

1. Jakie znaczenie ma zdrowie psychiczne ludności dla celów strategicznych UE opisanych w pkt 1 Zielonej Księgi ?

Docenienie znaczenia zdrowia psychicznego w krajach europejskich jest znaczącym krokiem w kierunku wychodzenia z różnego rodzaju zaniedbań dotyczących tej sfery. Wspólnotowa strategia dotycząca obszaru zdrowia psychicznego powinna umożliwiać wprowadzanie rozwiązań systemowych w ochronie zdrowia psychicznego według podobnych standardów na poziomie krajowym. Współpraca między krajami europejskimi w tym zakresie, zwłaszcza w obszarze tworzenia Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego winna bazować na wzajemnych doświadczeniach. Wiele zapisów polskich regulacji prawnych zbieżnych jest z Deklaracją i Planem Działania przyjętymi na Europejskiej Konferencji Ministrów Zdrowia w Helsinkach i z zapisami w Zielonej Księdze. Polska, doceniając wagę zdrowia psychicznego populacji, już w roku 1995 roku przyjęła ustawę o ochronie zdrowia psychicznego, a w roku 1996 Narodowy Program Zdrowia, który w 7 celu operacyjnym wskazał promocję zdrowia psychicznego oraz zapobieganie występowaniu zaburzeń psychicznych, jako jeden z najważniejszych celów do osiągnięcia w perspektywie wieloletniej i w pierwszym etapie obowiązywania programu do roku 2005. Przyjęcie jednej skoordynowanej polityki unijnej w obszarze ochrony zdrowia psychicznego społeczeństw pozwoli stworzyć właściwe warunki do harmonijnego rozwoju psychicznego społeczeństwa, umożliwić zdobycie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych, a także pozwoli na kształtowanie lepszych relacji międzyludzkich. Bez przyjęcia skoordynowanej polityki w tym obszarze nie będzie można mówić o zdrowym społeczeństwie, gdyż zdrowie psychiczne jest niezmiernie istotną częścią składową zdrowia w ogóle.

2. Na ile przydatne byłoby opracowanie wspólnotowej, kompleksowej strategii zdrowia psychicznego oraz czy priorytety przedstawione w pkt 5 są właściwe?

Propozycja ustanowienia kompleksowej wspólnotowej strategii zdrowia psychicznego może przynieść odczuwalne korzyści w sferze zdrowotnej, ekonomicznej, edukacyjnej, środowiskowej, dlatego też zasługuje na pełne poparcie.

Propozycje aktywności przedstawione w strategii UE (w pkt 5) zawierają najważniejsze działania związane z ochroną zdrowia psychicznego: promocję zdrowia psychicznego, zapobieganie zaburzeniom psychicznym (zwłaszcza depresji, samobójstwom, uzależnieniom),

poprawę opieki nad osobami chorymi i niepełnosprawnymi psychicznie, ochronę ich praw i jakości życia, w tym także zapobieganie stygmatyzacji, a także potrzebę badań nad problemami zdrowia psychicznego. Potrzebne jest wyraźne wyeksponowanie działań mających na celu kształcenie kadr niezbędnych do realizacji tych zadań, zwłaszcza kształcenia lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, pracowników socjalnych, psychologów, pedagogów i innych profesjonalistów w tym obszarze. Przyjęcie takich działań powinno być skoordynowane i monitorowane, a podstawę mogłyby stanowić krajowe lub lokalne programy ochrony zdrowia psychicznego. Istotna wydaje się także wymiana krajowych doświadczeń i dobrych praktyk związanych z ochroną zdrowia psychicznego.

Ponadto wydaje się istotne, by – w ramach wymienionych aspektów – strategia kładła większy nacisk na wypracowanie i upowszechnianie standardów procedur leczniczych i terapeutycznych dla poszczególnych grup schorzeń psychicznych. Postulat ten odpowiada postanowieniom konferencji ministerialnej WHO ze stycznia 2005 r., gdzie za największy priorytet uznano zapewnienie skutecznej, wysokiej jakości opieki i usług leczniczych, dostępnych dla chorych psychicznie.

Pożądane jest również wypracowanie standardów pomocy psychologicznej dla osób chorych somatycznie. W pierwszym rzędzie chodzi o osoby cierpiące na schorzenia przewlekłe, co często jest czynnikiem ryzyka dla wystąpienia depresji.

Konieczne jest budowanie i promowanie zintegrowanych systemów pomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w ramach których oferowana jest pomoc medyczna, socjalna, prawna, edukacyjna i dotycząca zatrudnienia.

3. Czy inicjatywy zaproponowane w pkt 6 i 7 są odpowiednie, aby wesprzeć koordynację pomiędzy Państwami Członkowskimi, uwzględnić zdrowie psychiczne w politykach związanych ze zdrowiem lub innych politykach oraz w działaniach podjętych przez zainteresowane strony i aby zwiększyć związek pomiędzy badaniami naukowymi i działaniami w zakresie zdrowia psychicznego?

Ochrona podstawowych praw i godności ludzi chorych i niepełnosprawnych psychicznie koncentruje się na działaniach służących zwiększaniu akceptacji społecznej tych osób poprzez deinstytucjonalizację opieki psychiatrycznej. Realizacji tego celu służyłoby również zwiększenie wiedzy środowisk medycznych, samych chorych i ich rodzin oraz opinii publicznej na temat praw człowieka, praw pacjenta, w szczególności praw pacjenta psychiatrycznego. Instytucje i mechanizmy ochrony praw człowieka osób z zaburzeniami

psychicznymi są różne w poszczególnych państwach członkowskich. Promowanie dobrych praktyk w tym zakresie wzbogaciłoby możliwe inicjatywy na poziomie Wspólnoty.

Rozwiązania zaproponowane w Zielonej Księdze zawierają najważniejsze propozycje działań dotyczących całościowej ochrony zdrowia psychicznego. Należałoby rozważyć dodatkowo uzupełnienie działań opisanych w pkt 6.2 o inicjatywy mające na celu zapewnienie dostępności osób chorych i niepełnosprawnych psychicznie do nowoczesnych form terapii o potwierdzonej skuteczności (psychoterapii i nowych leków psychotropowych).

Zdrowie psychiczne i dobra kondycja stanowią fundamenty wysokiej jakości życia, mobilizują ludzi do szukania doświadczeń i czynią ich kreatywnymi i aktywnymi. Promocja zdrowia psychicznego niezbędna jest dla całej populacji, w tym także dla osób z problemami i zaburzeniami psychicznymi i ich opiekunów. Rozwój i wprowadzenie efektywnego planu promocji zdrowia psychicznego będzie wspierać poprawę kondycji życiowej u wszystkich obywateli.

Rozwój i wdrażanie strategii zdrowia psychicznego może wpływać na zmniejszenie rozprzestrzeniania się stygmatyzacji osób z problemami psychicznymi, w szczególności zaś dyskryminacji. Stygmatyzacja jest podstawową przyczyną dyskryminacji i wykluczenia: w jej efekcie obniża się poczucie własnej wartości, ograniczają się i ulegają degradacji relacje rodzinne, obniża się zdolność socjalizacyjna - tworzenia domu i znalezienia pracy. Zapobieganie dyskryminacji jest jednym z głównych celów prewencji w zdrowiu psychicznym, promocji dobrej kondycji psychicznej oraz wdrażania efektywnego leczenia i opieki. Zmierzać się powinno także do ograniczenia działań naruszających prawa człowieka mających miejsce na poziomie instytucjonalnym.

Obywatele wielu państw, będący pod wpływem długotrwałego stresu, narażeni są przede wszystkim na zespoły lękowe, depresje i choroby związane z nadużywaniem alkoholu i innych substancji. Społeczną przyczyną chorób psychicznych jest ignorowanie problemu i indywidualnych przypadków zaburzeń i ich oddziaływanie na wspólnotę lub społeczeństwo. Najbardziej narażone na ryzyko są grupy słabe lub podlegające marginalizacji społecznej, a zwłaszcza populacja migrantów, bezrobotnych, byłych więźniów, osób o innej orientacji seksualnej, osób z zaburzeniami osobowości lub osób, które już zachorowały psychicznie.

W większości obszaru regionu europejskiego nadal dominuje opieka instytucjonalna. W części krajów europejskich dostępność do ochrony zdrowia, w tym także ochrony zdrowia psychicznego jest w mniejszym lub większym stopniu ograniczona. W części krajów Europy ok. 50% wszystkich pacjentów jest leczonych w dużych szpitalach psychiatrycznych. Ponadto

więcej niż dwie trzecie wszystkich łóżek szpitalnych w Europie to miejsca w szpitalach psychiatrycznych. W niektórych państwach Europy 85% środków finansowych przeznaczonych na ochronę zdrowia psychicznego pochłaniają wielkie instytucje (*szpitale*). Ponad jedna trzecia państw europejskich nie zapewnia leczenia chorób psychicznych przez lekarzy rodzinnych, nie istnieją także programy szkoleń dla lekarzy rodzinnych i lekarzy innych specjalności, pracujących w podstawowej ochronie zdrowia.

Liczba pracowników specjalistycznej opieki psychiatrycznej w poszczególnych państwach kształtuje się różnie:

- Liczba lekarzy waha się od 1,8 do 25 na 100 000 pacjentów,
- Liczba pielęgniarek psychiatrycznych waha się od 3 do 104 na 100 000 pacjentów,
- Liczba psychologów waha się od 0.1 do 96 na 100 000 pacjentów.

Od czasu wejścia w życie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (1995 r.) rozwijają się nowe formy oparcia społecznego dla osób przewlekle chorych psychicznie i upośledzonych umysłowo, są to środowiskowe domy samopomocy i specjalistyczne usługi opiekuńcze udzielane w miejscu zamieszkania pacjenta. Inną formą pomocy są warsztaty terapii zajęciowej organizowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, część z nich – ok. 10% przeznaczona jest dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Działania na rzecz pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi prowadzi też kilkadziesiąt stowarzyszeń samopomocowych pacjentów i ich rodzin. W 1993 r. zawiązały one Koalicję na Rzecz Zdrowia Psychicznego. Świadczenia opieki zdrowotnej, w tym także psychiatrycznej, finansowane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a w przypadku nie ubezpieczonych przez Ministra Zdrowia. W leczeniu całodobowym najczęściej kontraktowanym świadczeniem jest jeden dzień pobytu chorego w szpitalu tzw. osobodzień. Jest on też najczęściej jednostką rozliczeniową w oddziałach dziennych. W ambulatoryjnej psychiatrycznej opiece zdrowotnej świadczeniami kontraktowanymi jest porada lekarska i psychologiczna, a także sesja psychoterapii indywidualnej lub grupowej. Za świadczenia zdrowotne udzielane osobom chorym psychicznie lub upośledzonym umysłowo przez publiczne zakłady psychiatrycznej opieki zdrowotnej nie pobiera się od tych osób opłat. Jeśli chodzi o indywidualne psychiatryczne praktyki lekarskie (prywatne praktyki), tylko nieliczne z nich mają podpisane kontrakty z Funduszem, w większości ich usługi opłacają pacjenci.

This paper represents the views of its author on the subject. These views have not been adopted or in any way approved by the Commission and should not be relied upon as a statement of the Commission's or Health & Consumer Protection DG's views. The European Commission does not guarantee the accuracy of the data included in this paper, nor does it accept responsibility for any use made thereof.