

Furtak-Niczyporuk Marzena, Filipek Mariusz. Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego a zadania zdrowia publicznego = Community Mental Health Center in the context of public health care. Journal of Education, Health and Sport. 2016;6(11):430-443. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.174604>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/4018>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 755 (23.12.2015).
755 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author (s) 2016;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland
Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.
This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.
The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.
Received: 02.11.2016. Revised 22.11.2016. Accepted: 27.11.2016.

Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego a zadania zdrowia publicznego Community Mental Health Center in the context of public health care

Marzena Furtak-Niczyporuk, Mariusz Filipek

***Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego
Uniwersytet Medyczny w Lublinie**

Adres do korespondencji:

Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Lublin 20-093, ul. Chodźki 1

Dr n. med. Marzena Furtak–Niczyporuk

Mecenas Mariusz Filipek

***Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego**

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Streszczenie

Wstęp. Wzrastająca liczba osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi, zarówno na świecie, jak i w kraju, karze zwrócić społeczną uwagę na upowszechnienie środowiskowej opieki psychiatrycznej. Powołanie Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego mogłoby dostarczyć wszystkich medycznych świadczeń psychiatrycznych w połączeniu z usługami pomocy społecznej na poziomie jednostki samorządu terytorialnego szczebla powiatu.

Cel. Celem pracy była ocena i propozycja sposobu realizacji zadań zdrowia publicznego przez Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego w Polsce. Zgodnie z założeniami Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego Centrum byłoby zlokalizowane na poziomie jednostki samorządu terytorialnego szczebla powiatu. Dlatego przeprowadzono badania jednostek samorządu terytorialnego, aby zobrazować obecnie podejmowane przez nich działania na rzecz promocji zdrowia psychicznego oraz wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi, a które to samorzady będą wspierały Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego.

Materiał i metoda. Badania pracowników powiatowych oraz gminnych jednostek samorządu terytorialnego z obszaru województwa lubelskiego w zakresie postępowania z osobami chorymi psychicznie oraz rozwoju środowiskowej opieki psychiatrycznej dokonano na podstawie kwestionariusza ankiety składającego się z 29 pytań. Druga część badań aktów prawnych pozwoliła na przygotowanie rekomendacji efektywnego realizowania zadań zdrowia publicznego w Środowiskowych Centrach Zdrowia Psychicznego.

Wyniki. Pomoc oferowana osobom dotkniętym zaburzeniami psychicznymi przez jednostki samorządu terytorialnego w większości sprowadza się do wypłacania zasiłków – 71% badanych. Blisko połowa badanych nie posiada wiedzy o sposobach zapobiegania zaburzeniom psychicznym – 47% badanych. Aż 80% badanych nie zna programu zdrowia psychicznego dla jednostki w której pracuje, co oznacza brak takich programów, choć są dla samorządów obowiązkowe, bądź też ich istnienie wyłącznie na papierze. Realizacja zadań zdrowia publicznego wymaga ich uszczegółowienia w obszarze monitorowania stanu zdrowia społeczeństwa, edukacji na różnych poziomach oraz współpracy międzysektorowej.

Wnioski. Potrzeba wprowadzenia sprawnych i skutecznych działań, które przyczynią się do upowszechnienia środowiskowej opieki psychiatrycznej. Niewątpliwie potrzeba określenia precyzyjnych zadań i źródeł ich finansowania do efektywnych działań pomocy osobom dotkniętym zaburzeniami psychicznymi w ich środowisku lokalnym. Tu właśnie dużą rolę pełnią jednostki samorządu terytorialnego poprzez działalność podległych sobie gminnych/miejskich/powiatowych ośrodków pomocy społecznej i innych jednostek organizacyjnych wykonujących zadania ochrony zdrowia psychicznego. Z pewnością realizacja zadań z zakresu zdrowia publicznego, za którą także odpowiadają jednostki samorządu terytorialnego wymaga ich uszczegółowienia. Zaproponowane rozwiązania realizacji zadań publicznych dają szansę na ograniczenie lub wyeliminowanie wielu chorób, w tym zaburzeń psychicznych. Szczególnie realizacja zadań zdrowie publicznego przez Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego przyczyni się do szybszego zdrowienia osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi, a też wyeliminowania ich marginalizacji i wykluczenia społecznego.

Słowa kluczowe: jednostki samorządu terytorialnego, środowiskowa opieka psychiatryczna

Abstract

Introduction. An increasing number of people affected by mental disorders, both worldwide and countrywide, draws public attention to providing community mental health care. The establishment of the Community Mental Health Center could provide all psychiatric services and social assistance within the area of local government units.

Object. The object of the study was to evaluate and suggest the most effective way of performing public health duties by Community Mental Health Centers in Poland. According to the National Mental Health Prevention Program the CMHC would be located within the powiats. Therefore, local government units were the object of the study in order to present actions undertaken towards the promotion of mental health and to support people affected by mental disorders, which units will be bound to support the Community Mental Health Center.

Materials and methods. The study of local government units employees, both gminas and powiats, within the area of Lublin Voivodeship,

in terms of assistance provided to people affected by mental disorders and the development of community mental health care, was conducted by means of a questionnaire consisting of 29 questions. The second part of the study conducted in terms of the legislation allowed the preparation of recommendations for an effective performance of public health duties by the Community Mental Health Centers.

Results. The majority of support provided to people affected by mental disorders offered by local government units comes in the form of the payment of benefits – 71% of respondents. Nearly half of the respondents have no knowledge of how to prevent mental disorder – 47% of respondents. As many as 80% of respondents do not have any knowledge about the mental health program dedicated to the unit they work in, which means the lack of such programs although local governments are in the need of it, or the existence thereof only on paper. Performance of public health duties requires its detailed description in terms of public health monitoring, the overall education and intersectoral cooperation.

Conclusions. The need for both efficient and effective performance contributing to the promotion of community mental health care. Undoubtedly, the need to precisely determine the tasks and funding of the most effective actions for providing help to people affected by mental disorders in their local environment. Local government units are the main character of the aforementioned actions through the activity of subordinate communal/municipal/county social assistance centers and other units performing tasks considering mental health care. It is certain that the performance of tasks in terms of public health that local government units are responsible for, needs to be precisely determined. Solutions suggested herein provide an opportunity to reduce or even eliminate many diseases, including mental disorders. Especially the performance of public health care provided by the Community Mental Health Centers will contribute to the quicker recovery of people affected by mental health problems and also eliminate the marginalization and social exclusion of the aforementioned.

Key words: local government unit, community mental health services

WSTĘP.

Działania w zakresie zdrowia publicznego można rozpatrywać w kontekście indywidualnym lub zbiorowym. Współczesne podejście do zdrowia publicznego ma charakter wielowymiarowy, gdyż swoim zakresem obejmuje działania interdyscyplinarne, wiążące się ze wszystkimi aspektami zdrowia ludzi, jego ochroną, umacnianiem i poprawą, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży, kobiet w ciąży, osób niepełnosprawnych oraz osób starszych [1]. Przez długie lata zdrowie było pojmowane w znaczeniu jednostkowym, ale pogląd ten rozszerzono na zdrowie zbiorowości, często określając jako zdrowie narodu czy zdrowie wspólnoty lokalnej, terytorialnej, jak również zdrowie w znaczeniu społecznym, jak zdrowie rodziny. Określenia te odnoszą się do zdrowia całej zbiorowości lub jej części. Zdrowie zbiorowości, społeczeństwa określane jest najczęściej zdrowiem publicznym. Doprecyzowanie zdrowia przymiotnikiem „publiczne” pokazuje przede wszystkim, że: dotyczy ogółu ludności, służy ogółowi, jest przeznaczone dla wszystkich, jest dostępne dla wszystkich [2]. Definicja zdrowia publicznego sformułowana przez Ch.E.A. Winslowa w 1920 r. głosi, że: „Zdrowie publiczne to nauka i sztuka zapobiegania chorobom, wydłużania życia oraz promowania zdrowia fizycznego i sprawności poprzez zorganizowane wysiłki społeczeństwa mające na celu higienizację środowiska,

zwalczanie zakażeń występujących w społecznościach, edukację jednostek odnośnie zasad higieny osobistej, organizację świadczeń lekarskich i pielęgniarskich mających na celu wczesną diagnozę oraz profilaktycznie ukierunkowane leczenie oraz rozwój mechanizmów społecznych, które zapewnią każdej jednostce w społeczeństwie standard życia właściwy dla utrzymania zdrowia.”[3]. Obecnie holistyczne podejście do zdrowia, obejmuje jego cztery wymiary, do których należą: zdrowie fizyczne (somatyczne) – rozumiane jako prawidłowe funkcjonowanie organizmu, wszystkich jego układów i narządów; zdrowie psychiczne – pojmowane w dwóch kategoriach, jako zdrowie umysłowe (zdolność do jasnego, logicznego myślenia) oraz emocjonalne (zdolność do rozpoznawania własnych uczuć i wyrażania ich w odpowiedni sposób, umiejętność radzenia sobie ze stresem, napięciem, depresją, czy lękiem); zdrowie społeczne – rozumiane jako utrzymywanie prawidłowych relacji z innymi ludźmi i pełnienie ról społecznych; zdrowie duchowe – związane z wiarą i praktykami religijnymi oraz osobistym życiowym „credo”, zasadami, zachowaniami i sposobami utrzymania wewnętrznego spokoju [4].

Jednym z głównych wymiarów zdrowia jest zdrowie psychiczne, które najczęściej sprowadza się do: pozytywnych wartości społecznych lub braku ich negatywnych odpowiedników; albo też wyrazu określonych dążeń i orientacji normatywnych, pożądanego stanów emocjonalnych i poziomu funkcjonowania społecznego człowieka [5]. Zatem najogólniej można zdefiniować, że zdrowie psychiczne oznacza brak choroby psychicznej lub niewystępowanie objawów psychopatologicznych. Najważniejszym tu dokumentem jest Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP), który określa strategiczne działania mające na celu zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej, wielostronnej i powszechnie dostępnej pomocy dostosowanej do ich potrzeb zdrowotnych umiejscowionych możliwie blisko ich miejsca zamieszkania [6].

Jak pokazują dane statystyczne na koniec 2014 r. liczba hospitalizowanych osób z zaburzeniami psychicznymi wynosiła 287 tys., w tym 85,4 tys. pacjentów leczono w szpitalach ogólnych na oddziałach psychiatrycznych i 201,6 tys. pacjentów w szpitalach psychiatrycznych (bez leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych i alkoholu) [7]. W tym samym czasie stacjonarnie i całodobowo leczono osoby z zaburzeniami psychicznymi w psychiatrycznych zakładach opiekuńczo-leczniczych ok. 6,7 tys. osób i ok. 500 osób w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych. Zaś w poradniach zdrowia psychicznego udzielono 5 163 tys. porad i było to o blisko 1 mln więcej niż 2010 r. Dane te pokazują rosnący problem ze zdrowiem psychicznym wśród społeczeństwa polskiego.

Zdrowienie osoby z zaburzeniami psychicznymi powinno opierać na skutecznym

pomaganiu w ich najbliższym środowisku. Dlatego potrzeba upowszechnienia środowiskowej opieki psychiatrycznej, która będzie zawierała zespoły leczenia środowiskowego, poradnie terapeutyczne i inne formy pomocy, co wzmocni proces leczenia oraz zapewni skuteczną rehabilitację społeczną osób z zaburzeniami psychicznymi w ich środowisku lokalnym. Idea środowiskowej opieki psychiatrycznej wiąże się z deinstytucjonalizacji dużych szpitali psychiatrycznych, ale nie oznacza zupełnej rezygnacji z hospitalizacji i całkowitego odejścia od łóżek szpitalnych. Doświadczenia krajów Europy Zachodniej pokazują, że znacznej większości osób z nawet poważnymi zaburzeniami psychicznymi można skutecznie pomagać w ich naturalnym środowisku, a leczenie psychiatryczne nie musi różnić się w założeniach organizacyjnych od terapii schorzeń somatycznych, co wówczas pozwala na uniknięcie wielu hospitalizacji [8]. Jak pokazują rezultaty badań, które dotyczyły procesu deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej, na rzecz wprowadzenia opieki środowiskowej, pokazują na bardzo korzystne wyniki zdrowienia osób z zaburzeniami psychicznymi właśnie w środowiskowej opiece psychiatrycznej [9]. Biorąc zatem pod uwagę funkcjonowanie środowiskowej opieki psychiatrycznej dla przykładu w Trieście warto wskazać kierunki możliwe do realizacji w polskiej opiece psychiatrycznej. Zatem powołanie i działalność Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego (ŚCZP) musi realizować zadania zdrowia publicznego w obszarze ograniczenia występowania zagrożeń dla zdrowia psychicznego, poprawy jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi i ich bliskich oraz zapewnienie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Powołanie ŚCZP zabezpieczającego świadczenia opieki zdrowotnej i pomocy społecznej wraz z wsparciem edukacyjnym oraz zawodowym przyczyni się do podniesienia jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin oraz będzie dla nich dużym wsparciem do dobrego funkcjonowania w społeczeństwie. Działania ŚCZP obejmują: świadczenia całodobowe; wizyty ambulatoryjne; aktywną terapię środowiskową; opiekę dzienną; terapię indywidualną, rodzinną i grupową; wsparcie społeczne, wzmocnienie sieci społecznych; wsparcie mieszkaniowe; integrację społeczną poprzez pośrednictwo pracy, sport, sztukę, organizację czasu wolnego; programy dla rodzin (psychoedukacja, samopomoc, grupy wielorodzinne); zaangażowanie lekarza rodzinnego; sieć wsparcia dla zapobiegania samobójstwom i „samotnej śmierci” u osób starszych; ułatwienie dostępu do członkostwa w stowarzyszeniach i innych organizacjach; promocję działań przedsiębiorstw społecznych; działania o charakterze kreatywnym, rozrywkowym, sportowym, wypoczynkowym; promocję grup samopomocy, programów ze stowarzyszeniami klubów; współpracę z lokalnymi centrami opieki zdrowotnej i szpitalami ogólnymi w zakresie np. opieki nad osobami starszymi, dziećmi i młodzieżą, opieki nad osobami z niepełnosprawnością, medycyny

specjalistycznej, zaburzeń odżywiania, wczesnego wykrywania i interwencji w psychozie; współpracę z placówkami kultury [8]. W efekcie działalność ŚCZP wpłynie na lepsze zdrowienie osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi oraz ograniczy ich społeczne wykluczenie i marginalizację.

Troska o zdrowie psychiczne jest jednym z zadań zdrowia publicznego. Dokładnie widzimy to w ustawie o zdrowia publicznym [10]. Warto zatem bliżej poddać analizie realizację zadania zdrowia publicznego przez ŚCZP.

CEL.

Celem pracy była ocena i propozycja sposobu realizacji zadań zdrowia publicznego zgodnie z zapisami ustawy o zdrowia publicznym, przez ŚCZP w Polsce. Poprzez wyniki badania jednostek samorządu terytorialnego zobrazowano obecnie podejmowane przez nich działania na rzecz promocji zdrowia psychicznego oraz wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi, a które to jednostki będą wspierały ŚCZP.

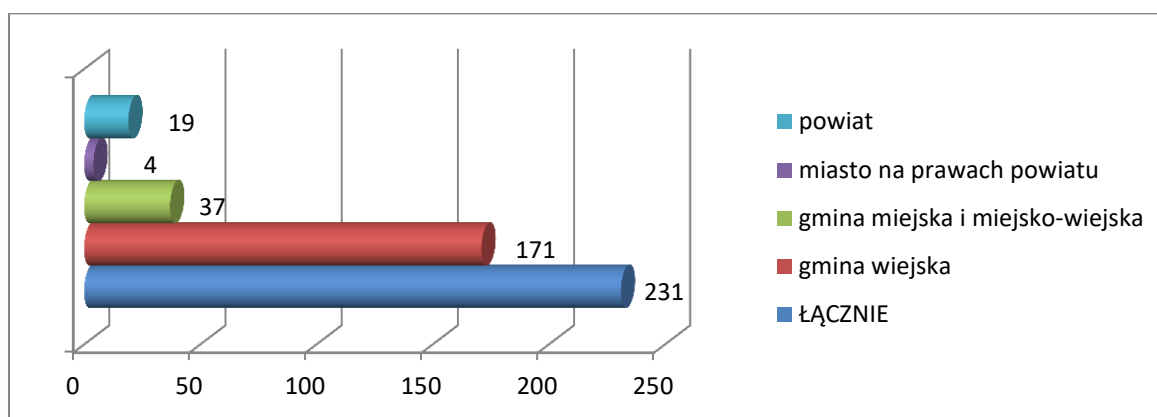
MATERIAŁ I METODA.

Identyfikację aktualnego stanu przygotowania merytorycznego i wiedzy pracowników powiatowych oraz gminnych jednostek samorządu terytorialnego w zakresie postępowania z osobami chorymi psychicznie oraz rozwoju środowiskowej opieki psychiatrycznej dokonano na podstawie kwestionariusza ankiety składającego się z 29 pytań, w tym 15 pytań otwartych i 14 zamkniętych. Badanie przeprowadzono w ramach współuczestnictwa w granicie badawczym pt. „Woluntarystyczny model środowiskowej opieki psychiatrycznej zmniejszającej wykluczenie i marginalizację w środowiskach wiejskich” dofinansowanym z NCBiR w ramach Programu Innowacje Społeczne, wykonywanego w konsorcjum naukowym, a którego dr M. Furtak-Niczyporuk była kierownikiem z ramienia Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Badanie ankietowym objęto wszystkie 233 jednostki samorządu terytorialnego, powiatowe i gminne, z obszaru województwa lubelskiego, w okresie od stycznia do czerwca 2015 r. Badania nad propozycją realizacji zadań zdrowia publicznego przez Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego były prowadzone we współpracy radcy prawnego M. Filipka i dr M. Furtak-Niczyporuk w ramach projektu „Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę” finansowanego z Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

WYNIKI.

Analizie poddano wybrane części badania jednostek samorządu terytorialnego województwa lubelskiego. Ze wszystkich 233 jednostek samorządu terytorialnego zaproszonych do udziału w badaniu odpowiedziało aż 231 jednostki, co stanowi 99,14% wszystkich jednostek samorządu terytorialnego z terenu województwa lubelskiego. Od 231 jednostek samorządowych otrzymano 382 ankiety, które wypełniali pracownicy gminnych/miejskich/powiatowych ośrodków pomocy społecznej lub innych jednostek organizacyjnych wykonujących zadania, które zostały im wyznaczone przez gminy i powiaty. Szczegółową analizę jednostek biorących udział w badaniu prezentuje wykres nr 1.

Wykres nr 1. Liczba jednostek samorządu terytorialnego z województwa lubelskiego biorących udział w badaniu



W badaniu zapytano samorządy o doświadczenie z zakresu realizowania pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Wyniki pokazały, że wszystkie badane jednostki samorządu terytorialnego posiadają doświadczenie we wspieraniu osób z zaburzeniami psychicznymi. W szczególności jednostki te posiadały dobre lub bardzo dobre doświadczenie we wspieraniu osób z zaburzeniami psychicznymi w rodzaju: 29% jednostek w kierowaniu do mieszkań chronionych; 56% jednostek w obejmowaniu specjalistycznymi usługami opiekuńczymi; 62% jednostek w kierowaniu do środowiskowego domu samopomocy; 68% jednostek w kierowaniu do domu pomocy społecznej; 71% jednostek w przyznawaniu i wypłacaniu zasiłków.

Ważnym elementem badania było poznanie poziomu wiedzy pracowników jednostek samorządu terytorialnego na temat zapobiegania zaburzeniom psychicznym. Aż 47% badanych wskazało, że posiada niski poziom wiedzy o zapobieganiu zaburzeniom psychicznym. Pozostali badani wskazali, że posiadają średni poziom wiedzy o zapobieganiu zaburzeniom psychicznym 28% z nich, a pozostałe 25% osób wskazało na wysoki poziom

wiedzy. Dalej poziom wiedzy pracowników jednostek samorządu terytorialnego z zakresu organizacji systemu poradnictwa dla osób z zaburzeniami psychicznymi pokazał, że 27% osób ma wysoki poziom wiedzy, a 38% niski, zaś pozostali 35% osób deklarowali średni poziom wiedzy. Następnie badany poziom wiedzy pracowników jednostek samorządu terytorialnego o zwiększaniu integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi wykazał, że jest ona wśród 34% badanych niska. Tylko 32% badanych deklarowało wysoki poziom wiedzy o sposobach zwiększania integracji osób z zaburzeniami psychicznymi ze społeczeństwem.

Zastanawiający jest wynik, że 80% badanych zadeklarowało brak znajomości programu zdrowia psychicznego dla jednostki, w której pracuje. Wynik ten dramatycznie obrazuje sposób realizacji gminnych programów zdrowia psychicznego, które są dla gmin obowiązkowe. Zatem wnioskować można, że programy te nie istnieją lub istnieją wyłącznie na papierze.

Ocena poziomu realizacji środowiskowej opieki psychiatrycznej w większości jednostek była niezadowolająca, na co wskazało 39% osób. Jeśli do tego dodamy 11% osób, które nie udzieliły odpowiedzi na to pytanie, może to wskazywać, że osoby te w swoich gminach nie realizują tego zakresu pomocy. Realizację środowiskowej opieki psychiatrycznej na średnim poziomie deklarowało 34% badanych, a 16% badanych w wysokim stopniu. Dalej 68% badanych nie jest świadoma zmian zachodzących w środowiskowej opiece psychiatrycznej.

Działania jednostek samorządu terytorialnego w aspekcie wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym poprzez między innymi realizowanie środowiskowej opieki psychiatrycznej w ostatnich latach oparte były na wytycznych zawartych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP). Program ten w latach 2011-2015 zakładał deinstytucjonalizację opieki psychiatrycznej, polegającą na utworzeniu sieci Centrów Zdrowia Psychicznego, w ramach których realizowane byłoby leczenie środowiskowe. Podmioty wskazane w NPOZP do realizacji zadań w zakresie środowiskowej opieki psychiatrycznej to przede wszystkim jednostki samorządu terytorialnego. Niestety badanie jednostek samorządu terytorialnego pokazało bardzo niewielkie zaangażowanie w realizowanie środowiskowej opieki psychiatrycznej na swoim terenie. Wobec powyższego należy zaproponować realizację zadań zdrowia publicznego w obszarze ochrony zdrowia psychicznego jednostkom samorządu terytorialnego, przy jednak nakreśleniu szczegółowych wytycznych w NPOZP.

Proponowane sposoby realizacji poniższych zadań zdrowia publicznego w ramach

ŚCZP obejmują:

1) *monitorowanie i ocenę stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa;*

Zgodnie z ustawą o zdrowiu publicznym zadanie to w najszerszym zakresie powierzone jest ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, a następnie (zawężając) Radzie Zdrowia Publicznego i wreszcie Radom Zdrowia Psychicznego, które powinny funkcjonować na poziomie samorządu terytorialnego szczebla powiatu. Ich efektywność uzależniona jest od dokładnego określenia ich zadań, w szczególności z zakresu wdrażania postulowanych rozwiązań – rozwijania modelu ŚCZP oraz kontroli jego działania. Podejmowane działania powinny być konsultowane, a nawet wytyczane przez Zespół do spraw wdrożenia pilotażu programu psychiatrii środowiskowej w ramach NPOZP funkcjonujący przy ministrze właściwym do spraw zdrowia szczególnie. Zespół ten ma niemal nieograniczoną możliwość zlecenia sporządzenia ekspertyz, analiz i opinii koniecznych do realizacji zadań z zakresu zdrowia psychicznego. Oznacza to, że wszelkie trudności w dążeniu do skoordynowania systemu powinny być niezwłocznie zgłaszane ww. Zespołowi, a ten powinien je rozwiązywać za pomocą dostępnych mu metod a następnie gotowe rozwiązania wdrażać nie tylko w ramach ŚCZP, które zgłosiło problem, ale wprowadzać to jako standardy we wszystkich powiatach.

2) *edukację zdrowotną dostosowaną do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych oraz*

3) *promocję zdrowia;*

W ramach NPOZP powinno zostać przewidziane jak proces edukacji zdrowotnej będzie prowadzony. Pożądane wydaje się wprowadzenie regulacji nakazującej utworzenie w ramach jednostki stanowiącej trzon ŚCZP wyspecjalizowanych działów koordynujących edukację i promocję zdrowia psychicznego.

Kolejnym dostępnym środkiem służącym edukowaniu, ułatwiającym pracę wyżej zaproponowanych działów może być program pilotażowy ułożony we współpracy z ministerstwem właściwym do spraw edukacji, który to zapewniłby prowadzenie cyklicznych spotkań edukacyjnych w szkołach wszystkich szczebli edukacji. Konieczne będzie stworzenie jednolitych prezentacji, materiałów edukacyjno-promocyjnych oraz ustalenie liczby godzin jakie powinny zostać przeznaczone na ten cel.

Zadaniem działów edukacyjno-promocyjnych powinno być nawiązywanie współpracy z wolontariuszami, organizacjami pozarządowymi, ngo'sami. Następnie promowanie zdrowia psychicznego powinno odbywać się poprzez propagowanie go w środowiskach

wolontariuszy, w tym poprzez poszukiwanie wydarzeń na poziomie gminy (takich jak festyny, dożynki itp.) i organizowanie w porozumieniu z organizatorami stoisk, happeningów, akcji promujących zdrowie psychiczne. Konieczna jest również reklama w mediach zarówno ogólnopolskich jak też lokalnych. Wydaje się jednak, że realizacji tego zadania powinno podjąć się ministerstwo właściwe do spraw zdrowia, ze względu na skalę przedsięwzięcia. Oczywiście zlecić należy to profesjonalnej firmie. Wszystkie te działania powinny być nastawione na: upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu; zapobieganie zaburzeniom psychicznym; kształtowanie standardów sprzyjających integrowaniu osób chorych psychicznie ze społeczeństwem.

4) *profilaktykę chorób; oraz*

5) *działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji;*

Profilaktyka chorób psychicznych w dużej mierze opierać się musi o edukację i promocję zdrowia psychicznego. Oprócz wymienionych wyżej propozycji dla profilaktyki zdrowia psychicznego warto zmotywować (wprowadzając odpowiednie regulacje) lekarzy pierwszego kontaktu – rodzinnych, internistów, aby przy każdej wizycie pacjenta prowadzili wywiad uwzględniający aspekty zdrowia psychicznego. Ponadto wszystkim rodzicom, w szczególności młodym, należy przekazywać, np. podczas wizyt szczepiennych informacje na temat rozpoznawania zaburzeń psychicznych, ich ograniczania i eliminowania. Ponadto należy edukować nauczycieli (w ramach obowiązkowego doksztalcania), aby byli zdolni do rozpoznawania problemów ze zdrowiem psychicznym uczniów oraz stworzyć odpowiedni kanał komunikacji ze specjalistami – np. konsultacje w szkołach.

Istotne jest również promowanie zdrowia psychicznego wśród pracodawców – uświadamianie im zagrożeń, jakie obciążają pracowników i proponowanie rozwiązań, które pozwolą na ochronę pracowników. Uzasadnione wydaje się tu nawiązanie współpracy z organizacjami zrzeszającymi pracodawców.

Zadania te są kwalifikowane również jako tzw. pomoc społeczna w ramach działalności jednostek samorządu terytorialnego, a więc chodzi tu również o przewidywane w modelu ŚCZP działania pozamedyczne – odbywające się w środowisku bliskim pacjentowi, a więc tzw. otoczeniu zewnętrznym ŚCZP. Podkreślić należy, iż istnieje już regulacja przesądzająca o tym, że zadania z zakresu zdrowia psychicznego zarówno w aspekcie medycznym, jak też

społecznym mają być dostępne w ramach centrów zdrowia psychicznego. Wynika to wprost z brzmienia art. 5a ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 546 z późn. zm.).

Taki kształt ŚCZP jest niewątpliwie pożądany, choć rodzi pewne problemy natury organizacyjno-prawnej. Podkreślić należy bowiem, iż w obecnym stanie prawnym nie możliwe jest prowadzenie przez podmiot leczniczy zadań z zakresu społeczno-pomocowego. Brak jest także regulacji, która integrowałaby dostępne środki pomocowe. Dlatego też proponuje się wprowadzenie Zintegrowanego Świadczenia Społecznego (ZSS), które podobnie jak już zaplanowane Zintegrowane Świadczenie Medyczne (ZSM) byłoby świadczone w ramach jednostek ŚCZP. Postuluje się tu wprowadzenie kompleksowego rozporządzenia, które regulowałoby te kwestie, przy jednoczesnym zmodyfikowaniu przepisów obecnie uniemożliwiających połączenie ZSS i ZSM w ramach jednego podmiotu.

6) *analizę adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa;*

To zadanie jest już realizowane poprzez wprowadzanie zmian w systemie, w tym promowanie modelu ŚCZP, których to kształt i zadania zostały ustalone w oparciu o wcześniejsze analizy. Należy jednak podkreślić, że owa analiza adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa musi być prowadzona stale i nieprzerwanie. Uzasadnione wydaje się zatem określenie procedur kontrolno-audytowych, które miałyby gwarantować najwyższy poziom usług – pomocy świadczonej przez ŚCZP. Szczególnie ważne jest utrzymanie, a więc i kontrolowanie jakości pomocy środowiskowej w jednostkach samorządu terytorialnego, które mają stanowić filar ŚCZP.

Równie istotna jest kontrola efektywności promowania i edukowania z zakresu zdrowia psychicznego. Kontrole powinny być prowadzone przez Radę Zdrowia Psychicznego, lub na jej zlecenie. Również same ŚCZP powinny stale badać poziom zadowolenia pacjentów oraz skuteczność udzielanej pomocy. Ten obszar działalności ŚCZP jest tym bardziej istotny, że działania prewencyjne w służbie zdrowia są 80–100-krotnie tańsze niż leczenie. W średnim i długim okresie prawidłowo zrealizowane programy profilaktyczne i edukacyjne prowadzą do poprawy zdrowia społeczeństw, a w rezultacie spadku wydatków na leczenie i skrócenia czasu oczekiwania na wizytę u specjalisty. Dlatego też zasadnicza jest skuteczność tych działań.

7) *inicjowanie i prowadzenie badań naukowych oraz współpracy międzynarodowej w zakresie zdrowia publicznego oraz*

8) *rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego;*

Realizacja pierwszego zadania jest w dużym stopniu uzależniona od sposobu działania uczelni medycznych w Polsce, a więc również od ministra właściwego do spraw nauki i szkolnictwa wyższego.

Dla zapewnienia możliwości czerpania wiedzy i zdobywania praktyki przez studentów medycyny oraz prowadzenia badań naukowych warto wprowadzić, np. art. 5b w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 546 z późn. zm.), który brzmiałby: „Podmiot leczniczy prowadzący centrum zdrowia psychicznego podejmuje współpracę z lokalnymi uczelniami medycznymi celem edukowania studentów oraz prowadzenia badań naukowych.”. Należy rozważyć dalej idący przepis, który zmierzał będzie do stworzenia bazy trudnych, czy „ciekawych” przypadków – zadaniem każdego lekarza, który zetknąłby się z pacjentem wpisującym się w ten model, byłoby wówczas dokładne opisanie go oraz zgromadzenie kopi dokumentacji medycznej w przeznaczonym do tego systemie.

Istotne może się okazać stworzenie specjalnego kanału wymiany informacji i konsultacji pomiędzy jednostkami zgromadzonymi w ramach wszystkich ŚCZP. Optymalny wydaje się tu system teleinformatyczny, w którym podobnie jak już rozwiązane przypadki pojawiały, by się prośby o konsultację. Dostęp do tego systemu mieliby wszyscy lekarze zatrudnieni w ŚCZP oraz pracownicy naukowci uczelni współpracujący z ŚCZP.

Udostępnienie powyżej zaproponowanego systemu wymiany informacji wpłynie pozytywnie nie tylko na efektywność leczenia, ale też na rozwój lekarzy. Wymiana doświadczeń i wzajemne doskonalenie spowoduje wzrost kompetencji oraz zmniejszy ryzyko popełnienia błędu medycznego. Ponadto utrzymanie planowanych standardów modelu ŚCZP wymaga stałego doskonalenia personelu medycznego bezpośrednio zaangażowanego w program zdrowia psychicznego, dlatego też uzasadniony wydaje się postulat wprowadzenia obowiązku uczestniczenia w szkoleniach krajowych jak też zagranicznych oraz umożliwienie lekarzom wzięcia udziału w stażach zagranicznych, kluczowe może się tu okazać zobowiązanie wszystkich ŚCZP do wprowadzenia systemu szkoleń i doskonalenia kompetencji zawodowych lekarzy, a w szczególności do nawiązania współpracy z zagranicznymi podmiotami specjalizującymi się w dziedzinie psychiatrii. np. za pośrednictwem rozporządzenia regulującego kwestie ŚCZP.

9) ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych *oraz*

10) *działania w obszarze aktywności fizycznej*

Pierwsze z ww. zadań jest jednym z podstawowych założeń modelu, a jego realizacja odbywać się będzie na wielu polach, co jednoznacznie wynika z przedstawionych propozycji na zorganizowanie pracy ŚCZP. Zadanie to zostanie wykonane poprzez dogodne (ułatwiające dostęp pacjentom) rozmieszczenie na terenie powiatu podmiotów wykonujących zadania w ramach CZP. Ponadto fakt, iż każde CZP będzie oferowało w danym powiecie pełny zakres pomocy psychicznej stwarza możliwość równego dostępu do tych świadczeń dla wszystkich osób potrzebujących tego typu pomocy. Istotne będą tu również podmioty świadczące tzw. ZSS, a więc wychodzące poza placówki lecznicze, odbywające się również w środowisku bliskim pacjentowi. Ponadto kluczowe będzie tu zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi, prowadzenie terapii poprzez sport oraz organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego, uświadamianie możliwości zwalczania drobnych zaburzeń psychicznych poprzez aktywność fizyczną.

Wnioski

Otwartość opieki psychiatrycznej zlokalizowanej bliżej naturalnego środowiska osoby dotkniętej zaburzeniami psychicznymi bez wątpienia podniesie jakość jego życia oraz zapewni lepiej pełnić role społeczne. Dlatego potrzeba upowszechnienia środowiskowej opieki psychiatrycznej, która poprzez różne formy pomocy z pewnością przyczyni się do rozwiązania problemu społecznego osób z zaburzeniami psychicznymi. Potrzeba zatem większej odpowiedzialności państwa za ochronę zdrowia psychicznego swoich obywateli poprzez skuteczne i sprawne działanie poszczególnych jednostek odpowiedzialnych za ten rodzaj działań. Niewątpliwie rola jednostek samorządu terytorialnego jest tu duża, ale jak pokazują badania obecnie prawie niewykonywana w zakresie środowiskowej opieki psychiatrycznej. Troska o zdrowie społeczności musi rozpocząć się na poziomie centralnym, który wskaże kierunki i wymagane działania, ale ostatecznie będzie zawsze realizowana na poziomie lokalnym. Właśnie ten dochodzi do bezpośredniego spotkania pomiędzy jednostką samorządu terytorialnego, a osobą potrzebującą pomocy społecznej. Dlatego potrzeba wyposażyć w zasad i narzędzia niezbędne do podjęcia efektywnych działań na poziomie jednostek samorządu terytorialnego w zakresie dbania o zdrowie publiczne, a szczególnie zdrowie psychiczne swoich obywateli.

Literatura:

1. Furtak M., Zdrowie publiczne [w:] Teoria instytucji prawa administracyjnego. Księga pamiątkowa Profesora Jerzego Stefana Langroda, PAN, Paryż 2011, s. 275.
2. Niczyporuk J., Sfera publiczna [w:] Prawna działalność instytucji społeczeństwa obywatelskiego, pod. red. J. Blicharz, J. Bocia, Kolonia Limited, Wrocław 2009, s.120.
3. Winslow, C.-E.A., The Untilled Fields of Public Health, Science 51(1306); 23-33 (Jan. 9, 1920).
4. Furtak-Niczyporuk M. Podmioty świadczące usługi osobom z zaburzeniami psychicznymi [w:]Koncepcja środowiskowej opieki psychiatrycznej w aspekcie zdrowia publicznego, A. Czernikiewicz, B. Drop, M. Furtak-Niczyporuk, A. Kochański, M. Michalak, LSOZP, Lublin 20015, s.84.
5. Brodniak W.A., Choroba psychiczna w świadomości społecznej, Oficyna Naukowa, Warszawa 2000, s. 23.
6. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r., Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2011.
7. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2015, tablica 38, s.83.
8. Kochański A., Koncepcja funkcjonowania środowiskowego centrum zdrowia psychicznego [w:] Strategia wdrażania woluntarystycznego modelu środowiskowej opieki psychiatrycznej, J. Niczyporuk, A. Czernikiewicz, Z. R. Kmiecik, M. Michalak, M. Furtak-Niczyporuk, E. Czech, B. Drop, M. Grzeszczuk, A. Kochański, M. Szewczak, ISAP, Lublin 2016, s. 297, 318-319.
9. Mezzina R., An „Open-Door – No Restraint” System of Care for Recovery and Citizenship, The Journal of Nervous and Mental Diseases 2014, vol.202, nr 6; Thornicroft G., Tansell M., W stronę lepszej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2010, s.74.
10. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. poz.1916).