

## **Psychiatryczna opieka zdrowotna w Polsce w okresie przemian**

### **1. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w Polsce**

Podstawowym źródłem informacji o zdrowiu psychicznym polskiej populacji są wciąż tzw. mierniki (wskaźniki) negatywne, mianowicie rozpowszechnienie i zachorowalność zarejestrowane w lecznictwie ambulatoryjnym i opiece pełno dobowej (szpitalnej).

W 1997 r. w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej zarejestrowano blisko 2% mieszkańców Polski, tj. 750 tys. osób (1940 na 100 tys. ludności), w tym 207 tys. po raz pierwszy (536 na 100 tys. ludności). W porównaniu z rokiem 1990 wskaźnik rozpowszechnienia wzrósł o 19%, a zachorowalności o 20%. Najwyższą dynamikę wzrostu wykazują zaburzenia depresyjne (choroby afektywne), schizofrenia oraz psychozy alkoholowe.

W opiece pełno dobowej w 1996 r. leczono 142 tys. osób (368,4 na 100 tys. ludności), w tym po raz pierwszy - 59 tys. osób (153 na 100 tys. ludności). Wśród leczonych przeważają osoby z zaburzeniami psychotycznymi. W porównaniu z rokiem 1990 wskaźnik ogółu leczonych zmniejszył się o 3,7%, natomiast leczonych po raz pierwszy wzrósł o 12%. Na uwagę zasługuje duży wzrost wskaźnika rozpowszechnienia i zachorowalności z powodu chorób afektywnych (o 40% i 58%) oraz uzależnienia od alkoholu. Osoby uzależnione od alkoholu stanowią blisko 30% ogółu leczonych w szpitalach i oddziałach psychiatrycznych.

W świetle szacunków Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych liczba osób uzależnionych od alkoholu sięga 1 mln, zaś z analizy Instytutu Psychiatrii i Neurologii wynika, że liczbę osób uzależnionych od środków narkotycznych należy szacować od 20 do 40 tys. (nie dotyczy to osób „eksperymentujących” i przyjmujących środki narkotyczne sporadycznie). Wśród młodzieży szkolnej obserwuje się niepokojące zjawisko zwiększania się liczby „eksperymentujących” i przyjmujących narkotyki sporadycznie.

Innym miernikiem rozmiarów patologii jest wskaźnik samobójstw dokonanych, który po nagłym spadku w roku 1981 do poziomu 9,6/100 tys. powoli lecz systematycznie wzrasta i obecnie osiąga wartość 14-15/100 tys. ludności.

### **2. Zasoby psychiatrycznej opieki zdrowotnej.**

Psychiatryczna i odwykowa opieka zdrowotna w Polsce dysponuje pokaźnymi pod względem ilościowym zasobami, które ilustrują takie dane jak: ponad 32 tys. łóżek w psychiatrycznej i odwykowej opiece zdrowotnej zlokalizowanych w 163 szpitalach psychiatrycznych i oddziałach klinicznych oraz oddziałach psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych, 594 poradni zdrowia psychicznego oraz 423 poradni odwykowych. W lecznictwie psychiatrycznym zatrudnionych jest 1700 psychiatrów i ok. 1400 psychologów.

Mimo trwającej od kilkunastu lat transformacji leczenia psychiatrycznego - psychiatryczna i odwykowa opieka zdrowotna wykazuje wciąż szereg poważnych defektów strukturalnych i funkcjonalnych, do których należy zaliczyć:

- nierównomierne rozmieszczenie bazy szpitalnej,
- nadmierną koncentrację łóżek w dużych szpitalach psychiatrycznych,
- dużą odległość szpitali od miejsca zamieszkania chorych (ponad połowa > 80 km),
- białe plamy terytorialne w zakresie łóżek psychiatrycznych (łomżyńskie),
- duży odsetek przewlekle chorych i przebywających w szpitalach ze wskazań społecznych,
- nierównomierne rozmieszczenie kadr specjalistycznych w poszczególnych regionach,
- zróżnicowany poziom diagnostyki i terapii, w dużym stopniu zależny od dostępności aparatury diagnostycznej i liczby specjalistów,
- niski standard wyposażenia (zwłaszcza dużych szpitali), dekapitalizacja budynków.

### **3. Model reformy psychiatrycznej opieki zdrowotnej**

Psychiatryczna i odwykowa opieka zdrowotna w Polsce wymaga głębokich zmian i dostosowania jej do wymogów współczesnej psychiatrii. **Przeprowadzana reforma leczenia psychiatrycznego w Polsce polega na stopniowej transformacji modelu szpitalnego w kierunku psychiatrii środowiskowej.** Obejmuje ona:

- rozwój istniejących i tworzenie nowych pozaszpitalnych form pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi, poradni czynnych codziennie, oddziałów dziennych, oddziałów środowiskowych, domów samopomocy, ośrodków oparcia społecznego, hosteli,
- rozwój równomiernie rozmieszczonej sieci oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych,
- transformację dużych (> 500-600 łóżkowych) szpitali: likwidację nadmiaru łóżek, tworzenie hosteli, domów pomocy społecznej, ośrodków rehabilitacyjnych,
- wdrażanie nowoczesnych form leczenia i rehabilitacji,
- podwyższanie kwalifikacji (kompetencji) lekarzy ogólnych oraz rodzinnych w zakresie wiedzy o zaburzeniach psychicznych,
- koordynację działań na poziomie województwa.

**Program przemian leczenia psychiatrycznego zawarty jest w trzech dokumentach:**

- \* Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego.
- \* Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego (program resortowy, obecnie modyfikowany z zamiarem nadania mu rangi programu rządowego).
- \* Docelowej Sieci Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej (wymaga nowelizacji w związku z nowym podziałem administracyjnym kraju).

### **4. Przebieg transformacji - rozwój psychiatrii środowiskowej**

Proces przemian psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce zapoczątkowano na przełomie lat 60-tych i 70-tych. Pierwszym, znaczącym wydarzeniem było **wprowadzenie tzw. subrejonizacji (sektoryzacji)** usług świadczonych przez szpitale psychiatryczne, której istotą było ścisłe powiązanie działalności oddziału psychiatrycznego z określonym terytorium (subrejonem). Oddział psychiatryczny miał przejąć większość usług z zakresu zaburzeń zdrowia psychicznego świadczonych na

rzecz określonej populacji, zaś ordynator pełnić rolę koordynatora aktywności oddziału i poradni działającej w subrejonie. Ten nowy sposób organizacji psychiatrycznej opieki zdrowotnej przyczynił się do usprawnienia pracy wielu szpitali psychiatrycznych w Polsce, zmniejszyła się liczba oddziałów dla przewlekle chorych, pojawiły się oddziały koedukacyjne, wydatnie skróciła się średnia długość pobytu w szpitalach, wzrosło zainteresowanie personelu, zwłaszcza fachowego efektywnością udzielanej pomocy. Nie powiódł się natomiast zamiar zintegrowania działalności oddziałów psychiatrycznych oraz poradni zdrowia psychicznego. Na przeszkodzie stanęła m.in. duża odległość większości szpitali od miejsca zamieszkania osób leczonych. Jak wspomniałem system subrejonizacji przyczynił się wydatnie do usprawnienia działalności szpitali i efektywności leczenia, czego przejawem była redukcja liczby łóżek, zwłaszcza w dużych szpitalach, w których w ciągu ostatnich 25 lat liczba ta zmniejszyła się o ponad 11 tys. łóżek, a więc o 1/3.

Drugim nader korzystnym zjawiskiem było tworzenie sieci oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych, których liczba zwiększyła się z kilkunastu w 1970 r. do 56 w roku 1997 (łącznie dysponują one prawie 3700 łózkami, co stanowi 11% ogółu łóżek psychiatrycznych). Na podkreślenie zasługuje, że w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych leczy się obecnie 17% chorych hospitalizowanych, zwraca przy tym uwagę wyraźnie krótsza długość pobytu (36 dni, w szpitalach psychiatrycznych - 55 dni). Powstanie oddziałów psychiatrycznych zwykle dynamizuje rozwój innych form opieki, w tym środowiskowej.

Jak wynika z doświadczeń licznych krajów - zmniejszanie wielkości lub likwidacja dużych szpitali psychiatrycznych powinna iść w parze z tworzeniem dostosowanych do potrzeb osób opuszczających szpitale nowych form pomocy w ich środowisku, które są określane ogólną nazwą „**oparcie społeczne**”. Obejmuje ono (cyt. za Dąbrowskim i wsp. 1998):

- „sieć kontaktów społecznych jednostki z osobami najbliższymi, które zapewniają jej pomoc oraz wsparcie emocjonalne, materialne i socjalne w rozwiązywaniu problemów codziennych i szczególnych trudności życiowych.
- sieć stowarzyszeń i organizacji społecznych, grup samopomocowych i innych wspólnot na poziomie lokalnym, regionalnym i centralnym, które skupiają ludzi o zbliżonych przekonaniach, problemach lub interesach.

termin system społecznego oparcia oznacza w węższym rozumieniu - środowiskowy system oparcia, teoretycznie opracowany i praktycznie wprowadzony do leczenia psychiatrycznego w połowie lat 70-tych w USA. W koncepcji tej zakłada się, że odpowiedzialność za zaspokojenie potrzeb zdrowotnych, społecznych i bytowych osób, które nie są w stanie samodzielnie funkcjonować w społeczności ze względu na przewlekłe, nasilone zaburzenia psychiczne oraz brak umiejętności społecznych, zawodowych i środków materialnych, **ponoszą głównie dwie instytucje: opieka psychiatryczna albo pomoc społeczna**. Udzielają one świadczeń zdrowotnych i socjalno-bytowych, a jednocześnie koordynują i integrują wszystkie dostępne w społeczności lokalnej źródła pomocy”. Do koncepcji tej nawiązuje **artykuł 8 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego**, który zawiera zapis następujący:

1. Jednostki organizacyjne i inne podmioty działające na podstawie ustawy o pomocy społecznej, zwane dalej „organami do spraw pomocy społecznej”, w porozumieniu z zakładami psychiatrycznej opieki zdrowotnej organizują na obszarze swego działania

oparcie społeczne dla osób, które z powodu choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego mają poważne trudności w życiu codziennym, zwłaszcza w kształtowaniu swoich stosunków z otoczeniem, w zakresie zatrudnienia oraz w sprawach bytowych.

2. Oparcie społeczne polega w szczególności na:

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

**Artykuł 9** tej ustawy stanowi co następuje:

1. Usługi opiekuńcze powinny być dostosowane do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi. Pomoc mieszkaniowa, jako forma usługi opiekuńczej, może polegać między innymi na udostępnianiu miejsca w środowiskowym domu samopomocy.
2. Środowiskowe domy samopomocy, stosownie do potrzeb, są organizowane, prowadzone i finansowane przez organy do spraw pomocy społecznej na zasadach określonych w przepisach ustawy o pomocy społecznej. Środowiskowe domy samopomocy mogą być także tworzone przez podmioty wymienione w art. 1 ust. 2.
3. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrem Pracy i Polityki Socjalnej określa, w drodze rozporządzenia, rodzaj i zakres psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych udzielanych w domach pomocy społecznej i w środowiskowych domach samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi.
4. Zadania, o których mowa w ust. 1 i 2, są realizowane jako zadania zlecone gminom przez administrację rządową w ramach pomocy społecznej.

Pragnę z satysfakcją stwierdzić, że przytoczone zapisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego są w Polsce stopniowo realizowane i przynoszą wymierne efekty.

Wg danych Ministerstwa Pracy i Polityki Socjalnej w połowie 1998 roku było w Polsce **184 środowiskowych domów samopomocy z 5,5 tysiącami miejsc**. W większości były to **domy dziennego pobytu**, kilka to **mieszkania chronione**. Mam możliwość systematycznego obserwowania jednego z takich ośrodków w Warszawie (prowadzony przez Warszawskie Towarzystwo Pomocy Chorym Psychicznie). Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że przypada mu niezwykle ważna rola w pomocy dużej grupie osób, które bez takiego ośrodka przebywałyby jako przewlekle chorzy w jednym z podwarszawskich szpitali psychiatrycznych. Należy żałować, że stosunkowo dynamicznemu rozwojowi domów dziennego pobytu nie towarzyszy również szybki wzrost liczby miejsc spełniających kryteria chronionych warunków mieszkaniowych, które stanowią wciąż maleńkie wysepki na rozległej mapie kraju.

Część polskich psychiatrów wykazuje niestety niezbyt duże zainteresowanie tą cenną formą pomocy osobom chorym psychicznie. Pewne znaczenie w kształtowaniu specyficznego „dezinteresment” wydaje się przypadać zróżnicowanej „podległości” zakładów opieki zdrowotnej (Ministerstwo Zdrowia) i jednostek określanych nazwą „oparcie społeczne” (Ministerstwo Pracy i Polityki Socjalnej).

Zupełnie nową formą pomocy są wspomniane już „**usługi opiekuńcze**”, które dopiero teraz pojawiły się na rynku usług oferowanych osobom chorym psychicznie. Nie dysponujemy pełnym rozeznanem co do rozmiarów tego typu działalności w skali kraju, więcej wiemy o sytuacji w regionie warszawskim, w którym realizowanych jest kilka

inicjatyw, m.in. przez Warszawskie Towarzystwo Pomocy Osobom Chorym Psychiczenie oraz Fundację przy Szpitalu Nowowiejskim w Warszawie. W tej ostatniej - specjalistyczne usługi są świadczone przez pielęgniarki, terapeutów, pracowników socjalnych, zatrudnionych w Szpitalu Nowowiejskim. Są one koordynowane przez etatowego pracownika Ośrodka Pomocy Społecznej oraz przedstawiciela Fundacji - koordynatora usług specjalistycznych.

Nowotworzone formy środowiskowej pomocy osobom chorym psychiczenie nie wyczerpują opisu istniejących form organizacyjnych, a stanowią cenne ich uzupełnienie. Przypomnieć warto, że w Polsce oprócz 594 poradni zdrowia psychicznego - działa 106 oddziałów dziennych, które w 1996 r. leczyły 9,3 tys. chorych, 9 hosteli przeznaczonych dla 200 osób, a w 260 warsztatach terapii zajęciowej, przeznaczonych dla niepełnosprawnych, znaczny odsetek (?) stanowią osoby chore i upośledzone umysłowo. Istotną rolę w pomocy osobom chorym psychiczenie żyjącym w środowisku świadczą organizacje pozarządowe, m.in. liczne stowarzyszenia rodzin osób chorych, które organizują różnorodne formy wsparcia, m.in. oddziały dzienne, turnusy rehabilitacyjne i rekreacyjne dla chorych członków ich rodzin. W pomocy osobom z upośledzeniem umysłowym trudną do przecenienia rolę odgrywa Stowarzyszenie Pomocy Upośledzonym Umysłowo, które jest organizatorem kilkudziesięciu placówek służących pomocą tej grupie osób. Innym pozytywnym przykładem jest działalność Stowarzyszenia Rodzin Chorych z Chorobą Alzheimera, które wyraźnie stymuluje rozwój pomocy dla tej grupy chorych. Coraz większą aktywność przejawiają kościoły i stowarzyszenia religijne.

## **5. Perspektywy**

Zarysowany obraz psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce, tej finansowanej ze środków budżetowych, jak też pozabudżetowych może napawać pewnym optymizmem, co nie jest jednak zgodne z odczuciami profesjonalistów, którzy wciąż podnoszą niedostatki ilościowe oraz jakościowe istniejących form organizacyjnych.

W istocie prawda leży pośrodku. Psychiatryczna opieka zdrowotna przechodzi proces transformacji od psychiatrii typu szpitalnego, detencyjnego do psychiatrii środowiskowej. Proces ten przebiega może zbyt wolno oraz z oporami, ale konsekwentnie. Sądę, że dobrze stało się, że nie był sztucznie przyspieszany, że nie podejmowano pochopnych administracyjnych decyzji o zamykaniu szpitali

psychiatrycznych, co pozwoliło na uniknięcie licznych ujemnych, a niekiedy tragicznych następstw, których doświadczyły inne kraje. **Na drodze przemian pojawiają się trudności i zagrożenia, ale również szanse i nadzieje.** Takim zagrożeniem ale i szansą jest **reforma podziału administracyjnego kraju**, która decyzje o formach pomocy osobom chorym psychicznie i wykorzystaniu środków finansowych na ten cel oddaje w ręce władz lokalnych (gmin i powiatów). Tak więc już w niedalekiej przyszłości nie daleki od społeczności lokalnej wojewoda, lecz ona sama będzie decydować o zakresie pomocy środowiskowej oferowanej swoim bliskim. Inne zagrożenie ale i nadzieje - to radykalna **zmiana systemu finansowania opieki zdrowotnej**. Szereg przesłanek wskazuje, że **działalność obecnie tworzonych kas chorych może przyspieszyć transformację psychiatrycznej opieki zdrowotnej** (szpital jest przecież kosztowną formą leczenia), nie wolno jednak dopuścić aby ta transformacja polegała jedynie na likwidowaniu łóżek psychiatrycznych, bez tworzenia niezbędnych form pomocy środowiskowej.

### **Piśmiennictwo**

1. Dąbrowski S.: Specjalistyczne usługi opiekuńcze jako forma oparcia społecznego. *Psychiatr. Pol.*, 1998, t. 32,4, 443-452.
2. Dąbrowski S.: Środowiskowe domy samopomocy jako forma oparcia społecznego, *Psychiatr. Pol.*, 1998, t. 32, 4, 453-462.
3. Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, IPN, 1993.
4. Ustawa o Ochronie Zdrowia Psychicznego, z dnia 19 sierpnia 1994, Dz.U. nr 111, poz. 535.
5. Ustawa o pomocy społecznej, dnia 29 listopada 1990 r. Dz.U. nr 64, poz. 414.

6. Zakłady Psychiatrycznej oraz Neurologicznej Opieki Zdrowotnej, Rocznik Statystyczny, 1996, IPN, Warszawa.