie z problemami,
- informacja i edukacja w zakresie problematyki życia rodzinnego.

W swojej działalności Poradnie proponują:

- konsultacje, porady psychologiczne, wychowawcze, pedagogiczne,
- porady prawne,
- mediacje małżeńskie i rodzinne,
- psychoterapię indywidualną i grupową, (osoby dorosłe, dzieci, młodzież),
- terapię małżeńską i partnerską, terapię rodzinną.
- grupy wsparcia, treningi, warsztaty.

Do poradni rodzinnej nie jest wymagane skierowanie, porady udzielane są nieodpłatnie. Poradnie przyjmują mieszkańców określonego obszaru powiatu, gminy, miasta.

6.6. Oparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi

Według art. 8 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego jednostki organizacyjne i inne podmioty działające na podstawie ustawy o pomocy społecznej, zwane dalej „organami do spraw pomocy społecznej”, w porozumieniu z podmiotami leczniczymi udzielającymi świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej organizują na obszarze swojego działania oparcie społeczne dla osób, które z powodu choroby psychicznej lub niepełnosprawności intelektualnej mają poważne trudności w życiu codziennym, zwłaszcza w kształtowaniu swoich stosunków z otoczeniem, w zakresie edukacji, zatrudnienia oraz w sprawach bytowych.

Oparcie społeczne polega w szczególności na:

- 1) podtrzymywaniu i rozwijaniu umiejętności niezbędnych do samodzielnego, aktywnego życia,

²⁵ Ustawa z 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. z 2014 r., poz. 1118 z późn. zm.).

- 2) organizowaniu w środowisku społecznym pomocy ze strony rodziny, innych osób, grup, organizacji społecznych i instytucji,
- 3) udzielaniu pomocy finansowej, rzeczowej oraz innych świadczeń na zasadach określonych w ustawie o pomocy społecznej.

Oparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi świadczone jest w formie:

specjalistycznych usług opiekuńczych, oraz w środowiskowych domach samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Ustawa o pomocy społecznej w art. 51 ust.1 zalicza środowiskowe domy samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi do ośrodków wsparcia. Ośrodek wsparcia jest jednostką organizacyjną pomocy społecznej dziennego pobytu. W ośrodku wsparcia mogą być prowadzone miejsca całodobowego pobytu okresowego. Ośrodki wsparcia służą osobom, które z racji na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych. Tworzenie ośrodków wsparcia dla dzieci i młodzieży, osób w podeszłym wieku, kobiet w ciąży i z małymi dziećmi jest zadaniem własnym samorządów gmin i powiatów, natomiast tworzenie specjalistycznych ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi czyli środowiskowych domów samopomocy jest zadaniem gmin wykonywanym jako zadanie zlecone przez administrację rządową w ramach pomocy społecznej (Ustawa o ochronie przed zdrowia psychicznego art. 9). Prowadzenie i rozwój infrastruktury ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi należy do zadań z zakresu administracji rządowej realizowanych przez powiat (ustawa o pomocy społecznej art. 20 ust.1 pkt.2).

Ustawa o pomocy społecznej w art. 50 stwierdza, że osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona, przysługuje pomoc w formie usług opiekuńczych w jej domu. Usługi te obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem.

Natomiast specjalistyczne usługi opiekuńcze są to usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym. Organizacja i świadczenie usług opiekuńczych jest zadaniem własnym gminy, natomiast organizacja i świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi jest zadaniem realizowanym przez gminę, jako zadanie zlecone przez administrację państwową w ramach pomocy społecznej.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi jak i świadczenia w środowiskowych domach samopomocy dla tych osób są płatne. Zasady i wysokości opłat, oraz stosowanie ulg i zwolnień z opłat określają odpowiednie rozporządzenia ministra pracy polityki społecznej.

- **Środowiskowe domy samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi**

Środowiskowe domy samopomocy to forma pomocy dziennej lub całodobowej służąca wspieraniu funkcjonowania w naturalnym środowisku i przeciwdziałaniu marginalizacji osób chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo, które mają poważne trudności w codziennym życiu i funkcjonowaniu społecznym.

Wyróżnia się trzy typy domów: A, B, C:

A. dla osób z przewlekłe psychicznie chorych,

B. dla osób z upośledzeniem umysłowym,

C. dla osób wykazujących inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych.

Liczba miejsc w domu usytuowanym w jednym budynku nie może być mniejsza niż 15, ani większa niż 60, a w kilku budynkach nie większa niż 120.

Kierownik domu powinien mieć wykształcenie wyższe i przynajmniej półroczny staż na stanowisku w bezpośrednim kontakcie z osobami z zaburzeniami psychicznymi. Personel domu stanowią osoby z wykształceniem: psychologa, pedagoga, pracownika socjalnego, instruktora terapii zajęciowej, asystenta osoby niepełnosprawnej, inne wykształcenie w zależności od potrzeb.

Wskaźnik zatrudnienia personelu tworzącego zespół aktywizujący wspierający uczestników środowiskowego domu samopomocy wynosi 1 osoba na 7 uczestników w domu typu A, a w domach typu B i C i 1 osoba na 5 uczestników.

Dom funkcjonuje przez 5 dni w tygodniu po 8 godzin dziennie, zapewnia opiekę, jeden ciepły posiłek, zajęcia aktywizujące, poradnictwo psychologiczne, a także pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych i pomoc w załatwianiu spraw urzędowych. Środowiskowy dom samopomocy może oferować również okresowy pobyt całodobowy. Zadaniem domu jest zapewnienie podopiecznemu struktury dnia, pomoc w wychodzeniu z izolacji, w nawiązywaniu i podtrzymywaniu kontaktów z innymi ludźmi, a docelowo: usamodzielnienie życiowe i reintegracja społeczna. Zadania te są realizowane poprzez: terapię zajęciową, zajęcia rekreacyjne, sportowe, muzykoterapię, zajęcia plastyczne, treningi umiejętności życiowych (kulinarny, budżetowy, higieny osobistej) i treningi umiejętności społecznych (nawiązywania i podtrzymywania rozmowy, asertywności, komunikacji).

Wniosek o przyjęcie do domu składa się w ośrodku opieki społecznej właściwym dla miejsca zamieszkania. Niezbędne jest zaświadczenie od lekarza psychiatry lub neurologa (odnośnie wskazań do świadczeń domu) oraz od lekarza rodzinnego (odnośnie braku przeciwwskazań zdrowotnych), orzeczenie o stopniu niepełnosprawności. Skierowanie do domu następuje w drodze decyzji administracyjnej. W przypadku skierowania pierwszorazowego – na okres 3 miesięcy, celem ustalenia planu wspierająco aktywizującego. Okres ten może być przedłużony na czas niezbędny do realizacji planu. Realizacja planu zakłada usamodzielnienie klienta i jego skierowanie do dalszej rehabilitacji w innych jednostkach np. warsztacie terapii zajęciowej lub zatrudnienie w warunkach chronionych, ewentualnie przy braku postępu aktywizacji skierowanie do domu opieki.

Środowiskowe domy samopomocy tworzone są na podstawie ustawy o pomocy społecznej i ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, a szczegółowe

zasady ich funkcjonowania określa rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej.²⁶

Środowiskowe domy samopomocy są tworzone i prowadzone przez jednostki samorządu terytorialnego (powiatowego, gminnego) lub inne podmioty na podstawie umowy z jednostką samorządu terytorialnego zlecającą prowadzenie domu podmiotowi uprawnionemu (art. 25 ustawy o pomocy społecznej). Podmiotem tym może być organizacja pozarządowa (stowarzyszenie, fundacja) lub inna osoba prawna lub fizyczna. Finansowanie środowiskowego domu samopomocy ma formę dotacji rocznej na każdego uczestnika przekazywanej przez wojewodę jednostce samorządu terytorialnego prowadzącej dom, lub za jej pośrednictwem podmiotowi prowadzącemu dom na jej zlecenie.

- Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Jest to szczególnie rodzaj usług opiekuńczych dostosowanych do rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności. Są one świadczone w domu osoby z zaburzeniami psychicznymi przez osoby posiadające kwalifikacje: pracownika socjalnego, psychologa, pedagoga, logopedy, terapeuty zajęciowego, pielęgniarki, asystenta osoby niepełnosprawnej, opiekunki środowiskowej, specjalisty rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuty. Osoby świadczące specjalistyczne usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi muszą posiadać ponadto udokumentowane przeszkolenie w zakresie prowadzenia treningów umiejętności społecznych, przewidywanych w zakresie specjalistycznych usług. Ponadto muszą posiadać, co najmniej półroczny staż pracy w szpitalu psychiatrycznym, jednostce pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi, placówce terapii lub oświatowej, do której uczęszczają dzieci z upośledzeniem umysłowym lub z zaburzeniami rozwoju, ośrodka terapeutyczno-edukacyjno-wychowawczym lub zakładzie rehabilitacji²⁷.

Zasadą udzielania usług dla osób z zaburzeniami psychicznymi jest aktywizowanie podopiecznego, a w szczególności uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia w tym samoobsługi, prowadzenia domu, porządków, drobnych napraw, dbałości o higienę i wygląd, gospodarowania budżetem, realizowania należności i opłat, racjonalnego żywienia, utrzymywania kontaktów z domownikami i innymi osobami, organizowania czasu wolnego i rekreacji, uzyskiwanie dostępu do edukacji i kultury, załatwiania spraw w instytucjach i urzędach, dbałości o zdrowie, regularnego przyjmowania leków i korzystania ze świadczeń medycznych, wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia lub alternatywnego zajęcia np. uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej, zakładach aktywności zawodowej, środowiskowych domach samopomocy, centrach integracji społecznej, klubach pracy.

Koordinatorem usług jest pracownik ośrodka pomocy społecznej. Skierowanie do usług może wystawić lekarz psychiatra lub lekarz rodzinny. Osoba zainteresowana

²⁶ Rozporządzenie Ministra Pracy Polityki Społecznej z 9 grudnia 2010 w sprawie środowiskowych domów samopomocy (Dz.U. z 2010 r., nr 238 poz. 1586).

²⁷ Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz.U. z 2005 r., nr 189 poz. 1598).

resowana lub jej rodzina może też sama zgłosić się w sprawie usług specjalistycznych do ośrodka pomocy społecznej.

Decyzje o liczbie godzin usług specjalistycznych przyznanych danej osobie wydaje ośrodek pomocy społecznej. W razie potrzeby danej osobie można przyznać kilka rodzajów usług opiekuńczych lub też można przyznać usługi opiekuńcze kilku osobom w jednej rodzinie.

- Pomoc mieszkaniowa - mieszkania chronione

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego w art. 9 zalicza pomoc mieszkaniową do form oparcia społecznego dla osób, które z powodu zaburzeń psychicznych wykazują trudności w zakresie codziennych czynności życiowych i w kontaktach społecznych.

Pomoc mieszkaniowa może być udzielana w formie usług specjalistycznych w domu chorego lub w ramach środowiskowych domów samopomocy. W ramach środowiskowych domów samopomocy mogą być tworzone miejsca całodobowego pobytu w celu zwiększenia poprzez różne formy treningów i zajęć zaradności i samodzielności życiowej, jednak przez okres jednorazowo nie dłuższy niż 3 miesiące z możliwością przedłużenia maksymalnie do 8 miesięcy w danym roku kalendarzowym.

Ustawa o pomocy społecznej w art. 53 określa, że osobie, która z uwagi na trudną sytuację życiową, wiek, niepełnosprawność lub chorobę potrzebuje wsparcia w codziennym życiu, ale nie wymaga usług w zakresie świadczonym przez jednostkę całodobowej opieki, a w szczególności (między innymi) osobie z zaburzeniami psychicznymi, może być przyznany pobyt w mieszkaniu chronionym.

Mieszkanie chronione jest formą pomocy społecznej przygotowującą osoby tam przebywające, pod opieką specjalistów, do prowadzenia samodzielnego życia lub zastępującą pobyt w placówce zapewniającej całodobową opiekę. Mieszkanie chronione zapewnia warunki samodzielnego funkcjonowania w środowisku, w integracji ze społecznością lokalną.

Wsparcie świadczone w mieszkaniach chronionych obejmuje:

pracę socjalną, poradnictwo, nabywanie lub umacnianie samodzielności życiowej, samoobsługę, kontaktów międzyludzkich i pełnienia ról społecznych, a także w zależności od potrzeb pomoc w przemieszczaniu się, wykonywaniu codziennych czynności, zagospodarowywaniu czasu wolnego, korzystaniu z lokalnych usług, ubieganiu się o mieszkanie i zatrudnienie.

Wsparcie udzielane jest przez pracownika socjalnego, psychologa, terapeutę, asystenta osoby niepełnosprawnej, opiekunów, w wymiarze niezbędnym do realizacji celów programu mieszkania chronionego. W jednym mieszkaniu chronionym powinno być udzielne wsparcie osobom o zbliżonych potrzebach. Jedno mieszkanie chronione przeznaczone jest dla nie mniej niż 3 osób, a minimalna powierzchnia użytkowa dla jednej osoby nie może być mniejsza niż 12 m². mieszkanie oprócz pomieszczeń mieszkalnych powinno być wyposażone w kuchnię, łazienkę, ustęp i przestrzeń komunikacji wewnętrznej.

Prowadzenie i zapewnienie miejsca w mieszkaniach chronionych należy do zadań własnych gminy, natomiast do zadań powiatu należy prowadzenie mieszkań

chronionych dla osób z terenu kilku gmin. Mieszkanie chronione może być prowadzone przez każdą jednostkę organizacyjną pomocy społecznej lub organizację pożytku publicznego. Szczegółowe warunki udzielania świadczeń w mieszkaniu chronionym określa Rozporządzenie z 2012 r.²⁸ Decyzja o skierowaniu osoby do korzystania ze wsparcia w mieszkaniu chronionym wydawana jest po dokonaniu uzgodnień pomiędzy pracownikiem socjalnym jednostki prowadzącej mieszkanie chronione, a osobą ubiegającą się o skierowanie. Korzystanie ze wsparcia w mieszkaniu chronionym, odbywa się na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej z osobą korzystającą z pobytu w mieszkaniu chronionym. W umowie zawarte są między innymi uzgodnienia odnośnie celu i czasu trwania pobytu, zakresu i rodzaju udzielanych świadczeń, zasad odpłatności. Rodzaj i zakres świadczonego wsparcia mogą ulegać zmianom w zależności od oceny sytuacji osoby korzystającej ze wsparcia w mieszkaniu chronionym, dokonywanej, co najmniej raz na 3 miesiące.

- Domy pomocy społecznej (domy opieki) dla osób z zaburzeniami psychicznymi

Ustawa o pomocy społecznej w art. 54 stwierdza, że osoby, które z powodu choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego nie są zdolne do samodzielnego zaspokajania swych podstawowych potrzeb życiowych, a nie mają możliwości korzystania z odpowiedniej pomocy i opieki innych osób w swym naturalnym środowisku życia lub przebywają w szpitalu psychiatrycznym, a nie wymagają leczenia szpitalnego, lecz stałej opieki i pielęgnacji w domu mają prawo do opieki całodobowej w domu pomocy społecznej (DPS). Zasady świadczenia usług w domach pomocy społecznej określa szczegółowo rozporządzenie z 2012 r.²⁹. Dom funkcjonuje w oparciu o indywidualne plany wsparcia mieszkańca domu, opracowywane i realizowane, o ile to możliwe z jego udziałem, na podstawie określenia indywidualnych potrzeb. W celu tworzenia i realizowania indywidualnych planów wsparcia mieszkańców tworzy się zespoły terapeutyczno-opiekuńcze składające się z pracowników domu, którzy bezpośrednio zajmują się wspieraniem mieszkańców.

Indywidualny plan wsparcia powinien być przygotowany w terminie 6 miesięcy od dnia przyjęcia mieszkańca do domu. Działania wynikające z indywidualnego planu wsparcia mieszkańca domu koordynuje pracownik domu, zwany dalej „pracownikiem pierwszego kontaktu”, wskazany przez mieszkańca domu, jeżeli wybór ten jest możliwy ze względu na jego stan zdrowia i organizację pracy domu. Pracownicy pierwszego kontaktu działają w ramach zespołów terapeutyczno-opiekuńczych. Strukturę organizacyjną i szczegółowy zakres zadań poszczególnych typów domów określa opracowany przez dyrektora domu regulamin organizacyjny, przyjęty przez zarząd jednostki samorządu terytorialnego, a w przypadku domu gminnego przez wójta, burmistrza lub prezydenta.

²⁸ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 14 marca 2012 r. w sprawie mieszkań chronionych (Dz.U. z 2012 r., poz. 305).

²⁹ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U. z 2012 r., poz. 964).

Dom pomocy społecznej zabezpiecza potrzeby bytowe, opiekuńcze i pielęgnacyjne podopiecznych. Oprócz zaspokajania podstawowych potrzeb mieszkańców DPS realizuje programy aktywizujące i podnoszące sprawność mieszkańców poprzez udział w terapii zajęciowej i rehabilitacji leczniczej. Zapewnia także dostęp do badań lekarskich, specjalistycznej diagnozy oraz świadczeń terapeutycznych i psychologicznych, zaopatrzenie w odpowiednie leki i przedmioty ortopedyczne. Rehabilitacją kieruje lekarz, w miarę możliwości lekarz psychiatra.

Dom pomocy społecznej umożliwia także podopiecznym zaspokajanie potrzeb wiążących się z religią i obcowaniem z kulturą. Zwraca się uwagę na to, aby mieszkańcy DPS rozwijali samorządność oraz nawiązywali i rozwijali kontakty z rodziną i społecznością lokalną.

Działalność domów jest ukierunkowana na usamodzielnianie się mieszkańców. Wspiera się mieszkańców w podjęciu pracy, szczególnie takiej, która ma charakter terapeutyczny.

Dom pomocy społecznej udostępnia podopiecznym informacje o ich prawach, dba o przestrzeganie tych praw, oraz umożliwia sprawne wnoszenie i załatwianie skarg i wniosków. Wniosek o umieszczenie w DPS składa sam zainteresowany lub jego przedstawiciel ustawowy w ośrodku pomocy społecznej właściwym dla miejsca zamieszkania. Decyzje o przyznaniu miejsca wydaje powiatowe centrum pomocy rodzinie po uzyskaniu dokumentacji z ośrodka pomocy społecznej. Pobyt w domu pomocy społecznej jest odpłatny, lecz opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu danej osoby. W sytuacji, kiedy zainteresowany nie wyraża zgody na umieszczenie w domu pomocy społecznej, a nie jest zdolny do świadomego wyrażenia woli w tej sprawie, i nie ma osób zapewniających mu opiekę, sąd opiekuńczy może zdecydować o umieszczeniu go w DPS bez jego zgody. Wniosek do sądu w tej sprawie składa organ pomocy społecznej, a w sprawie osoby przebywającej w szpitalu psychiatrycznym kierownik szpitala psychiatrycznego.

Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej, prowadzenie i rozwój infrastruktury domów pomocy społecznej o zasięgu ponad gminnym oraz umieszczanie w nich skierowanych osób jest zadaniem własnym powiatu dofinansowywanym z budżetu państwa. Środki na dotacje dla powiatów na dofinansowanie prowadzenia domów pomocy społecznej planuje i przekazuje jednostkom samorządu powiatowego wojewoda.

Środki własne powiatu przekazywane na funkcjonowanie domów pomocy społecznej pochodzą z odpłatności mieszkańców. Obowiązani do wnoszenia opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej są w kolejności: mieszkaniec domu, a w przypadku osób małoletnich przedstawiciel ustawowy z dochodów dziecka, małżonek, zstępni przed wstępnymi, gmina z której osoba została skierowana do domu pomocy społecznej.

Jednostki samorządu terytorialnego mogą zlecać prowadzenie domów pomocy społecznej, udzielając dotacji na dofinansowanie realizacji zleconego zadania, organizacjom pozarządowym prowadzącym działalność w zakresie pomocy społecznej oraz osobom prawnym, kościołom i związkom wyznaniowym.

7. Inne formy wsparcia i rehabilitacji dla osób z zaburzeniami psychicznymi

7.1. Warsztaty terapii zajęciowej

Warsztaty terapii zajęciowej (WTZ) jest to wyodrębniona organizacyjnie i finansowo placówka stwarzająca osobom niepełnosprawnym, niezdolnym do podjęcia pracy, możliwość rehabilitacji społecznej i zawodowej w zakresie pozyskania lub przywracania umiejętności niezbędnych do podjęcia zatrudnienia. Warsztaty mogą być organizowane przez samorząd terytorialny (powiatowy, gminny), także przez organizacje pozarządowe (fundacje, stowarzyszenia) i inne podmioty. WTZ służą reintegracji zawodowej i społecznej poprzez terapię zajęciową, treningi umiejętności życiowych i społecznych, pomoc w kontakcie z pracodawcami, podjęciu i utrzymaniu pracy. WTZ są tworzone na podstawie ustawy o rehabilitacji i zatrudnieniu osób niepełnosprawnych³⁰. Szczegółowe warunki tworzenia i zasady funkcjonowania WTZ określa Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z 2004 r.³¹

Warsztat terapii zajęciowej jest tworzony na podstawie umowy pomiędzy powiatem a jednostką prowadzącą warsztat. Metody rehabilitacji i sposób jej realizacji powinny być dostosowane do specyfiki niepełnosprawności uczestników. Z uwagi na specyfikę niepełnosprawności związanej z chorobą psychiczną, tworzone są warsztaty terapii zajęciowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Warsztat tworzy się dla przynajmniej 20 osób z orzeczeniem niepełnosprawności i wskazań do rehabilitacji w warsztacie terapii zajęciowej. Dla osób tych tworzy się indywidualne plany rehabilitacji w okresie nie dłuższym niż 3 miesiące od daty rozpoczęcia zajęć w warsztacie.

Warsztat jest placówką pobytu dziennego. Zajęcia w warsztacie zajmują nie więcej niż 7 godzin dziennie i 35 tygodniowo i odbywają się zgodnie z indywidualnymi planami rehabilitacji ustalonymi dla każdego uczestnika. Działalność warsztatu ma charakter nie dochodowy. Ewentualny dochód WTZ jest przeznaczany na wydatki związane z integracją społeczną uczestników. Pracownikami warsztatu są kierownik, instruktorzy terapii zajęciowej, psycholog oraz w zależności od potrzeb: pielęgniarka lub lekarz, instruktor zawodu, inne osoby. Na jedną osobę pracującą bezpośrednio z uczestnikami nie powinno przypadać więcej niż 5 niepełnosprawnych. Uczestnik warsztatu, który w ramach indywidualnego programu bierze udział w treningu ekonomicznym może otrzymać do swojej dyspozycji środki finansowe, które nie przekraczają 20% minimalnego wynagrodzenia za pracę. Co najmniej raz w roku rada programowa warsztatu dokonuje indywidualnej oceny realizacji celów zawartych w indywidualnym planie rehabilitacji. Ustawa o rehabilitacji zawodowej

³⁰ Ustawa z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1997 Nr 123 poz. 776).

³¹ Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z 25 marca 2004 r. w sprawie warsztatów terapii zajęciowej (Dz.U. 2004 nr 6, poz. 586, 587).

i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych określa, że koszty utworzenia i działalności warsztatu terapii zajęciowej są współfinansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (90%) oraz ze środków samorządu powiatowego, (co najmniej 10%), lub z innych źródeł, np. od darczyńców albo od organizacji pozarządowych.

7.2. Zakłady aktywności zawodowej

Celem zakładów aktywności zawodowej (ZAZ) jest aktywizacja zawodowa osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, a także osób chorujących psychicznie, z autyzmem lub niepełnosprawnością intelektualną posiadających umiarkowany stopień niepełnosprawności, u których istnieje potrzeba podjęcia zatrudnienia i kontynuowanie rehabilitacji zawodowej w warunkach pracy chronionej. Zakład to wyodrębniona organizacyjnie i finansowo jednostka tworzona przez powiat, gminę, stowarzyszenie lub inną organizację społeczną, której statutowym zadaniem jest rehabilitacja zawodowa i społeczna osób niepełnosprawnych. Podmiot tworzący ZAZ może otrzymać dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych za pośrednictwem właściwej jednostki organizacyjnej samorządu województwa. We wniosku należy określić m.in. planowaną liczbę zatrudnionych osób z niepełnosprawnościami oraz rodzaj i stopień ich niepełnosprawności. Opinie odnośnie tworzonej jednostki wydaje starosta, a status ZAZ nadaje wojewoda, po stwierdzeniu przez Państwową Inspekcję Pracy, że jednostka spełnia warunki określone w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych. Zasady finansowania i prowadzenia działalności usługowo rehabilitacyjnej w zakładach aktywności zawodowej określa rozporządzenie w sprawie zakładów aktywności zawodowej.³² Kierownik zakładu tworzy zespół programowy, który opracowuje indywidualne programy rehabilitacji zawodowej i społecznej pracowników z orzeczonym stopniem niepełnosprawności. Czas trwania zajęć rehabilitacyjnych pracowników z umiarkowanym i znacznym stopniem niepełnosprawności wynosi nie mniej niż 60 minut dziennie i może być przedłużony do 120 minut dziennie. Zespół programowy dokonuje okresowo, nie rzadziej niż 1 raz w roku, oceny realizacji planów indywidualnych rehabilitacji zawodowej i społecznej pracowników z orzeczeniem umiarkowanej i znacznej niepełnosprawności. Na podstawie planu kierownik zakładu wspiera osobę niepełnosprawną w poszukiwaniu odpowiedniego dla niej miejsca pracy, współpracując z powiatowym urzędem pracy.

7.3. Kluby pacjenta

Kluby pacjenta są w Polsce formą wsparcia o długiej i ugruntowanej tradycji. Formuła ich działania sprawia, że są łatwe do zorganizowania i prowadzenia. Dla pacjentów nie tworzą trudnych do pokonania barier adaptacyjnych. Są

³² Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 17 lipca 2012 r. w sprawie zakładów aktywności zawodowej. (Dz.U. z 2012 r., poz. 850).

formą dostępną nawet dla osób ciężko przewlekle chorujących, ze znacznymi zaburzeniami funkcjonowania, które nie są w stanie sprostać wymogom codziennego uczestnictwa w oddziale dziennym, środowiskowym domu samopomocy czy warsztacie terapii zajęciowej. Do klubu można przychodzić raz w tygodniu, codziennie lub raz na kilka miesięcy. Klub służy podtrzymaniu kontaktów społecznych pacjenta. Organizuje herbatki, spotkania z ciekawymi ludźmi, przy muzyce, wieczorki, uroczystości z okazji urodzin czy imienin klubowiczów, świąt religijnych i państwowych. W ramach klubu można organizować zajęcia sportowe, wycieczki, ogniska i inne formy rekreacji. Najsilniejszą jednak stroną klubu jest to, że pacjent może tu po prostu przyjść i posiedzieć, spotkać innych klubowiczów. To zmniejsza poczucie osamotnienia i społecznego wyobcowania pojawiające się niekiedy w chorobie. W klubie nie ma list obecności i zakresów obowiązków, poza obsługą danego spotkania (np. przygotowaniem herbaty, ciasteczek, sprzątnięciem sali po zajęciach). Nie obowiązują też skierowania ani nie ma procedur kwalifikacyjnych. Jedyne kryterium przynależności to przebycie epizodu choroby psychicznej i leczenia psychiatrycznego. Właśnie ten brak sformalizowanej struktury jest mocną stroną klubu. Kluby są w Polsce bardzo rozpowszechnione. Organizowano je przy poradniach zdrowia psychicznego, oddziałach dziennych, oddziałach całodobowych. Dziś często są prowadzone przez organizacje pozarządowe, powstają też przy środowiskowych domach samopomocy, warsztatach terapii zajęciowej, zespołach leczenia środowiskowego, a więc zarówno w strukturach służby zdrowia, jak i pomocy społecznej. Ciekawą formą są Domy – Kluby „Pod fontanną” (Fountain House) z bardzo bogatą ofertą różnorodnych aktywności, a także zatrudnienia przejściowego dla osób z doświadczeniem choroby psychicznej³³.

8. Organizacje pozarządowe działające na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi

Organizacje pozarządowe (stowarzyszenia, fundacje) mają ustawową możliwość tworzenia podmiotów leczniczych kontraktujących świadczenia z Narodowym Funduszem Zdrowia, a także prowadzenia placówek wsparcia społecznego i rehabilitacji dla osób z zaburzeniami psychicznymi na podstawie umów z jednostkami samorządu terytorialnego o prowadzenie i finansowanie placówek wsparcia.

Organizacje pozarządowe mogą ponadto pozyskiwać środki z różnych źródeł i w ten sposób wzbogacać standardowe programy placówek innowacyjnymi projektami.

Ponieważ są tworzone przez osoby, na co dzień zaangażowane w pracę z pacjentem (a często tworzone razem z rodzinami chorych lub samymi chorymi),

³³ <http://www.psychiatria.pl/artukul/kilka-slow-o-domach-pod-fontanna/935.html>

mają duże rozeznanie w lokalnych potrzebach, znajomość problemów, z jakimi borykają się chorzy i ich rodziny i umiejętność adekwatnego reagowania na nie. Nieobciążone nadmiernie rozbudowanymi strukturami administracyjnymi, są zdolne do szybkiego reagowania na zmieniające się środowiskowe uwarunkowania, trudności adaptacyjne osób po leczeniu psychiatrycznym. Stąd organizacje pozarządowe nierzadko odgrywają pionierską rolę w tworzeniu lokalnych systemów wsparcia społecznego dla osób psychicznie chorych. W obecnej sytuacji trudno sobie wyobrazić wydolny lokalny system psychiatrycznej opieki środowiskowej bez aktywnego wkładu organizacji pozarządowych.

Podstawowe akty prawne dotyczące organizacji pozarządowych (stowarzyszeń i fundacji) to: ustawa o fundacjach, prawo o stowarzyszeniach i ustawa o działalności publicznej i wolontariacie³⁴.

Istnieje szereg podstawowych różnic pomiędzy stowarzyszeniem a fundacją. Znając te różnice możemy podjąć trafną decyzję, która forma organizacyjna bardziej odpowiada założonym celom działalności.

Stowarzyszenie jest to związek osób połączonych chęcią realizacji wspólnego celu. Mamy tu do czynienia z pojęciem członkostwa w organizacji. Do utworzenia stowarzyszenia potrzeba, co najmniej piętnastu założycieli, którzy na zebraniu założycielskim, po uchwaleniu statutu, wybierają komitet założycielski. Protokół z zebrania wraz z listą obecnych na nim członków założycieli, statutem i wnioskiem rejestracyjnym składa się w sądzie rejestrowym. Stowarzyszenie opiera swoją działalność na społecznej (nieodpłatnej) pracy swoich członków, którzy wspólnie dążą do realizacji określonego w statucie celu. Najwyższą władzą stowarzyszenia jest walne zebranie członków.

Natomiast istotą fundacji jest majątek, w który fundacja zostaje wyposażona przez jej założyciela lub założycieli, i który to majątek jest w toku działalności fundacji pomnażany. O jego przeznaczeniu (cel fundacji) decyduje wola fundatora wyrażona w statucie. Fundację może ustanowić osoba fizyczna lub prawna (jeden lub kilku fundatorów). Fundatorzy składają oświadczenie woli w akcie notarialnym (akt fundacyjny) oraz uchwalają statut fundacji. Następnie składają w sądzie rejestrowym wniosek o zarejestrowanie fundacji. Do wniosku dołączają: notarialny akt fundacyjny, statut fundacji, protokół z posiedzenia rady fundatorów z uchwałami o powołaniu fundacji i jej organów, poświadczony notarialnie wzory podpisów osób upoważnionych do reprezentowania fundacji, dokument tytułu prawnego do lokalu, w którym prowadzona jest działalność fundacji.

Zarówno stowarzyszenie, jak i fundacja uzyskuje osobowość prawną z chwilą rejestracji w Krajowym Rejestrze Sądowym. Nadzór nad stowarzyszeniem sprawuje starosta właściwy dla siedziby stowarzyszenia, a nadzór nad fundacją – minister właściwy dla rodzaju działalności fundacji.

³⁴ Ustawa z 6 kwietnia 1984 r. o fundacjach (Dz.U. z 1991 r., Nr 46 poz. 203 z późn. zm.). Ustawa z 7 kwietnia 1989 r. Prawo o stowarzyszeniach (Dz.U. z 2015 r., poz. 1393). Ustawa z 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. j.w.).

Zdarza się że fundacja lub stowarzyszenie działające na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi jest zakładana przez krąg osób dotkniętych tym problemem (chorzy, ich rodziny, przyjaciele, profesjonaliści pracujący z chorymi) dla rozwiązania konkretnych potrzeb chorych występujących w danym środowisku. Działalność tego typu organizacji jest, więc również formą samopomocy.

9. Samopomoc pacjentów i rodzin

Grupy samopomocy są to dobrowolne zgromadzenia osób, których działanie nakierowane jest na wspólne pokonywanie chorób, problemów natury psychicznej czy trudności socjalnych. Aktywność tego rodzaju grup dotyczy pomocy osobom do nich należącym. Mogą to być osoby dotknięte danym problemem lub też ich bliscy zaangażowani w jakiś sposób w ich życie i problem. Członkowie grupy tworzą społeczność, która decyduje o częstotliwości spotkań, założeniach i celach pracy. Najczęściej grupy prowadzone są przez nieprofesjonalistów, choć zdarza się, że na spotkania zapraszani są eksperci, lub że profesjonalista inicjuje powstanie grupy. Bardzo ważnym aspektem grup jest ich dążenie do zniesienia izolacji zewnętrznej, marginalizacji czy stygmatyzacji. Osoby uczestniczące doświadczają ulgi i wsparcia, uczą się rozpoznawać trudności, żyć z nimi lub pokonywać je w miarę możliwości. Osoby wymieniają się swoimi doświadczeniami i informacjami na temat radzenia sobie z problemami. Grupy mają dużą siłę pozytywnego oddziaływania na uczestników ze względu na aspekt intensywnego zaangażowania emocjonalnego oraz dzielenia się przeżyciami „z pierwszej ręki”, wolnymi od wiedzy teoretycznej i eksperckiej.

Grupy samopomocowe mogą funkcjonować przy jednostkach leczenia lub placówkach oparcia społecznego nie mając własnej osobowości prawnej. W ramach takich grup osoby z zaburzeniami psychicznymi lub członkowie rodzin osób chorujących psychicznie spotykają się z profesjonalistą (psychiatra, psycholog, inny terapeuta). Spotkania służą wymianie doświadczeń związanych z chorobą własną lub członka rodziny. Ważne znaczenie ma ujawnianie i nazywanie emocji związanych z doświadczeniem choroby, udzielanie sobie wzajemnie wsparcia, dzielenie się wiedzą o chorobach psychicznych. Spotkania grupowe w zależności od potrzeb jej członków mogą mieć charakter psycho-edukacyjny, klubowo-towarzyski, lub terapeutyczny.

Jednak typowe grupy samopomocowe powstają poza instytucjami zajmującymi się profesjonalnie leczeniem i pomaganiem osobom chorym. Rozwój takiej grupy, początkowo nieformalnej, może również prowadzić do przekształcenia się jej w niezależną strukturę formalno-prawną (stowarzyszenie, zrzeszenie). Przykładem może być tu ruch anonimowych alkoholików (AA)³⁵, realizujący dziś w wielu krajach i na wielu kontynentach program zdrowienia oparty o „12 kroków”. Grupy oparte o program 12 kroków tworzone są dziś nie tylko przez alkoholików (AA)

³⁵ http://www.aa.org/pl/aa_FF.html

i ich rodziny (żony AlAnon, dzieci AlAteen), ale także przez osoby zmagające się z różnego rodzaju uzależnieniami, gdzie wspólnym podłożem jest zaburzony mechanizm regulacji emocji. Istnieje wiele rodzajów grup tego typu połączonych ideą anonimowości (np. Anonimowi Alkoholicy, Narkomani, Palacze, uzależnieni od seksu, jedzenia, hazardu, Internetu, zakupów). Program 12 kroków obejmuje zbiór zaleceń, które systematycznie stosowane mają pomóc w procesie zdrowienia. W grupach samopomocowych tego rodzaju uczestnicy w trakcie spotkań (meetingów) mają możliwość podzielenia się swoją historią, doświadczeniem w zmaganiu się z trudnościami, wspierają się nawzajem w procesie zdrowienia. Ważną funkcję pełni sponsor – osoba będąca dłużej w stanie abstynencji lub kontrolowanego zachowania, mająca duże doświadczenie w radzeniu sobie z pojawiającymi się trudnościami.

Obecnie równie dynamicznie zaczynają powstawać stowarzyszenia osób z doświadczeniem choroby psychicznej i ich rodzin. Osoby z doświadczeniem choroby psychicznej, jako „eksperci przez doświadczenie”³⁶ służą innym osobom chorującym pomocą w wychodzeniu z kryzysu psychotycznego. Są też niezastąpionymi edukatorami dla osób przygotowujących się do profesjonalnego świadczenia pomocy osobom z problemami zdrowia psychicznego (studentów medycyny, psychologii, duchownych, pedagogów pracowników socjalnych). Powstają też niezależne od profesjonalistów zrzeszenia byłych pacjentów i zrzeszenia rodzin pacjentów. Również w ramach „samopomocy” członkowie rodzin osób chorujących psychicznie, bądź osoby z doświadczeniem własnym choroby psychicznej samodzielnie lub wspólnie z profesjonalistami w ramach organizacji pozarządowych inicjują powstawanie placówek oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Istotne znaczenie dla rozwoju ruchu samopomocy ma zmiana podejścia do leczenia zaburzeń psychicznych w kierunku nie tylko minimalizowania objawów choroby, ale także wspierania zdrowienia, czyli rozwijania posiadanych zasobów i potencjału dla satysfakcjonującego życia, stawiania i osiągnięcia ważnych celów – mimo choroby.

³⁶ <http://otwartydialog.pl/pl/dzialalnosc-fundacji/projekty/projekty/>

ŹRÓDŁA

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej uchwalona 2 kwietnia 1997 r. przez Zgromadzenie Narodowe (Dz.U. z 1997 r., Nr 78, poz. 483 z późn. zm.)
- Ustawa z 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmu (Dz.U. z 2015 r., poz. 1286)
- Ustawa z 6 kwietnia 1984 r. o fundacjach (Dz.U. z 1991 r., Nr 46 poz. 203 z późn. zm.)
- Ustawa z 7 kwietnia 1989 r. prawo o stowarzyszeniach (Dz.U. z 2015 r., poz. 1393)
- Ustawa z 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2013 r. poz. 594 z późn. zm.)
- Ustawa z 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz.U. z 2004 r., Nr 256, poz. 2572 z późn. zm.)
- Ustawa z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2011r., Nr 231 poz. 1375 z późn. zm.)
- Ustawa z 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U. z 2015 r., poz. 289)
- Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 1997 r. Nr 28 poz. 152)
- Ustawa z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011 r., Nr 127 poz. 721 z późn. zm.)
- Ustawa z 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz.U. 2015 r., poz. 1392)
- Ustawa z 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz.U. z 2013 r., poz. 595 z późn. zm.)
- Ustawa z 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. z 2014 r., poz. 1118 z późn. zm.)
- Ustawa z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2015 r., poz. 163 z późn. zm.)
- Ustawa z 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2015 r., poz. 584)
- Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, (Dz.U. 2015, poz. 581 z późn. zm.)
- Ustawa z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz.U. z 2015 r., poz. 1390)
- Ustawa z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2012 r. poz. 124 z późn. zm.)
- Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta (Dz.U. z 2009 r. Nr 52 poz. 417)
- Ustawa z 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych (Dz.U. z 2015 r., poz. 612 z późn. zm.)
- Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2015r., poz. 618 z późn. zm.)
- Ustawa z 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz.U. z 2011 r. Nr 149 poz. 887)
- Ustawa z 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (nie opublikowana)
- Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z 11 grudnia 2002 r. w sprawie ramowego statutu publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym publicznej poradni specjalistycznej (Dz.U. z 2002 r., Nr 223, poz. 1869 z późn. zm.)

- Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z 25 marca 2004 r. w sprawie warsztatów terapii zajęciowej (Dz.U. z 2004 r. Nr 63, poz. 586, 587)
- Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz.U. z 2005 r. Nr 189, poz. 1598)
- Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z 17 listopada 2010 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. z 2010 r., Nr 228, poz. 1487)
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (Dz.U. z 2010 r, Nr 238 poz. 1586)
- Rozporządzenie Rady Ministrów z 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz.U. z 2011r., Nr 24, poz. 128)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz.U. z 2012 r., poz. 731)
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 14 marca 2012 r. w sprawie mieszkań chronionych (Dz.U. z 2012 r poz. 305)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 13 lipca 2012 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego (Dz.U. z 2012 r. Nr poz. 854)
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 17 lipca 2012 r. w sprawie zakładów aktywności zawodowej (Dz.U. z 2012 r., poz. 850)
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U. z 2012 r. poz. 964)
- Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz.U. z 2013 r., poz. 199)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. z 2013 r., poz. 1386 z późn. zm.)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26 marca 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych (Dz.U. z 2015 r., poz. 458)

III. PODSTAWOWE INFORMACJE O ZABURZENIACH PSYCHICZNYCH I ICH LECZENIU

1. Kryzys i stres a zaburzenia psychiczne

Trudne sytuacje i zdarzenia wywołują negatywne emocje – lęk, napięcie, niepokój, rozdrażnienie, smutek, zniechęcenie, także bezsenność i zmiany apetytu. Zmiany te o charakterze samoistnie przemijających stresowych reakcji emocjonalnych i psychofizjologicznych nie są jeszcze zaburzeniami psychicznymi. Stanowią jednak sygnał ostrzegawczy możliwości wystąpienia zaburzenia.

Przezwyciężenie kryzysu zwiększa zasoby umiejętności radzenia sobie i zdolności adaptacyjne, a więc wzmacnia zasoby zdrowia danej osoby.

Jednak jeśli sytuacja kryzysowa i stres przerasta możliwości adaptacyjne tej osoby uruchamiane są dysfunkcjonalne sposoby radzenia sobie z napięciem psychicznym, np. przez używanie substancji psychoaktywnych, uruchomienie nieświadomych psychologicznych mechanizmów obronnych, lub ucieczkę w samobójstwo. Znacznie nasilony stres lub przewlekłe utrzymywanie się sytuacji trudnej może prowadzić do załamania mechanizmów przystosowawczych i wystąpienia zaburzeń związanych ze stresem, lękowych, nerwicowych, a nawet trwałych zmian osobowości. U osób podatnych (obciążonych genetycznie, po przebytych urazach fizycznych i psychicznych, o słabych umiejętnościach radzenia sobie, pozbawionych wsparcia innych osób, a także używających substancji psychoaktywnych) może pod wpływem sytuacji trudnej dojść do wyzwolenia pierwszego epizodu lub nawrotu choroby psychicznej: schizofrenii, choroby afektywnej (depresji, manii), psychozy urojeniowych lub innej.

Wsparcie udzielane osobom w sytuacjach znacznego obciążenia stresem ma podstawowe znaczenie dla zapobiegania zaburzeniom psychicznym. Podobnie istotne znaczenie ma wspieranie rodziny, która jest najważniejszym naturalnym systemem wsparcia społecznego.

2. Rodzaje zaburzeń psychicznych

2.1. Zaburzenia psychiczne w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego wprowadza podział i precyzuje nazewnictwo zaburzeń psychicznych z uwagi na ich przewidywane w niej konsekwencje prawne. Art. 3 Ustawy posługuje się pojęciem „osoba z zaburzeniami psychicznymi” rozumianym szeroko i obejmującym trzy kategorie zaburzeń:

1. **Osoby chore psychicznie** przez co rozumie się osoby wykazujące zaburzenia psychotyczne.
2. **Osoby upośledzone umysłowo** tzn. z niepełnosprawnością intelektualną.
3. **Osoby z innymi zakłóceniami czynności psychicznych**, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym.

Rozróżnienie wymienionych 3 grup zaburzeń psychicznych ma znaczenie praktyczno prawne. Ustawa odmiennie reguluje dla wymienionych grup kwestie takie jak:

1/ dopuszczalność (po spełnieniu odpowiednich kryteriów) stosowania przymusu bezpośredniego (art18) i badania psychiatrycznego bez zgody (art 21.1) - dotyczy „osób z zaburzeniami psychicznymi”

2/. Przyjęcie bez zgody do szpitala psychiatrycznego (art 22.2a, 23, 29) dotyczy „osób chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo”, natomiast przyjęcie bez zgody do szpitala psychiatrycznego na podstawie art 24 dotyczy „osób z zaburzeniami psychicznymi”

3/ nie pobieranie opłat za udzielanie świadczeń zdrowotnych, oraz za leki i wyroby medyczne w czasie leczenia szpitalnego dotyczy „osób chorych psychicznie i niepełnosprawnych intelektualnie” (art 10)

2.2. Zaburzenia psychiczne w klasyfikacji międzynarodowej ICD 10

W Polsce i Europie używana jest obecnie klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania według rozdziału V, dziesiątej wersji „Międzynarodowej Klasyfikacji Statystycznej Chorób i Problemów Zdrowotnych” (International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems) opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Do głównych kategorii zaburzeń psychicznych i zachowania według ICD-10 należą:

- organiczne zaburzenia psychiczne,
- zaburzenia związane z używaniem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych,
- schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii i urojeniowe,
- zaburzenia nastroju (afektywne), zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną,
- zaburzenia behawioralne, zaburzenia osobowości i zachowania,
- upośledzenie umysłowe, zaburzenia rozwoju psychicznego (psychologicznego),
- zaburzenia zachowania i emocji zaczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym.

3. Objawy zaburzeń psychicznych i zachowania

Sfery biologiczna, psychologiczno–społeczna życia człowieka przenikają się i wzajemnie warunkują. Dlatego zaburzenia psychiczne mogą się przejawiać także

w sferze somatycznej, a choroby somatyczne w sferze psychiki. Objawy te powinny być znane zarówno lekarzom psychiatrom jak i lekarzom ogólnym, innym specjalistom oraz także osobom zawodowo zajmującym się profilaktyką i pomaganiem osobom z zaburzeniami psychicznymi (psychologowie, pielęgniarki, pracownicy socjalni, terapeuci zajęciowi, terapeuci środowiskowi). Wczesne rozpoznawanie objawów zaburzeń psychicznych, udzielanie tym osobom poradnictwa i wsparcia oraz kierowanie do placówek leczenia ma istotne znaczenie dla powstrzymania rozwoju zaburzeń i poprawy stanu zdrowia psychicznego. Objawy zaburzeń psychicznych są niespecyficzne. Oznacza to, że te same objawy np. lęk obniżenie nastroju, urojenia, omamy, zaburzenia pamięci mogą występować w różnych chorobach somatycznych i psychicznych. Dlatego każda osoba przejawiająca wyżej wymienione objawy wymaga diagnozy lekarskiej stanu somatycznego i psychicznego.

3.1. Objawy lżejsze

- lęk – nadmierny do bodźca lub nieuzasadniony, powodujący cierpienie i utrudniający realizację celów życiowych. Może mieć postać:
 - uogólnioną – stale towarzyszącego napięcia, niepokoju, niekiedy ze ściskaniem w gardle, biciem serca, drżeniem lub napięciem mięśni, bólem głowy,
 - napadową – nagłe ataki przerażenia, wrażenia duszenia się, umierania, z przyspieszonym biciem serca,
 - fobiczną – tendencji do unikania sytuacji zapowiadającej pojawienie się lęku (np.: ciasnego pomieszczenia, kontaktu z ludźmi, otwartej przestrzeni),
- natrętne myśli lub czynności powtarzane wielokrotnie, dla rozładowania napięcia, które są nieracjonalne, a trudno się ich pozbyć (np. kilkakrotne sprawdzanie zamknięcia drzwi, obawa zabrudzenia i kilkakrotne mycie rąk),
- drażliwość, wybuchowość, agresywność, chwiejność emocji trudna do opanowania i skontrolowania,
- stany obniżonego nastroju, smutku – nieadekwatne do przyczyny lub występujące bez znanej przyczyny,
- poczucie utraty energii i witalności przy nieobecności choroby somatycznej,
- zmniejszenie lub utrata zdolności do cieszenia się, przeżywania przyjemności,
- spowolnienie psychiczne i ruchowe,
- stałe zaaferowanie przykrymi myślami, nieuzasadniony pesymizm,
- trudności w skupieniu uwagi, łatwe rozpraszenie się,
- trudności z zapamiętywaniem i przypominaniem sobie,
- trudności w podejmowaniu decyzji, rozpoczynaniu i organizowaniu aktywności,
- obniżenie apetytu lub nadmiernie wzmożony apetyt,
- trudności z zasypianiem, sen płytki, budzenie się w nocy lub wcześniej rano, bezsenność całkowita, nadmierna senność w dzień, przykre sny, koszmary,
- nadmierne nieadekwatne podwyższenie nastroju,
- nienaturalne przyspieszenie tempa myślenia, mowy i działania,
- nadmierny nieadekwatny optymizm, lekceważenie niebezpieczeństw,
- lekkomyślność, rozrzutność, pochopne nieprzemyślane decyzje,

- nadmierna ruchliwość, aktywność chaotyczna, nieproduktywna,
- nadmierne kojarzenie faktów, przypisywanie nadmiernego znaczenia przypadkowym zdarzeniom, przypisywanie im szczególnego odniesienia do własnej osoby,
- zmienione percepcje – słyszenie dźwięków, głosów nie istniejących osób, widzenie, odczuwanie nie istniejących przedmiotów i zapachów, smaków – omamy wzrokowe, czuciowe, słuchowe, smakowe, węchowe,
- zmienione, fałszywe sądy, oceny i przekonania utrzymujące się uporczywie mimo dowodów ich błędności, czyli urojenia prześladowcze, oddziaływania, wielkościowe, depresyjne, hipochondryczne.

3.2. Objawy cięższe, sygnalizujące zagrożenie dla chorego lub innych osób

- utrata chęci do życia, pragnienie śmierci, myśli o samobójstwie, zamiary samobójcze,
- niezdolność lub odmowa przyjmowania pokarmów i płynów,
- niezdolność do poruszania się, osłupienie, bezruch,
- utrata kontaktu słownego i innych form porozumiewania się,
- dezorganizacja myślenia, brak logicznego kontaktu słownego,
- brak orientacji, co do miejsca, czasu i sytuacji, w której dana osoba się znajduje,
- niezdolność do zapamiętywania bieżących informacji,
- niezdolność do podejmowania jakiegokolwiek działania,
- niezdolność do podejmowania decyzji, współistnienie sprzecznych pragnień i dążeń,
- podejmowanie działań pod wpływem fałszywych percepcji – głosów (omamy słuchowe), lub fałszywych sądów (urojeń), których dana osoba nie jest w stanie skorygować,
- głosy (omamy słuchowe) imperatywne – nakazy popełnienia samobójstwa, zniszczenia czegoś, uszkodzenia, zabicia kogoś,
- głosy (omamy słuchowe) wypowiadające groźby,
- dziwaczne, niezrozumiałe, nieprzewidywalne zachowanie.

4. Charakterystyka zaburzeń psychicznych na podstawie objawów

4.1. Choroby psychiczne (zaburzenia psychotyczne)

- w chorobie afektywnej dwubiegunowej, albo inaczej maniakalno-depresyjnej występują kilku lub kilkunastotygodniowe stany maniakalne i depresyjne, występujące naprzemiennie po sobie lub przedzielone okresami pełnej równowagi psychicznej,
- depresje charakteryzują – długotrwałe obniżenie nastroju i zdolności do przeżyć przyjemnych, zamartwianie się, skłonność do poczucia winy, negatywne oceny, pesymizm, niechęć do działania i mówienia, spadek wydolności, energii i inicjatywy, spowolnienie, trudności w koncentracji uwagi, utrata chęci do życia, myśli samobójcze, niekiedy urojenia depresyjne,

- w manii występuje nastrój podwyższony nieadekwatnie do sytuacji, wzmożona energia i aktywność, nadmierny optymizm, wielomówność, przyśpieszenie myślenia i ruchów, zawyżone oceny, skłonność do pochopnych, nieprzemyślanych decyzji, niekiedy urojenia maniakalne,
- w schizofrenii pojawiają się nierzeczywiste percepcje słuchowe, wzrokowe, dotykowe, smakowe i węchowe (omamy, halucynacje), a także błędne sądy i interpretacje, których dana osoba nie jest w stanie skorygować (urojenia). Dochodzi do dezorganizacji przeżywania i działania, ambiwalencji, zachowań dziwaczknych i niezrozumiałych, bezruch z mutyzmem (osłupienie). Może wystąpić osłabienie aktywności życiowej, motywacji, zainteresowań, wycofywanie się i izolowanie od otoczenia,
- w zaburzeniach urojeniowych utrzymują się uporczywie fałszywe sądy i błędne interpretacje (urojenia) oraz podejmowane są wynikające z nich działania. Natomiast nie dochodzi do dezorganizacji psychiki i osobowości,
- w innych zaburzeniach psychotycznych występują stany pobudzenia psychoruchowego, omamy, urojenia, lęk, agresja, nieprzewidywalne zachowania,
- w zespole amnestycznym występuje niemożność zapamiętywania bieżących wydarzeń,
- w otępieniu dochodzi w wieku dojrzałym, a najczęściej podeszłym do wtórnej postępującej utraty wydolności pamięci zwłaszcza świeżej, zaburzeń koncentracji uwagi i wydolności funkcji intelektualnych. Towarzyszy temu postępująca utrata sprawności w zakresie codziennych czynności, zaburzenia orientacji, zachowania (nadmierna ruchliwość, pobudzenia, agresja, lub bierność, apatia, utrata zainteresowań, niekiedy epizody urojeń, omamów, zaburzeń świadomości,
- w zaburzeniach świadomości, majaczeniu występuje dezorientacja, co do czasu, sytuacji i miejsca, a w zaburzeniach głębszych, co do własnej osoby, zaburzenia percepcji – omamy wzrokowe, zaburzenia koncentracji uwagi, pamięci, kontaktu z otoczeniem.

4.2. Niepełnosprawność intelektualna

Jest stanem zahamowania rozwoju poznawczego, intelektualnego i psychicznego od okresu wczesno rozwojowego. Objawia się różnego stopnia obniżeniem pamięci, zdolności myślenia (przetwarzania informacji) i uczenia się (nabywania nowych informacji) z równoczesnym opóźnieniem rozwoju psychoruchowego, zmianami emocjonalnymi i zachowania, oraz trudnościami w zdobyciu wykształcenia i społecznym przystosowaniu.

4.3. Inne zakłócenia czynności psychicznych

Inne zakłócenia, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych wymagających świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki:

- zaburzenia związane ze stresem i adaptacyjne – napięcie, drażliwością, obniżeniem nastroju, stanami lęku, obaw, negatywnych emocji i przeżyć skoncentrowa-

- nych wokół traumatycznego zdarzenia, trudnej sytuacji lub konfliktu,
- zaburzenia lękowe - długotrwały, bezprzyczynowy lęk rozlany, napady lęku, a także fobie,
 - w nerwicy natręctw występują natrętnie nawracające myśli, obawy, przymus wykonywania zbędnych czynności, rytuałów,
 - zaburzenia dysocjacyjne i konwersyjne - utraty pamięci, stany osłupienia (bezruch z brakiem kontaktu słownego), drgawki, zaburzenia ruchu i czucia, nie związane z chorobą somatyczną,
 - zaburzenia somatyzacyjne - różnorodne uporczywe objawy somatyczne niezajdujące potwierdzenia w wynikach badania fizykalnego i badań dodatkowych.
 - zaburzenia odżywiania - utraty apetytu lub powstrzymywania się od jedzenia (anoreksja), a także nadmiernego apetytu i objadania się (bulimia), w postaci izolowanej lub towarzyszącej innym zaburzeniom psychicznym,
 - zaburzenia snu - trudności z zasypianiem, budzenie się w nocy, budzenie się przedwczesne, skrócenie snu, nadmierna senność, w przebiegu wielu zaburzeń psychicznych i somatycznych lub niezależnie od nich,
 - zaburzenia związane z używaniem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych (leków, narkotyków) - powtarzające się stany intoksykacji, zespół uzależnienia, wtórne zaburzenia zachowania i emocji, pamięci, depresyjne, lekowe, urojeńowe, otępienie, stany afektywne i psychozy.

Zespół uzależnienia cechuje przemożna potrzeba przyjmowania substancji, upośledzona zdolność kontroli jej przyjmowania, przyjmowanie substancji mimo ponoszonych szkód, a także kosztem zaniedbania innych ważnych spraw życiowych, zmniejszenie tolerancji i potrzeba podnoszenia dawki substancji, pojawianie się psychicznych i somatycznych objawów po odstawieniu (objawy abstynencyjne).

W zaburzeniach osobowości i zachowania u dorosłych występują trwale od okresu dojrzewania nie przystosowawcze (dysfunkcjonalne) wzorce przeżywania i zachowania, przejawiające się w sferze: poznawczej, emocjonalnej, kontroli impulsów, nawyków i popędów oraz w relacjach z innymi ludźmi. Powodują one indywidualne cierpienie lub niepożądany wpływ na otoczenie.

5. Specyfika zaburzeń psychicznych w poszczególnych okresach życia

W związku ze specyfiką uwarunkowań i ryzyka występowania zaburzeń psychicznych w różnych okresach życia człowieka Ustawa zasadnicza wyróżnia szczególne potrzeby w zakresie ochrony zdrowia „dzieci, kobiet ciężarnych i osób w podeszłym wieku” a ustawa o ochronie zdrowia psychicznego wymienia „dzieci, młodzież i osoby starsze”, jako należące do grup, wobec których przede wszystkim są podejmowane działania zapobiegawcze w zakresie ochrony zdrowia psychicznego.

5.1. Dzieciństwo i wiek młodzieńczy

Są okresem, w którym ujawniają się wpływy genetyczne i środowiskowe (zwłaszcza środowiska rodzinnego) na procesy rozwojowe i stan zdrowia psychicznego. Do za-

burzeń psychicznych w okresie dzieciństwa należą zaburzenia rozwoju psychicznego, w tym zaburzenia specyficzne: rozwoju mowy i języka, umiejętności szkolnych, funkcji motorycznych oraz zaburzenia całościowe: autyzm, zespół Retta i Aspergera, a także zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynających się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym: zaburzenie hiperkinetyczne (zespół nadpobudliwości psychoruchowej), zaburzenia zachowania, zaburzenia zachowania i emocji, zaburzenia lękowe (uogólnione, lęk separacyjny, społeczny, foniczny), zaburzenia funkcjonowania w tym zaburzenia kontroli zwieraczy, zaburzenia przywiązania, mutyzm wybiórczy, tiki, jąkanie, zaburzenia odżywiania. W okresie tym rozpoznawane jest też upośledzenie umysłowe.

5.2. Okres ciąży i około porodowy

Wiąże się ze zwiększonym ryzykiem doświadczeń urazowych. Zwłaszcza w okresie poporodowym występują liczne czynniki biologiczne i psychologiczno-społeczne o znaczącym wpływie na stan emocjonalny kobiety. Są to zmiany hormonalne, masy ciała, wyglądu, zmiana roli społecznej, konfrontacja z zadaniami macierzyńskimi, deprywacja snu, wysiłek i przeżycia związane z karmieniem i pielęgnowaniem dziecka. Czynniki te sprawiają, że okres ciąży i poporodowy związany jest ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia zaburzeń psychicznych lub nawrotu wcześniej leczonej choroby psychicznej. Istotnymi czynnikami ryzyka zaburzeń psychicznych okresu ciąży i poporodowego są też wcześniejsze utraty perinatalne, powikłania ciąży, choroby matki, płodu i noworodka, porody przedłużone, powikłane i zabiegowe, a także brak wsparcia społecznego i trudna sytuacja życiowa matki.

Najczęstszymi zaburzeniami psychicznymi w okresie poporodowym są zaburzenia swoiście związane ze stresem okołoporodowym w postaci ostrej lub przewlekłej reakcji na stres, niekiedy z objawami dysocjacyjnymi, a także tematycznie skoncentrowane na dziecku zaburzenia lękowe, obsesyjno-kompulsyjne oraz zakłócenia relacji matka – dziecko. Mogą wystąpić poważne zaburzenia psychiczne – depresje, psychozy, schizofrenia (pierwsze epizody lub nawroty) związane z ryzykiem samobójstwa.

5.3. Wiek podeszły

To okres licznych zmian życiowych i doświadczeń traumatycznych (przejście na emeryturę, odejście dzieci z domu, utrata statusu społecznego i materialnego, choroby i zgony osób bliskich, pogorszenie własnego zdrowia i zmniejszenie sprawności percepcyjnej (wzroku, słuchu) i ruchowej. Wszystkie te czynniki stanowią ryzyko wystąpienia zaburzeń związanych ze stresem, lękowych, depresyjno-lękowych i nerwicowych. Ponadto w okresie tym zwiększa się zachorowalność na choroby układu sercowo naczyniowego, miażdżycę, cukrzycę, choroby tarczycy, nowotwory i choroby zwyrodnieniowe układu nerwowego. Wiąże się to ze zwiększoną zachorowalnością na organiczne zaburzenia psychiczne, zwłaszcza otępienia, depresje, zaburzenia świadomości, zaburzenia afektywne i psychozy.

Promocja i ochrona zdrowia psychicznego oraz psychiatryczna opieka środowiskowa nad osobami w wieku rozwojowym, podeszłym i kobietami w okresie

cięży i poporodowym z uwagi na swą specyfikę powinny być przedmiotem odrębnego opracowania.

6. Podstawowe zasady leczenia zaburzeń psychicznych

Podstawowymi zasadami w leczeniu zaburzeń psychicznych są:

- 1) Wczesne rozpoznawanie i leczenie.
- 2) Zapobieganie nawrotom.
- 3) Indywidualny dobór metody leczenia i wielostronność oddziaływań.
- 4) Edukacja pacjenta i rodziny oraz ich aktywny udział w leczeniu.
- 5) Wspieranie zdrowienia i uczestnictwa w życiu rodzinnym i społecznym.
- 6) Preferowanie terapii w środowisku domowym zamiast w szpitalu.

6.1. Wczesne rozpoznawanie i leczenie zaburzeń psychicznych

Ma istotne znaczenie dla ich wyleczenia lub zminimalizowania niepełnosprawności z nimi związanej. Objawy zaburzeń psychicznych zwłaszcza na początku choroby, mogą być niespecyficzne jak np.: stany napięcia, lęku, zmęczenie, drażliwość, zmiana zainteresowań, trudności w porozumiewaniu się z innymi ludźmi, zaburzenia snu, zmiany apetytu, trudności z podejmowaniem decyzji. Przy poważniejszych zaburzeniach pojawiają się dziwaczne, niezrozumiałe wypowiedzi i zachowania, zwiększona skłonność do kojarzenia nawet odległych faktów. Dziwne doznania słuchowe, wzrokowe, czuciowe, zanik aktywności, zaniedbywanie codziennych obowiązków, wyglądu, izolowanie się od otoczenia. Wystąpienie tych objawów wymaga konsultacji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub psychiatry, ewentualnie psychologa w poradni zdrowia psychicznego. Większość zaburzeń psychicznych może być leczonych w poradni, przy znacznym nasileniu objawów wskazane jest leczenie w oddziale dziennym lub przyjęcie do szpitalnego oddziału psychiatrycznego całodobowego. Odpowiednio wczesne rozpoczęcie leczenia w poradni pozwala uniknąć leczenia szpitalnego. Podobnie jest przy nawrotach choroby psychicznej – wczesne rozpoznanie wymienionych wyżej niespecyficznych zwiastunów nawrotu i podjęcie leczenia w poradni pozwoli uniknąć leczenia szpitalnego.

Warunkami dla wczesnego rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych jest:

- 1) Upowszechnianie rzetelnej wiedzy i obalenie fałszywych stereotypów na temat zaburzeń psychicznych i ich leczenia.
- 2) Zwiększenie dostępności świadczeń ambulatoryjnych i dziennych lecznictwa psychiatrycznego, zwłaszcza pomocy doraźnej.
- 3) Zmniejszenie bariery lęku przed kontaktem z lecznictwem psychiatrycznym wynikającej z błędnego obrazu osób chorujących psychicznie i psychiatrii.

6.2. Zapobieganie nawrotom

Nawroty choroby psychicznej mogą wystąpić po kilku, kilkunastu miesiącach, niekiedy latach od pełnego zdrowia. Tak dzieje się w przypadku schorzeń

z grupy schizofrenii, niektórych rodzajów depresji (depresja nawracająca), w chorobie dwubiegunowej (maniakalno-depresyjnej). W zapobieganiu nawrotom skuteczne jest przyjmowanie leków psychotropowych zapobiegających nawrotom, a także psychoterapia, psychoedukacja, treningi umiejętności społecznych i radzenia sobie z chorobą. Pacjent i rodzina powinni być wyposażeni w wiedzę o chorobie, jej objawach, czynnikach ryzyka nawrotu, zwiastunach nawrotu, specyfice działania leków i objawach niepożądanych oraz sposobach postępowania w razie ich wystąpienia.

Leki zapobiegające nawrotom powinno się przyjmować pod kontrolą lekarza przez 1-3 lat po pierwszym epizodzie choroby, przez 3-5 lat po drugim epizodzie, a po trzecim epizodzie stale. Istotne w zapobieganiu nawrotom są warunki życia chorego: atmosfera życzliwości i akceptacji w rodzinie, kręgu przyjaciół i znajomych, uregulowany tryb życia, możliwość wykonywania pracy zawodowej lub innego codziennego zajęcia, odpowiednie zagospodarowanie czasu wolnego, dostęp do różnorodnych form rekreacji, kultury i rozrywki. Leczenie zapobiegające nawrotom nie powinno utrzymywać pacjenta w roli chorego. Chodzi o wyposażenie osoby po przebytych epizodzie psychozy czy depresji, jako osoby podatnej na nawrót choroby, w środki zapobiegające temu nawrotowi, a także wiedzę jak tymi środkami się posługiwać. Leczenie zapobiegające nawrotom nie ma być barierą, lecz wsparciem w prowadzeniu normalnego życia. Wymaga ono jednak aktywnego zaangażowania i współpracy chorego i jego środowiska.

6.3. Indywidualny dobór metody leczenia i wielostronność oddziaływań

Wybór metody leczenia zależy od diagnozy. Jeżeli zaburzenia psychiczne są przejawem lub następstwem choroby somatycznej np. choroby serca, endokrynologiczne, cukrzyca, nadciśnienie, schorzenia neurologiczne - podstawowe znaczenie ma leczenie choroby somatycznej (internistyczne, neurologiczne), a leki psychotropowe mają znaczenie wspomagające, objawowe.

W leczeniu zaburzeń i chorób psychicznych, niezwiązanych z chorobą somatyczną stosuje się metody biologiczne (farmakoterapia, leczenie elektrowstrząsowe, fototerapia) i metody psychospołeczne (psychoterapia, socjoterapia, treningi, terapia zajęciowa). Metody te nie wykluczają się wzajemnie, lecz uzupełniają. Należy jednak łącząc te metody dobrać je odpowiednio do rodzaju zaburzeń, etapu choroby, problemów psychologicznych, rodzinnych, socjalnych i opiekuńczo-pielęgniacyjnych pacjenta. Dlatego w pracy zespołu terapeutycznego konieczny jest udział wielu profesjonalistów - lekarza, psychologa, pracownika socjalnego, psychoterapeuty, terapeuty zajęciowego, pielęgniarki i pracownika (terapeuty) środowiskowego. Tworzenie i ewaluowanie planu terapeutycznego powinno się odbywać w zespole z udziałem pacjenta, a o ile to możliwe także jego rodziny i bliskich.

6.4. Psychoedukacja i aktywny udział pacjenta i rodziny w terapii

Realizacja długoterminowego planu terapii zwłaszcza w chorobach przewlekających się, upośledzających funkcjonowanie, a także w chorobach przebiegają-

cych nawrotowo wymaga świadomego udziału i aktywnego zaangażowania pacjenta i jego rodziny. Dlatego bardzo ważną rolę w leczeniu psychiatrycznym odgrywa psychoedukacja rozumiana, jako proces nabywania przez pacjenta i jego rodzinę wiedzy o chorobie i jej leczeniu. Psychoedukacja to także zdobywanie umiejętności korzystania z doświadczeń związanych z przebytymi zaburzeniami dla lepszego kontrolowania przebiegu choroby i radzenia sobie w życiu mimo obciążeń z nią związanych. Ważną rolę odgrywa umiejętność dzielenia się wiedzą, doświadczeniem wyniesionym z choroby (własnej lub członka rodziny) oraz siłą i nadzieją na odzyskanie zdrowia z innymi osobami również doświadczonymi chorobą psychiczną własną lub bliskiej osoby. Dlatego dobrze jest, jeśli zajęcia psychoedukacyjne prowadzone przez profesjonalistę pełniącego rolę eksperta odbywają się w grupie, w której pacjenci (lub członkowie rodzin) dzielą się wzajemnie swym doświadczeniem związanym z chorobą psychiczną i udzielają sobie nawzajem wsparcia.

6.5. Wspieranie zdrowia i uczestnictwa w życiu rodzinnym i społecznym

Proces rozwoju choroby i mechanizmy kształtowania się jej objawów nazywamy patogenezą. W ostatnich dekadach zaczęto zwracać większą uwagę na proces zdrowienia, w którym istotne znaczenie ma umacnianie potencjału i wzbogacanie zasobów zdrowia. Proces umacniania zdrowia i wzbogacania jego zasobów nazywa się salutogenezą. Przy podejściu salutogenetycznym budowanie zasobów zdrowia psychicznego jest równie ważne jak eliminowanie objawów choroby. Przez analogię do chorób infekcyjnych – można podawać dziecku antybiotyki, aby zniszczyć bakterie, ale równie ważne jest wzmacnianie organizmu i jego układu immunologicznej odporności, aby mógł on sam pokonywać infekcje. W przypadku chorób psychicznych takim wzmacnianiem zasobów zdrowia psychicznego jest zdobywanie i usprawnianie umiejętności komunikacyjnych i społecznych, budowanie dobrych relacji z innymi ludźmi, zagospodarowywanie czasu wolnego, różne formy uczestnictwa w życiu społecznym (poprzez pracę, hobby, rozrywkę, uczestniczenie w życiu kulturalnym i religijnym) innymi słowy budowanie zdrowego życia niezależnie, albo mimo choroby. Podstawą do tak rozumianego zdrowienia jest wsparcie osób bliskich z rodziny, otoczenia i pomoc profesjonalistów, akceptacja faktu choroby, odzyskiwanie poczucia własnej wartości i skuteczności oraz nadziei i sensu życia. Ważne znaczenie ma zdobywanie umiejętności stawiania sobie realnych i satysfakcjonujących celów życiowych i czerpanie satysfakcji z ich realizacji.

6.6. Terapia w środowisku domowym zamiast szpitalnym

Zaburzenia psychiczne powstają i wyrażają się w interakcji człowieka i jego społecznego otoczenia. Terapia ma na celu przywrócenie zakłóconej komunikacji i interakcji pomiędzy chorym i jego społecznym otoczeniem. Dlatego długotrwałe oderwanie pacjenta od jego środowiska, poprzez umieszczenie w szpitalu, może wpływać niekorzystnie na skuteczność leczenia, a nawet pogłębiać zaburzenia. Jeśli w ostrym okresie choroby ze względów bezpieczeństwa wskazana jest izolacja chorego w szpitalu, należy uważać, aby nie przedłużać jej ponad konieczny okres.

Wspieranie zdrowienia po przebytych epizodach zaburzeń psychicznych wymaga współpracy pacjenta, rodziny i wieloprofesjonalnego zespołu terapeutycznego, towarzyszenia pacjentowi w jego realnym życiu, współpracy z instytucjami pozamedycznymi udzielającymi chorym pomocy i wsparcia koniecznego do życia w środowisku rodzinnym i społecznym (pomoc społeczna, instytucje samorządowe, rynku pracy, organizacje pozarządowe). Stąd w leczeniu psychiatrycznym preferowane są różne formy leczenia środowiskowego z tendencją do ograniczania leczenia szpitalnego do niezbędnego minimum.

7. Metody leczenia psychiatrycznego

7.1. Leczenie biologiczne

Podstawową metodą leczenia biologicznego zaburzeń psychicznych jest leczenie farmakologiczne za pomocą leków psychotropowych. Skuteczną, ale obecnie rzadziej stosowaną metodą jest terapia elektrowstrząsowa. Nową metodą leczenia biologicznego jest terapia światłem – fototerapia, a także stymulacja elektromagnetyczna.

Leki psychotropowe

Do leków psychotropowych zaliczamy leki eliminujące objawy zaburzeń psychicznych. Można podzielić je na następujące grupy:

- leki przeciwłękowe, uspokajające i nasenne,
- przeciwdepresyjne,
- przeciwpsychotyczne,
- stabilizujące nastrój,
- prokognitywne, czyli podtrzymujące funkcje poznawcze.

Leki przeciwłękowe, uspokajające i nasenne zmniejszają niepokój, napięcie psychiczne i lęk, ułatwiają zasypianie. Stosowane w medycynie ogólnej i psychiatrii, jako wspomagające w leczeniu zaburzeń somatycznych i psychicznych związanych ze stresem, także w zaburzeniach lękowych i zaburzeniach snu. Należy je stosować ściśle według zaleceń lekarza, gdyż mogą powodować uzależnienie. Sygnałem uzależnienia jest potrzeba sięgania po lek częściej i w większych dawkach niż zalecił to lekarz.

Leki przeciwdepresyjne poprawiają obniżony nastrój i nąpeć, zmniejszają napięcie i lęk, poprawiają sen. Nie powodują uzależnienia. Różnią się mechanizmem i profilem działania (uspokajające, przeciwłękowe lub stymulujące nąpeć i aktywność). Dlatego należy je stosować ściśle według zaleceń lekarza. Leki przeciwdepresyjne o budowie trójpierścieniowej były najwcześniej wprowadzone do lecznictwa (lata 50. XX wieku). Obecnie są rzadziej stosowane, z powodu objawów niepożądanych wegetatywnych. Leki z grupy inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny mają krótszą historię stosowania niż leki trójcykliczne, ale podobną skuteczność i są bezpieczniejsze. Stymulują wybiórczo układ serotoninowy zwłaszcza

w układzie limbicznym mózgu. Inne leki przeciwdepresyjne to nowsze leki o różnych mechanizmach działania.

Leki przeciwpsychotyczne powodują ustępowanie objawów psychotycznych – omamów i urojeń. Niektóre z nich działają uspokajająco, inne – przeciwdepresyjnie i aktywizująco. Pierwszy lek przeciw psychotyczny wprowadzono do leczenia na początku lat 50 ubiegłego wieku. Leki te skracając czas leczenia szpitalnego umożliwiły wprowadzenie terapii psychospołecznej poza szpitalem. Mogą być podawane doustnie i domięśniowo. Wygodną formą są iniekcje o przedłużonym działaniu podawane co 2 tygodnie. Są bardzo skuteczne, ale mogą wywoływać działania niepożądane w postaci sennaści, spowolnienia, ruchów mimowolnych, usztywnienia i skurczów mięśni. Istnieją również leki przeciwpsychotyczne nowszej generacji. Są podobnie skuteczne jak leki klasyczne. Wywołują mniej objawów niepożądanych w zakresie układu nerwowo mięśniowego, wpływają korzystnie na funkcje poznawcze. Ale niektóre z nich mogą powodować przyrost masy ciała, hiperprolaktynemię. Leczenie powinno być prowadzone pod kontrolą lekarza.

Leki stabilizujące nastrój są to leki zapobiegające nawrotom depresji i manii w chorobie afektywnej dwubiegunowej. Ostatnio zauważono, że w terapii długoterminowej niektóre leki przeciwpsychotyczne nowej generacji wykazują także działanie stabilizujące nastrój.

Leki prokognitywne są to leki, których działanie hamuje pogarszanie się funkcji poznawczych (pamięci, zdolności uczenia się) w przypadkach schorzeń neurodegeneracyjnych mózgu (choroba Alzheimera i inne postacie otępienia). Należą do nich leki zwiększające zasoby acetylocholinę w mózgu.

Elektrowstrząsy są skuteczną metodą leczenia, ratującą życie w przypadkach zagrożenia samobójstwem lub odmową jedzenia i picia, a także wtedy, gdy farmakoterapia jest nieskuteczna. Zabieg wykonywany w znieczuleniu ogólnym, polega na stymulacji elektrycznej ośrodkowego układu nerwowego. Wymaga odrębnej zgody pacjenta.

Fototerapia – terapia światłem jest stosowana w depresji sezonowej, której nawroty jesienią i zimą są, jak się przypuszcza, związane z niedostateczną w tych porach roku ekspozycją ustroju na światło dzienne. Polega na codziennej ekspozycji chorego na emitowane przez specjalną lampę światło widzialne o natężeniu 2,5 do 10 000 luksów.

7.2. Terapeutyczne oddziaływania psychospołeczne

Przydatność oddziaływań psychologicznych, społecznych i środowiskowych w terapii i rehabilitacji psychiatrycznej jest współcześnie wysoko oceniana. Dotyczy to wszystkich zaburzeń i chorób psychicznych. Rodzaj oddziaływań czas ich trwania i forma są dobierane w zależności od rodzaju schorzenia i etapu jego przebiegu, indywidualnych cech i problemów pacjenta. W niektórych schorzeniach np. zaburzenia związane ze stresem, nerwicowe, osobowości, niektóre depresje, zaburzenia lękowe, zaburzenia jedzenia, uzależnienia od substancji psychoaktywnych i hazardu.

du oddziaływania psychologiczno-społeczne a zwłaszcza psychoterapia mają znaczenie podstawowe, a leczenie farmakologiczne jedynie znaczenie wspomagające. Terapia tych zaburzeń prowadzona jest w specjalnych ośrodkach psychoterapii np.: całodobowe i dzienne oddziały leczenia zaburzeń nerwicowych i osobowości, oddziały i ośrodki terapii uzależnienia alkoholowego, oddziały i ośrodki leczenia uzależnień. W innych schorzeniach takich jak schizofrenia zaburzenia urojeniowe, zaburzenia afektywne jedno i dwubiegunowe podstawowe znaczenie ma farmakoterapia, ale równoczesne stosowanie odpowiednio dobranych form psychoterapii, psychoedukacji, socjoterapii i treningów poprawia skuteczność leczenia farmakologicznego. Zwłaszcza w okresie po ustąpieniu ostrych objawów (psychotycznych, maniakalnych, depresyjnych) psychoedukacja, psychoterapia i terapia społeczna są podstawą dla dalszego zdrowienia pacjenta i poprawy jakości życia jego rodziny.

Do metod psychospołecznych stosowanych w terapii psychiatrycznej zaliczamy:

- Poradnictwo i pomoc psychologiczną.
- Psychoterapię – planowy proces terapeutyczny, w którym metodą leczniczą jest oddziaływanie psychologiczne w relacji indywidualnej lub grupowej z psychoterapeutą. Psychoterapie prowadzą osoby (psychoterapeuci) posiadające odpowiednie wykształcenie (certyfikat psychoterapeuty). W warunkiem skuteczności psychoterapii jest motywacja pacjenta do zmiany i aktywne zaangażowanie się we współpracę z terapeutą lub grupą terapeutyczną. Istnieje kilka kierunków i metod oddziaływań psychoterapeutycznych, które są dobierane w zależności od diagnozy psychologicznej i psychiatrycznej (psychoterapia poznawczo behawioralna, psychodynamiczna, psychoanalityczna, integratywna, interpersonalna i inne).
- Psychoedukację pacjenta i jego rodziny – przekazywanie wiedzy o chorobie, objawach, metodach leczenia, objawach niepożądanych farmakoterapii, sposobach radzenia sobie z objawami, dostępnych placówkach terapeutycznych, rehabilitacyjnych i wsparcia, prawach pacjenta, przysługujących świadczeniach, możliwościach zatrudnienia chronionego.
- Treningi umiejętności (podstawowych umiejętności życiowych, umiejętności komunikacyjnych, społecznych, radzenia sobie w sytuacjach trudnych emocjonalnie, rozwiązywania problemów).
- Treningi funkcji poznawczych.
- Terapię zajęciową – rękodzielnictwo, zajęcia kulinarne, plastyczne, majsterkowanie, arteterapia, biblioterapia, terapia ruchem i tańcem, muzykoterapia, psychorysunek.
- Socjoterapię: społeczność terapeutyczna, różne zajęcia grupowe, konkursy, wycieczki, wieczorki, spotkania, zajęcia rekreacyjne, sportowe, kulturalno- oświatowe.

8. Niepełnosprawność spowodowana zaburzeniami psychicznymi

Zaburzenia psychiczne, zwłaszcza o przebiegu nawrotowym lub przewlekłym mogą być przyczyną niepełnosprawności i częściowej lub całkowitej niezdolności do pracy zarobkowej (niepełnosprawność lekka lub umiarkowana). Przy znacznej niepełnosprawności występuje także niezdolność do samodzielnego zaspokajania codziennych życiowych potrzeb i konieczność stałej pomocy drugiej osoby. Przyczyną niepełnosprawności w chorobach psychicznych może być przewlekłe utrzymywanie się resztkowych objawów depresyjnych, lękowych, urojeniowych, omamów, utraty napędu, inicjatywy i motywacji. Spadek aktywności, a także duża wrażliwość na bodźce powodująca szybką destabilizację stanu psychicznego przy niewielkich nawet obciążeniach. Objawy te mogą utrzymywać się mimo leczenia, a niektóre objawy polekowe, mogą dodatkowo utrudniać funkcjonowanie osoby z zaburzeniami psychicznymi.

Osoby z zaburzeniami psychicznymi mogą wymagać szczególnej pomocy w uzyskaniu należnych im świadczeń: zaświadczeń o stanie zdrowia, orzeczenia o niepełnosprawności, rehabilitacji, renty ZUS lub zasiłku z pomocy społecznej.

Osoby z niepełnosprawnościami z powodu zaburzeń psychicznych powinny być objęte gminnymi i powiatowymi programami pomocy niepełnosprawnym na ogólnych zasadach przy uwzględnieniu specyfiki ich niepełnosprawności. Problemem specyficznym, spotykanym przy pomaganiu osobom z niepełnosprawnościami z powodu zaburzeń psychicznych w dostosowaniu się do życia w środowisku jest związana z tymi zaburzeniami bezradność i niezdolność, a niekiedy negatywna lub urojeniowa niechęć do podejmowania decyzji i załatwiania własnych spraw socjalno-bytowych. Niejednokrotnie dla pozyskania współpracy osoby z zaburzeniami psychicznymi w zakresie załatwienia spraw związanych z jej zabezpieczeniem socjalnym trzeba wykonać z tą osobą olbrzymią pracę edukacyjną, motywacyjną, zanim podejmie się decyzję o działaniu bez zgody tej osoby, takim jak sądowe umieszczenie w domu pomocy społecznej.

Ważnym obszarem działania obok pomocy w codziennych czynnościach życiowych jest aktywizacja społeczna i zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi i orzeczeniem niepełnosprawności, a także przyznaniem świadczeniem finansowym. Osoby te nie powinny być pozostawione same sobie, lecz powinny otrzymać ofertę rehabilitacji i aktywizacji, w odpowiednich placówkach, tak, aby miały szanse readaptacji do zatrudnienia na rynku pracy. Z uwagi na specyfikę dysfunkcji powodowanej zaburzeniami psychicznymi ustawa o ochronie zdrowia psychicznego zalicza do szczególnych zadań ochrony zdrowia psychicznego obok „zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnej opieki zdrowotnej” także zapewnienie „innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym”. To drugie zadanie przydzielone jest samorządom gmin-

nym i powiatowym do realizacji w ramach zadań własnych i zadań zleczanych przez administrację rządową.

9. Przeszkody w podejmowaniu leczenia zaburzeń psychicznych

Podstawowymi przeszkodami w podejmowaniu leczenia zaburzeń psychicznych jest brak wiedzy i informacji na temat ich objawów, możliwości skutecznego leczenia oraz lęk przed kontaktem z placówkami psychiatrycznymi. Lęk ten spowodowany jest rozpowszechnieniem w społeczeństwie błędnych negatywnych przekonań i postaw (stereotypów) na temat chorób, chorych psychicznie. Wbrew współczesnej wiedzy i praktyce, choroby psychiczne są nadal często spostrzegane, jako wstydlive, beznadziejne i nieuleczalne. Chorzy, jako osoby niebezpieczne i godne pogardy, których należy unikać. Powoduje to obawę przed kontaktem z lecnictwem psychiatrycznym, jako nieodwracalnie stygmatyzującym i skazującym na społeczne wykluczenie. Tymczasem większość zaburzeń psychicznych rozpoznanych odpowiednio wcześnie, można dziś skutecznie wyleczyć. Obawy przed chorobą psychiczną powodują, że w wielu przypadkach leczenie jest podejmowane z opóźnieniem, gdy choroba jest już rozwinięta i trudniejsza do opanowania niż na początku. Problem stygmatyzacji i dyskryminacji chorych psychicznie i psychiatrii jest na tyle poważny, a negatywne postawy tak rozpowszechnione, że ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, jako trzecie zadanie ochrony zdrowia psychicznego w Polsce wymienia *„kształtowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji”*.

Ponadto poważną barierę stanowi ciągle jeszcze niewystarczająca dostępność różnych placówek leczenia psychiatrycznego, zwłaszcza poradni i innych form leczenia w środowisku poza szpitalnym. Długie oczekiwanie na przyjęcie w poradni powoduje zaostrzenie objawów i hospitalizację psychiatryczną, której można byłoby uniknąć, gdyby pacjent wcześniej mógł dostać się do lekarza czy psychologa w poradni.

Szczególną trudnością jest niedostateczna wiedza o chorobie połączona z brakiem wglądu i krytycyzmu do jej objawów u chorego, który podobnie jak rodzina zaprzecza i wypiera ze świadomości możliwość choroby psychicznej. Utrudnia to decyzję o zgłoszeniu się do placówki medycznej i opóźnia moment rozpoznania choroby i rozpoczęcia leczenia. Dlatego ważną rolę odgrywają osoby z najbliższej rodziny chorego, które jako pierwsze mogą zauważyć jego niepokojące wypowiedzi, czy zmiany zachowania. Pomocna tu jest, wprowadzana ostatnio w Polsce, metoda otwartego dialogu, w której w pierwszej interwencji kluczową rolę odgrywa rozmowa z chorym o problemach chorego w gronie, w którym równoprawnymi uczestnikami są chory, jego rodzina i inne osoby z otoczenia społecznego oraz profesjonalści.

10. Postępowanie bez zgody pacjenta w leczeniu zaburzeń psychicznych

10.1. Prawa człowieka i prawa pacjenta

Prawa człowieka przysługują każdemu człowiekowi od urodzenia; wynikają z jego godności ludzkiej. Podstawowymi prawami człowieka są prawo do życia, do wolności i do poszukiwania szczęścia. Samostanowienie w sprawach osobistych, w tym w sprawach zdrowia jest związane z prawem do wolności, a więc jednym z trzech wymienionych fundamentalnych praw człowieka. Wynika stąd, że pacjent ma prawo do wyrażenia zgody lub odmowy zgody na udzielanie mu świadczeń zdrowotnych.

Na płaszczyźnie międzynarodowej prawa człowieka są chronione przez: Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych, a w Europie przez Europejską Konwencję o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności. Do praw osób chorujących psychicznie odnosi się również Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych.

W Polsce ochrona praw człowieka w odniesieniu do pacjentów w systemie ochrony zdrowia jest gwarantowana w Konstytucji RP, ustawie o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. Ustawa ta gwarantuje między innymi prawa pacjenta do: uzyskania świadczeń zdrowotnych, uzyskania informacji i wyrażenia zgody na udzielanie mu świadczeń, do zgłoszenia sprzeciwu, odwołania się do rzecznika praw pacjenta, otrzymania odszkodowania i zadośćuczynienia.

10.2. Prawo do samostanowienia w kwestiach zdrowia i jego ograniczenia

Prawo każdego pacjenta do samostanowienia w kwestiach swego zdrowia jest gwarantowane także w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, która stanowi, że lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, po wyrażeniu przez pacjenta zgody ustnej lub gdy zachowanie pacjenta niewątpliwie wskazuje na jego wolę poddania się procedurze medycznej (art. 32). Jednak, w przypadku zabiegu operacyjnego lub innego świadczenia o podwyższonym ryzyku (w psychiatrii są to elektrowstrząsy i punkcja lędźwiowa) – zgoda powinna być wyrażona na piśmie, a pacjent odpowiednio poinformowany (art. 34). W przypadku pacjentów małoletnich, ubezwłasnowolnionych lub z innych przyczyn niezdolnych do wyrażenia świadomej zgody – zgody tak ustnej jak i pisemnej udziela przedstawiciel ustawowy lub sąd opiekuńczy.

Zgodnie z art.192 Kodeksu karnego zabieg leczniczy wykonany bez zgody pacjenta stanowi występki ścigany na wniosek pokrzywdzonego.

Kodeks etyki lekarskiej (art. 15 ust. 1) przewiduje zgodę pacjenta – jako czynnik, który sankcjonuje moralnie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze.

Istnieją jednak sytuacje, gdy dozwolone jest i prawnie usankcjonowane ograniczenie samostanowienia w kwestiach zdrowia. Sytuacje takie mają miejsce, gdy brak zgody pacjenta na określone postępowanie medyczne narusza prawa innych osób lub sprawia, że zagrożone może być ogólne bezpieczeństwo i porządek praw-

ny (warunki postępowania bez zgody pacjenta w tych sytuacjach określają ustawy: o chorobach zakaźnych, alkoholizmie, narkomanii, ochronie zdrowia psychicznego).

Ponadto według Ustawy o zawodzie lekarza, badanie lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego bez zgody pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub sądu – jest dopuszczalne, jeżeli pacjent ten wymaga niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym (art. 33 ust. 1). Ponadto art. 34 ust. 7 mówi, że lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metody leczenia lub diagnostyki stwarzające dla pacjenta podwyższone ryzyko, bez zgody pacjenta: niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, a także i bez zgody jego przedstawiciela ustawowego lub sądu opiekuńczego, w sytuacji gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Lekarz o udzieleniu świadczenia w takim przypadku, jest zobowiązany niezwłocznie powiadomić przedstawiciela ustawowego lub sąd.

10.3. Prawne uregulowanie postępowania bez zgody w leczeniu psychiatrycznym

Kwestia zgody na świadczenia zdrowotne osoby z zaburzeniami psychicznymi, dopuszczalności postępowania lekarskiego bez zgody tych osób podlega tej samej regulacji prawnej, co w przypadkach innych chorych, a ponadto jest uregulowana szczegółowo w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego i rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymus bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania.

Badanie psychiatryczne i leczenie zaburzeń psychicznych, tak jak każde badanie lekarskie i inne świadczenie zdrowotne, wymaga zgody ustnej pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub sądu. W przypadku procedur stosowanych w psychiatrii, a stanowiących podwyższone ryzyko dla zdrowia pacjenta (leczenie elektrowstrząsami, punkcja łądźwiowa) zgoda powinna być wyrażona na piśmie (Ustawa o zawodzie lekarza art. 32 i 34).

Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego wymaga pisemnej zgody pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub sądu (Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego art. 22 ust. 1 pkt.1a).

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego określa też sytuacje, w których dopuszczalne jest udzielanie świadczeń zdrowotnych bez zgody osoby z zaburzeniami psychicznymi.

Art. 21ust.1 mówi, że osoba, której zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu, albo życiu lub zdrowiu innych osób, bądź nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, może być poddana badaniu psychiatrycznemu również bez jej zgody jak i bez zgody przedstawiciela ustawowego. Lekarz w razie potrzeby zarządza niezwłoczne przewiezienie tej osoby do szpitala psychiatrycznego. Przewiezienie

nie takiej osoby z zastosowaniem przymusu bezpośredniego następuje w obecności lekarza, pielęgniarki, lub zespołu ratownictwa medycznego.

Osoba, która z powodu choroby psychicznej lub niepełnosprawności intelektualnej jest niezdolna do wyrażenia zgody lub stosunku do przyjęcia do szpitala, może być przyjęta do szpitala bez jej zgody, o ile nie sprzeciwia się ona temu (art. 22 ust. 2a). Lekarz może przyjąć w trybie nagłym do szpitala psychiatrycznego i leczyć pacjenta bez jego (i przedstawiciela ustawowego) zgody jeśli rozpoznał u niego chorobę psychiczną, powodującą zachowania zagrażające bezpośrednio życiu pacjenta lub życiu i zdrowiu innych osób (art. 23). Jeżeli zachodzą wątpliwości, czy osoba ta jest psychicznie chora – lekarz może przyjąć tę osobę w trybie nagłym do szpitala celem obserwacji na okres do dni 10 (art. 24). W każdym przypadku przyjęcia bez zgody lekarz ma obowiązek powiadomić pacjenta o przyczynach postępowania bez zgody i prawach przysługujących pacjentowi oraz powiadomić dyrektora szpitala i sąd o przyjęciu bez zgody. Sąd zabezpiecza prawa pacjenta przyjętego do szpitala bez jego zgody poprzez wysłuchanie go na miejscu w szpitalu i przeprowadzenie postępowania sądowego w sprawie o przyjęcie do szpitala bez zgody pacjenta. Na rozprawie tej sąd wysłuchuje pacjenta, świadków i zapoznaje się z opinią sporządzoną przez niezależnego biegłego psychiatrę, który zbadał pacjenta i jego dokumentację medyczną. Wniosek o wypisanie z oddziału może złożyć pacjent, jego rodzina lub opiekun faktyczny nie wcześniej niż po 30 dniach od uprawomocnienia się postanowienia sądu. W razie odmowy pacjent i wymienione osoby mogą złożyć do sądu w terminie 7 dni wnioski o nakazanie wypisania ze szpitala. W każdym szpitalnym oddziale psychiatrii pacjenci powinni mieć dostęp do informacji o prawach pacjenta oraz możliwość kontaktowania się z rzecznikiem praw pacjenta szpitala psychiatrycznego.

10.4. Umieszczenie bez zgody w domu pomocy społecznej

W przypadkach choroby psychicznej, która nie stanowi stanu nagłego sąd może na wniosek rodziny, przedstawiciela ustawowego, faktycznego opiekuna lub organu pomocy społecznej wydać postanowienie o umieszczeniu bez zgody i leczeniu w szpitalu psychiatrycznym osoby, u której rozpoznano chorobę psychiczną, a której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nie przyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie jej stanu zdrowia lub gdy stwierdzono, że choroba psychiczna powoduje niezdolność do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a przy tym uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia psychicznego (art. 29). Również umieszczenie w domu pomocy społecznej osoby chorującej psychicznie lub z niepełnosprawnością intelektualną, która nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i nie ma osoby, która mogłaby jej opiekę zapewnić – wymaga wyrażenia zgody pisemnej przez tę osobę lub jej przedstawiciela ustawowego. Jeżeli osoba ta ze względu na swój stan psychiczny nie jest zdolna do wyrażenia zgody lub sprzeciwia się, a brak opieki zagraża jej życiu – o jej skierowaniu do domu pomocy społecznej orzeka sąd opiekuńczy na wniosek organu pomocy społecznej lub kierownika szpitala psychiatrycznego (art. 39).

10.5. Warunki dopuszczalności i zasady stosowania przymusu bezpośredniego

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego określa też warunki dopuszczalności stosowania przymusu bezpośredniego (w formach: przytrzymanie, przymusowe podanie leków, unieruchomienie pasami, izolacja) wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi w związku z udzielaniem jej świadczeń medycznych (art. 18). Przymus bezpośredni można zastosować tylko wtedy, gdy osoba ta dopuszcza się zamachu przeciwko: życiu lub zdrowiu własnemu bądź innej osoby, bezpieczeństwu powszechnemu np. w sposób gwałtowny niszcząc lub uszkodzając przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu. Przymus bezpośredni może być także zastosowany wobec osób, które poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej. Przymus bezpośredni może też być zastosowany wobec osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody, gdy jest konieczne dokonanie niezbędnych czynności leczniczych, a także w celu zapobieżenia samowolnemu opuszczeniu szpitala osoby przyjętej bez zgody (art. 34). Przymus bezpośredni można zastosować, także w celu zapobieżenia opuszczeniu domu pomocy społecznej w przypadku wystąpienia u osoby przymusowo w nim umieszczonej zachowań zagrażających jej życiu lub zdrowiu albo życiu lub zdrowiu innych osób (art. 41), jak i samowolnemu opuszczeniu Domu Pomocy Społecznej osoby umieszczonej w nim na podstawie postanowienia sądu (art. 38). Przymus bezpośredni w domu pomocy społecznej nie może być stosowany dłużej niż 8 godzin. Jeśli zachodzi potrzeba dłuższego unieruchomienia można je zastosować tylko w warunkach szpitalnych.

Zastosowanie przymusu bezpośredniego zleca lekarz, a w razie jego niedostępności pielęgniarka, powiadamiając o tym niezwłocznie lekarza. W zespołach ratownictwa medycznego zleca ratownik medyczny, powiadamiając osobę kierującą zespołem. Przymus można stosować przez okres nie dłuższy niż czas trwania przyczyn jego zastosowania. Przed zastosowaniem przymusu lekarz lub pielęgniarka uprzedza pacjenta o możliwości i przyczynach jego zastosowania. Przymus jest odpowiednio dokumentowany, jego zasadność sprawdzana, a stan pacjenta przebywającego w unieruchomieniu lub izolacji monitorowany przez pielęgniarkę i lekarza.

10.6. Ubezwłasnowolnienie

Ubezwłasnowolnienie jest najbardziej kontrowersyjną instytucją polskiego prawa odnoszącą się osób z niepełnosprawnością. Ubezwłasnowolnienie jest niezgodne z nowoczesnym podejściem do niepełnosprawności, w szczególności z Konwencją o prawach osób niepełnosprawnych. Polska złożyła, oświadczenia interpretacyjne do art. 12 Konwencji dopuszczające dalsze stosowanie ubezwłasnowolnienia. Rzecznik Praw Obywatelskich oraz organizacje pozarządowe postulują zastąpienie ubezwłasnowolnienia wzorem innych państw systemem wspieranego podejmowania decyzji.

Ubezwłasnowolnienie polega na sądowym pozbawieniu osoby (ubezwłasnowolnienie całkowite) lub ograniczeniu (ubezwłasnowolnienie częściowe) zdolności do czynności prawnych. Następuje to w drodze postawienia sądu.

Kodeks cywilny (art. 13) stanowi: „Osoba, która ukończyła lat 13 może być ubezwłasnowolniona całkowicie, jeżeli wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, a w szczególności pijaństwa lub narkomanii nie jest w stanie kierować swym postępowaniem”. Dla ubezwłasnowolnionego całkowicie ustanawia się opiekę, chyba że pozostaje on jeszcze pod władzą rodzicielską. Osoba ubezwłasnowolniona całkowicie nie może dokonywać czynności prawnych (np. zawierać umów). Wyjątek stanowią umowy powszechnie zawierane w drobnych bieżących sprawach życia codziennego, umowa taka staje się ważna z chwilą jej wykonania, chyba że pociąga za sobą rażące pokrzywdzenie osoby niezdolnej do czynności prawnych. Ubezwłasnowolnienie całkowite ma chronić chorującego psychicznie przed wykorzystaniem go np. przez zawarcie z nim niekorzystnej dla niego umowy. Jednak w rzeczywistości w wielu innych sytuacjach może stanowić barierę we włączeniu społecznym (np.: gdy osoba chorująca psychicznie chciałaby zawrzeć umowę o pracę).

„Osoba pełnoletnia może być ubezwłasnowolniona częściowo z powodu choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, a w szczególności pijaństwa lub narkomanii, jeżeli stan tej osoby nie uzasadnia ubezwłasnowolnienia całkowitego, lecz potrzebna jest pomoc dla prowadzenia jej spraw”. Dla osoby ubezwłasnowolnionej częściowo ustanawia się kuratelę. Kurator jest przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo. Aby umowa zawarta przez osobę ubezwłasnowolnioną częściowo była ważna, musi być potwierdzona przez jej przedstawiciela ustawowego. Osoba ubezwłasnowolniona częściowo może bez zgody przedstawiciela ustawowego zawierać umowy należące do umów powszechnie zawieranych w drobnych bieżących sprawach życia codziennego, a także rozporządzać swoim zarobkiem, chyba, że sąd opiekuńczy postanowił inaczej.

Do złożenia wniosku o ubezwłasnowolnienie uprawnieni są: małżonek, krewni w linii prostej oraz rodzeństwo, a także przedstawiciel ustawy i prokurator. Nie są uprawnione do składania takiego wniosku organizacje społeczne, ani zakłady lecznictwa psychiatrycznego. Sąd w sprawie o ubezwłasnowolnienie zapoznaje się z dokumentacją medyczną. Osoba, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie, musi być zbadana przez biegłego lekarza psychiatrę lub neurologa, a także psychologa. Jeżeli według wniosku ubezwłasnowolnienie ma być orzeczone z powodu choroby psychicznej lub niedorozwoju umysłowego, sąd przed zarządzeniem doręczenia wniosku zażąda, w wyznaczonym terminie, przedstawienia świadectwa lekarskiego wydanego przez lekarza psychiatrę o stanie psychicznym osoby, której dotyczy wniosek lub opinii psychologa o stopniu niepełnosprawności umysłowej tej osoby. Jeżeli ubezwłasnowolnienie ma nastąpić z powodu pijaństwa, sąd żąda także przedstawienia zaświadczenia poradni przeciwalkoholowej, a jeżeli ubezwłasnowolnienie ma nastąpić z powodu narkomanii - zaświadczenia z poradni leczenia uzależnień.

ŹRÓDŁA

1. Jané-Llopis, E. & Anderson, P... Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym. Polityka dla Europy. Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A Policy for Europe. Tłumaczenie: Barbara Mroziak Nijmegen: Radboud University Nijmegen. 2005, http://www.gencat.cat/salut/imhpa/Du32/pdf/polish_policy_book.pdf
2. Micheline Rampe Odporność psychiczna. Siedem filarów. Tajemnica naszej wewnętrznej siły Der r-faktor. Das geheimnis unserer inneren starke Tłumaczenie: Hanna Odziemkowska. Wyd. Studio Emka, 2006
3. Stanley Rachman. Zaburzenia lekowe, modele kliniczne i techniki terapeutyczne, dla praktyków i pacjentów. GWP 2005
4. Joseph Wolpe, Dawid Wolpe. Wolni od lęku, lęki i ich terapia. WIR i Partner Kraków 1999
5. David Althaus, Ulrich Hegerl, Holger Reiner. Depresja? Wyd. Media Rodzina, 2008
6. Neil Nedley. Żegnaj depresjo!: poradnik dla osób pragnących odzyskać nadzieję w beznadziei wydawnictwo: Fundacja Źródła Życia 2008
7. CHAD –owe życie poradnik dla osób chorujących na chorobę afektywną dwubiegową, http://www.drogadosiebie.pl/files/dds_chad_poradnik_dla_pacjenta.pdf
8. Choroba między nami – poradnik dla rodzin osób chorujących na schizofrenię http://www.drogadosiebie.pl/files/poradnik_dla_rodzin.pdf
9. Beata Hintze, choroba jak inne – o osobach i do osób chorujących na schizofrenię. Poradnik dla osób chorych na schizofrenie i ich bliskich Instytut psychiatrii i Neurologii Warszawa 2010
10. Bogdan de Barbaro, Krystyna Ostoja Zawadzka Andrzej Cechnicki. Możesz Pomóc – poradnik dla rodzin i pacjentów chorych na schizofrenie. Wyd. UJ Kraków 2005
11. Tadeusz Parnowski Red, Choroba Alzheimera Lekarz radzi. Wydawnictwo: pzwł. 2009
12. Poradnik dla opiekunów osób dotkniętych chorobą Alzheimera, <http://www.alzheimer-poznan.pl>
13. Marta Anczewska, Jacek Wciórka – Umacnianie, nadzieja czy uprzedzenia. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2007
14. Maria Załuska, Katarzyna Prot, Paweł Bronowski, Psychiatria Środowiskowa jako środowiskowa opieka nad zdrowiem psychicznym, Instytut Psychiatrii i Neurologii Warszawa 2007

STRESZCZENIE

Mimo wielu lat pracy nad reformą, nadal w opiece psychiatrycznej w Polsce występują obszary zaniedbań. Sytuacja ta wymaga wzmożonych wysiłków organizacyjnych i nakładów finansowych. Kierunek koniecznych zmian został wskazany w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2010-2015. Istotną rolę w tworzeniu środowiskowej opieki psychiatrycznej mają do odegrania samorządy terytorialne. Poradnik ma dostarczyć ich przedstawicielom i innym osobom zaangażowanym w tworzenie środowiskowej opieki psychiatrycznej kompendium wiedzy o podstawach organizacyjno – prawnych tej opieki, a także o zdrowiu psychicznym i jego zaburzeniach, oraz o zasadach leczenia i wspierania uczestnictwa społecznego, osób z zaburzeniami psychicznymi.

Prawo do ochrony zdrowia psychicznego, tak jak zdrowia w ogóle, jest konstytucyjnym prawem każdego obywatela. Obejmuje ono równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W leczeniu zaburzeń psychicznych istotne znaczenie mają zarówno oddziaływania biologiczno-medyczne jak i psychologiczno – społeczne, ukierunkowanie na chorego i jego otoczenie społeczne, a w szczególności rodzinę. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego zadania w zakresie opieki nad zdrowiem psychicznym przypisuje organom administracji państwowej i samorządowym, oraz placówkom ochrony zdrowia i jednostkom opieki społecznej. W realizacji tych zadań przewidziany jest udział organizacji pozarządowych i innych podmiotów.

Nowoczesny model opieki nad zdrowiem psychicznym, wdrażany w Europie i świecie jest zorientowany środowiskowo. Wprowadzenie go wymaga deinstytucjonalizacji, czyli stopniowego odchodzenia od dużych szpitali psychiatrycznych na rzecz udzielania świadczeń medycznych i oparcia społecznego w niewielkich lokalnych placówkach środowiskowych.

W Polsce ustawa o ochronie zdrowia psychicznego przewiduje udzielanie świadczeń lecznictwa psychiatrycznego w placówkach stacjonarnych (szpitalnych i opieki długoterminowej), dziennych, ambulatoryjnych i leczenia środowiskowego (domowego). Placówki te mogą być wyspecjalizowane np. dla dzieci i młodzieży, osób uzależnionych od alkoholu, substancji psychoaktywnych, osób z zaburzeniami nerwicowymi itp. Tworzenie i odpowiednie rozmieszczenie placówek lecznictwa psychiatrycznego należy do kompetencji wojewodów. Natomiast promocja zdrowia psychicznego, profilaktyka zaburzeń i oparcie społeczne dla osób z zaburzeniami

psychicznymi jest zadaniem samorządów gminnych i powiatowych – własnym lub zleconym i finansowanym przez administrację rządową w ramach pomocy społecznej. Zadania w zakresie profilaktyki realizowane są w ramach ośrodków pomocy społecznej, poradnictwa specjalistycznego, poradni psychologiczno-pedagogicznych i rodzinnych oraz centrów interwencji kryzysowej, natomiast oparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi jest świadczone w formie pomocy finansowej i rzeczowej, a także przez dzienne ośrodki wsparcia, środowiskowe domy samopomocy, mieszkania chronione, specjalistyczne psychiatryczne usługi opiekuńcze i w domach pomocy społecznej (domy opieki). Ważną rolę w społecznej integracji osób psychicznie chorych odgrywa rehabilitacja ukierunkowana na przywracanie zdolności do zarobkowania. Służą temu Warsztaty Terapii Zajęciowej, Zakłady Aktywizacji Zawodowej, kluby pracy i różne formy chronionego zatrudnienia.

W działaniach na rzecz zdrowia psychicznego i społecznej integracji osób z jego zaburzeniami istotne znaczenie ma terytorialność, komplementarność i koordynacja świadczeń. Istnieje potrzeba integrowania świadczeń medycznych i psychospołecznych udzielanych przez podmioty odrębnie zarządzane i finansowane. Ważnym krokiem w tym kierunku są planowane centra zdrowia psychicznego, które będą udzielać zintegrowanych świadczeń ambulatoryjnie domowych, dziennych i całodobowych dla ludności określonego terytorium (około 50-150 tys. mieszkańców) i we współpracy z lokalnym samorządem, jednostkami oparcia społecznego, oraz organizacjami pozarządowymi, a w szczególności stowarzyszeniami i grupami samopomocowymi osób chorujących psychicznie i ich rodzin.

Granica między zdrowiem psychicznym, zakłóceniem dobrostanu psychicznego związanym z trudnymi sytuacjami i zdarzeniami, a zaburzeniami psychicznymi jest nieostra. Promocja zdrowia psychicznego powinna obejmować całą populację, a profilaktyka – grup osób o zwiększonym ryzyku zachorowania (dzieci i młodzież, kobiety w okresie ciąży i porodu, osoby w podeszłym wieku i osoby znajdujące się w sytuacjach szczególnego obciążenia stresem). Leczenie zaburzeń psychicznych powinno się odbywać przede wszystkim w domu, lub jak najbliżej miejsca zamieszkania chorego. Pilnym zadaniem jest zwiększenie dostępności świadczeń lecznictwa psychiatrycznego, gdyż aktualne wskaźniki ich dostępności wskazują na znaczne deficyty i nierównomierne rozmieszczenie placówek. Ważne znaczenie ma przenoszenie leczenia stacjonarnego z dużych szpitali psychiatrycznych do oddziałów psychiatrii w szpitalach ogólnych. W leczeniu powinno się łączyć metody farmakologiczne z psychoterapią i innymi oddziaływaniami psychospołecznymi, oraz psychoedukacją pacjenta i rodziny. Istotną barierą dostępności do leczenia psychiatrycznego jest nadal społeczna stygmatyzacja i strukturalna dyskryminacja chorych, ich rodzin i psychiatrii. Zmiana postaw społecznych wobec chorych i psychiatrii w kierunku pozytywnym wymaga szeroko zakrojonych oddziaływań z włączeniem systemu edukacji i mediów.

Zabezpieczenie legislacyjne i finansowe kontynuacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego jest konieczne dla przeprowadzenia niezbędnej reformy opieki psychiatrycznej i upowszechnienia w Polsce rekomendowanego dla Europy modelu środowiskowego tej opieki.

SUMMARY

Despite many years of work on the reform, still there are areas of neglect in psychiatric care in Poland. This situation requires increased organizational efforts and financial outlay. The direction of the necessary changes was indicated in the National Mental Health Programme for the years 2010-15. An important role in the creation of community mental health services is played by the local governments. The guide aims to provide their representatives and others people involved in the creation of community mental health care with the compendium of knowledge about organizational and legal basis of this care, as well as mental health and its disorders, and the principles of treatment and support for social participation, people with mental disorders.

Mental health care, just as health in general, is a constitutional right of every citizen. It includes equal access to health care services financed from public funds. In the treatment of mental disorders both biological and medical as well as psycho-social impact, focused on the patient and his social environment, especially the family, are important. The Law on the Protection of Mental Health assigns the tasks in respect of the mental health care to the bodies of public administration and local government, and the units of establishments of health and social care. In carrying out these tasks the participation of non-governmental organizations and other entities is predicted.

The modern model of mental health care, which is implemented in Europe and the world is environmentally oriented. Its implementation requires de-institutionalization or gradual withdrawal from large psychiatric hospitals to provide medical services and social support in small local environmental institutions.

In Poland, the Law on Mental Health provides for the provision of psychiatric health care in stationary facilities (hospitals and long-term care), day, outpatient and environmental treatment facilities (home). These institutions may be specialized, e.g. for children and youth, persons addicted to alcohol, behaviour altering substances, people with neurotic disorders, etc. Creation and proper distribution of mental health facilities is within the competence of provincial governors. On the other hand, promotion of mental health, prevention of disorders and social support for people with mental disorders is the responsibility of municipal and poviats self-governments - their own or commissioned, and financed by the government under social assistance.

The tasks in the area of prevention are implemented within the social assistance centres, specialist counselling, psychological counselling and educational,

family, and crisis intervention centres, while social support for people with mental disorders is provided in the form of financial and material assistance, as well as by the daily support centres, environmental self-help homes, sheltered housing, specialized psychiatric care services and nursing homes (nursing homes). Rehabilitation aimed at restoring earning capacity plays an important role in the social integration of mentally ill persons. The Occupational Therapy Workshops, Plant Professional Activation, job clubs and various forms of sheltered employment work towards this purpose.

When considering the efforts of mental health and social integration of people with disorders, territoriality, complementarity and the coordination of benefits are important. There is a need to integrate medical and psychosocial services provided by the separately managed and financed entities. An important step in this direction are the planned mental health centres, which will provide integrated ambulatory household services, both during daytime and around the clock for the people of a particular territory (approx. 50-150 thousand inhabitants) and in cooperation with the local government, social support units, and NGOs, and in particular with the associations and self-help groups of the mentally ill individuals and their families.

The boundary between mental health, disturbance of mental well-being connected to difficult situations and events, and mental disorder is unclear. Mental health promotion should cover the entire population, and the prevention treatment – the groups of people at an increased risk (children and youth, women during pregnancy and childbirth, the elderly and persons in exceptionally stressful situations). Treatment of mental disorders should be done primarily at home, or as close to the patient's home as possible. The urgent task is to increase the availability of mental health services, because the current indicators of their availability show significant deficits and uneven distribution of units. The transfer of inpatient treatment from large psychiatric hospitals to psychiatric departments in general hospitals is important. The treatment should combine pharmacological methods with psychotherapy and other psychosocial interactions as well as psychoeducation of the patient and the family. A significant barrier to access to psychiatric treatment is still a social stigma and structural discrimination of patients, their families and psychiatry. Changing social attitudes towards patients and psychiatry in the positive direction requires extensive interaction with the inclusion of the education system and the media.

Legislative and financial security of the continuation of the National Mental Health Programme is necessary to carry out the necessary reforms of psychiatric care and dissemination in Poland of the recommended in Europe environmental model of care.

