



Światowy raport o zdrowiu psychicznym

Powszechny dostęp
do zdrowia psychicznego

To tłumaczenie nie zostało stworzone przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). WHO nie ponosi odpowiedzialności za treść ani dokładność tego tłumaczenia. Oryginalne wydanie angielskie „*World mental health report. Transforming mental health for all*. Geneva: World Health Organization (WHO); 2022. Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO” jest wiążącą i autentyczną edycją. // This translation was not created by the World Health Organization (WHO). WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. The original English edition “*World mental health report. Transforming mental health for all*. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO” shall be the binding and authentic edition.

5.3 Finansowanie zdrowia psychicznego

Zapewnienie informacji, dowodów i lepszego zrozumienia omawianych kwestii może jedynie w ograniczonym stopniu ułatwić reformę w zakresie zdrowia psychicznego. Aby udostępnić świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego, niezbędne jest przekształcenie planów i strategii w działania poprzez odpowiednie finansowanie przydzielane wtedy, gdy jest taka potrzeba, i tam, gdzie jest konieczne. Odpowiednie finansowanie stanowi podstawę do ustanowienia mechanizmów administracji i zarządzania, rozwijania i rozmieszczenia wyszkolonych pracowników oraz zastosowania odpowiedniej infrastruktury i technologii w celu zwiększenia skali świadczenia zrównoważonych świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego.

Aby można było uzyskać odpowiednie finansowanie, decydenci i planiści muszą przeznaczyć większe środki na zdrowie psychiczne – albo poprzez uzyskanie dodatkowych środków z budżetu lub zewnętrznych darczyńców, albo poprzez redystrybucję środków na zdrowie psychiczne, zarówno w ramach budżetu na zdrowie, jak i w ramach całego budżetu państwa (na przykład w budżetach edukacyjnych).

Tak czy inaczej, ograniczenia budżetowe i ograniczenia zasobów ludzkich niezmiennie zawężają możliwości realizacji działań. Osiągnięcie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego wymaga racjonalnych i starannie przemyślanych decyzji dotyczących tego, gdzie, jak i komu należy zapewnić świadczenie usług zdrowotnych. We wszystkich kontekstach dogłębne procesy służące ocenie potrzeb, zasobów, dowodów na skuteczność i modeli interwencji mogą pomóc w zapewnieniu odpowiedniego i efektywnego przydziału zasobów oraz świadczenia usług.

Ograniczenia finansowe doprowadziły do wypracowania wysoce innowacyjnych rozwiązań, w których wykorzystuje się minimalne zasoby przy osiągnięciu znaczących rezultatów. Takie innowacje, wynikające z konieczności, mogą być najkorzystniejszą opcją w krajach o niskich i średnich dochodach; mogą one również stanowić modele odpowiednie dla krajów

o wysokich dochodach. Na przykład zarówno Problem Management Plus, jak i Friendship Bench, obejmują krótkie, uproszczone wersje interwencji psychologicznych, które zostały pierwotnie opracowane dla społeczności krajów o niskich i średnich dochodach, ale które zostały teraz dostosowane do użycia w Nowym Jorku (zob. sekcja 7.1.4 Zwiększanie skali opieki nad osobami z powszechnymi zaburzeniami) (284, 285).

Świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego zazwyczaj opierają się w całości na budżetach na opiekę zdrowotną i społeczną. Przydział zasobów przebiega zazwyczaj zgodnie z konwencją historyczną, zamiast opierać się na bieżącej ocenie potrzeb. Budżety są zwykle przekierowywane tylko w ramach reformy systemu opieki zdrowotnej.

Istnieją sposoby, dzięki którym kraje mogą zwiększyć efektywność i sprawiedliwość przydziału istniejących zasobów na świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego, w tym poprzez deinstytucjonalizację opieki nad zdrowiem psychicznym i zwalczanie niewłaściwego wykorzystania zasobów. Żaden kraj nie będzie jednak w stanie zaspokoić potrzeb swoich obywateli w zakresie zdrowia psychicznego bez mobilizacji dodatkowych funduszy i zasobów ludzkich oraz przeznaczenia większych środków na zdrowie psychiczne.

Żaden kraj nie będzie w stanie zaspokoić potrzeb swoich obywateli w zakresie zdrowia psychicznego bez mobilizacji dodatkowych funduszy i zasobów ludzkich na zdrowie psychiczne.

Większość funduszy przeznaczonych na zdrowie psychiczne powinna pochodzić ze źródeł krajowych, aby zapewnić stabilność takiego finansowania (219). Również zewnętrzni darczyńcy mają jednak do odegrania pewną rolę, na przykład poprzez pomoc bezpośrednią, bezpośrednie inwestycje zagraniczne, społeczną odpowiedzialność przedsiębiorstw lub filantropię (286).

STUDIUM PRZYPADKU

RAMKA 5.7

Peru: innowacyjne finansowanie na rzecz zrównoważonej poprawy

Od 2013 r. proces reformy w zakresie zdrowia psychicznego w Peru przyczynia się do zmniejszenia luki w opiece nad osobami potrzebującymi pomocy. Reformę skoncentrowano na przeniesieniu opieki nad zaburzeniami psychicznymi ze specjalistycznych szpitali psychiatrycznych do opieki środowiskowej. Jak wynika z analizy, w ramach reformy osiągnięto stopniowy, ale znaczący rozwój świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego: w 2009 r. opieką objętych było 9% osób potrzebujących takiego wsparcia; do 2018 r. odsetek ten wzrósł do 26%.

Udana reforma w zakresie zdrowia psychicznego w Peru nie byłaby możliwa bez innowacyjnego modelu finansowania, który umożliwił mobilizację nowych zasobów i wykorzystanie istniejących źródeł finansowania na potrzeby zdrowia psychicznego. W 2014 r. Ministerstwo Gospodarki i Finansów zatwierdziło dziesięcioletni budżet oparty na wynikach, przeznaczony wyłącznie na wsparcie świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego

opartych na społeczności lokalnej. Do 2020 r. odnotowano dziewięciokrotny wzrost liczby centrów zdrowia psychicznego organizowanych w społeczności w kraju (zob. ramka 7.13 Peru: kompleksowa opieka środowiskowa nad zdrowiem psychicznym).

Świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego zostały włączone do pakietu świadczeń oferowanych w ramach krajowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych w Peru. Stanowiło to przełomowy krok w kierunku osiągnięcia parytetu zdrowia psychicznego w systemie opieki zdrowotnej. Uzupełnieniem tego działania była zrewidowana tabela opłat refundacyjnych w celu pokrycia kosztów świadczenia usług w środowiskowych ośrodkach zdrowia psychicznego i specjalistycznych szpitalach psychiatrycznych.

Łącznie działania te pomogły zmniejszyć o jedną trzecią płatności ponoszone przez osoby fizyczne za świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego w latach 2013–2016.

Źródła: MINSA, 2019 (287); APEC, 2020 (288).



5.3.1 Zwiększenie zasobów ze źródeł krajowych na zdrowie psychiczne

Finansowanie świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego ze źródeł krajowych można zmobilizować, ubiegając się o środki ze skarbu państwa lub poprzez realokację zasobów w ramach budżetu na zdrowie. Niezależnie od wybranego źródła finansowania, doświadczenie pokazuje, że gdy kraje zobowiązują się do samodzielnego finansowania świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego, możliwa jest transformacja opieki nad zdrowiem psychicznym (zob. ramka 5.7 Peru: innowacyjne finansowanie na rzecz zrównoważonej poprawy).

Pozyskiwanie dodatkowych środków finansowych na zdrowie psychiczne z centralnej puli zasobów za pośrednictwem ministerstw finansów lub planowania jest atrakcyjne, ponieważ nie odbiera funduszy innym obszarom zdrowia. Każda prośba o dodatkowe fundusze ze skarbu państwa musi jednak również konkurować z wnioskami z innych ministerstw, a także z szeroką gamą innych organizacji potrzebujących pomocy rządowej.

W miarę jak kraje nadal ukierunkowują i finansują przejście na powszechne ubezpieczenie zdrowotne, ważne jest, aby zdrowie psychiczne zostało włączone do ogólnosektorowych planów dotyczących elastycznych i odpornych systemów opieki zdrowotnej. Wprowadzenie nowych programów społecznego ubezpieczenia zdrowotnego lub innych reform finansowania opieki zdrowotnej niezbędnych do zapewnienia powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego stanowi szansę na systemowe uwzględnienie zdrowia psychicznego już od samego początku. W ujęciu ogólnym, wykraczającym poza sektor zdrowia, warto w pełni uwzględnić zdrowie psychiczne jako nowy priorytet rozwojowy, ponieważ jest ono powiązane z ubóstwem, nierównościami społecznymi, migracją i innymi kluczowymi kwestiami (zob. sekcja 4.3 Umożliwianie rozwoju społecznego i gospodarczego). W ten sposób zdrowie psychiczne można włączyć do strategii rozwoju, które mają wpływ na decyzje budżetowe, takich jak średnioterminowe ramy budżetowe.

Alternatywnym podejściem jest realokacja zasobów w ramach budżetu na zdrowie w celu zwiększenia przydziału przeznaczanego na zdrowie psychiczne. Nadal obowiązują przy tym ograniczenia związane z limitami budżetowymi i konkurencyjnymi priorytetami. Rządy muszą podejmować decyzje nie tylko w odniesieniu do zdrowia psychicz-

nego, ale również zdecydować, ile środków finansowych przeznaczyć na inne potrzeby zdrowotne, takie jak m.in. choroby zakaźne, choroby niezakaźne oraz zdrowie matek i dzieci. W odniesieniu do każdego z tych obszarów zdrowia mogą istnieć ważne i przekonujące argumenty za utrzymaniem obecnych budżetów lub nawet ich zwiększeniem. Rządy muszą również zdecydować, jaką część budżetu na zdrowie należy przeznaczyć na świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej, szpitale, usługi specjalistyczne oraz profilaktykę i promocję zdrowia – należy przy tym pamiętać, że wszystkie te elementy obejmują też w pewnym stopniu zdrowie psychiczne.

Ponieważ kraje nadal borykają się z konsekwencjami gospodarczymi pandemii COVID-19, budżety rządowe na całym świecie są poważnie obciążone. Konkurencja o zasoby będzie prawdopodobnie tak silna jak zawsze, podczas gdy potrzeba szybkiego zwiększenia wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego dla populacji dotkniętych pandemią jest ogromna (zob. rozdz. 2: W centrum uwagi: COVID-19 i zdrowie psychiczne).

Zdania ekspertów są podzielone co do tego, jaką część budżetu zdrowotnego powinno się przeznaczyć na zdrowie psychiczne, a także co do tego, jakie kryteria należy stosować do ustalania priorytetów zdrowotnych (289). Istotnymi aspektami, które należy przy tym wziąć pod uwagę, są wykonalność, przystępność cenowa, efektywność kosztowa, prawa człowieka i sprawiedliwość. Konieczne jest również zrozumienie szerokiego kontekstu finansowania opieki zdrowotnej, powiązanie budżetów z uzgodnionymi na szczeblu krajowym celami i zamierzeniami dotyczącymi zdrowia psychicznego oraz wykorzystanie finansowania jako narzędzia do wprowadzania innowacji i ułatwienia reformy w zakresie zdrowia psychicznego (284).

Bez względu na to, czy kraje przyjmą określoną docelową wartość procentową budżetu na zdrowie – na cele związane ze zdrowiem psychicznym, droga do osiągnięcia powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego wymaga wystarczających zasobów, aby zapewnić równy dostęp do wysokiej jakości i przystępnej cenowo opieki zarówno nad zdrowiem fizycznym, jak i psychicznym. Wymaga to przeznaczenia zasobów na zdrowie psychiczne przez wszystkie sektory, a nie tylko przez sektor zdrowia. Na przykład osoby z zaburzeniami psychicznymi powinny mieć dostęp do kompleksowego wsparcia i programów zatrudnienia prowadzonych przez ministerstwa rozwoju społecznego i pracy.

NARZĘDZIE

RAMKA 5.8

Fundusz Health4Life na rzecz chorób niezakaźnych i zdrowia psychicznego

Health4Life Fund (H4LF) to fundusz powierniczy obejmujący wielu partnerów ONZ, poświęcony chorobom niezakaźnym i zdrowiu psychicznemu, który został ustanowiony w 2021 r. pod auspicjami UNIATF (United Nations Interagency Task Force on the Prevention and Control of NCDs), międzyagencyjnej grupy zadaniowej ONZ ds. chorób niezakaźnych.

Fundusz ten służy wspieraniu krajów o niskich i średnich dochodach za pomocą dotacji katalitycznych, aby stymulować działania wielostronne i międzysektorowe na poziomie krajowym, zwiększać finansowanie krajowe oraz ulepszać politykę, ustawodawstwo i regulacje.

H4LF ma na celu umożliwienie rządów i społeczeństwu obywatelskiemu realizację priorytetów krajowych i osiągnięcie odpowiedniej skali innowacyjnych działań wzmacniających system opieki zdrowotnej. Obejmuje to wdrażanie zalecanych interwencji w zakresie zapobiegania chorobom niezakaźnym i zaburzeniom psychicznym oraz zarządzania nimi w ciągu całego życia, przy jednoczesnym wzmocnieniu szerszego wielosektorowego reagowania na podstawowe uwarunkowania społeczne i strukturalne.

Źródło: WHO, 2021 (290).

5.3.2 Podmioty zewnętrzne inwestujące w zdrowie psychiczne

Nawet jeśli kraje zwiększą krajowe finansowanie świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego, inwestorzy zewnętrzni nadal odgrywają ważną rolę, na przykład w pozyskiwaniu funduszy katalitycznych (zob. ramka 5.8 Fundusz Health4Life na rzecz chorób niezakaźnych i zdrowia psychicznego).

Zasoby zewnętrzne są szczególnie ważne w krajach o niskich dochodach, gdzie presja budżetowa jest często największa. W tych krajach istnieje duży i złożony ekosystem inwestorów zewnętrznych w sektorach publicznym, prywatnym i trzecim, obejmujący m.in. agencje pomocowe, banki rozwoju, korporacje, małe i średnie przedsiębiorstwa, organizacje pozarządowe i prywatne fundacje.

Zasoby zewnętrzne mogą być również ważne dla krajów o średnich dochodach, zwłaszcza gdy ograniczają one opiekę instytucjonalną i tymczasowo potrzebują „podwójnego budżetu” na rozwój świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego opartych na społeczności.

W wielu przypadkach finansowanie zewnętrzne może przyczynić się do wywołania i przyspieszenia pozytywnych zmian (zob. ramka 5.9 Pakistan: wykorzystanie finansowania od darczyńców w celu wywołania zmian). Chociaż od 2000 r. odnotowano wzrost poziomu inwestycji zewnętrznych w zdrowie psychiczne, ich wkład wciąż pozostaje ograniczony. Zdrowie psychiczne przyciąga bardzo mało funduszy od darczyńców (291). Wpłaty filantropijne są szczególnie ważne w finansowaniu działań na rzecz poprawy zdrowia psychicznego w krajach o niskich i średnich dochodach, ale w dalszym ciągu ich poziom jest marginalny w porównaniu z inwestycjami zewnętrznymi w inne obszary zdrowia (292).

STUDIUM PRZYPADKU

RAMKA 5.9

Pakistan: wykorzystanie finansowania od darczyńców w celu wywołania zmian

Korzystając z serii dotacji zewnętrznych od 2014 r., organizacja Interactive Research and Development w Pakistanie ustanowiła i rozszerzyła program *Pursukoon Zindagi* (Spokojne życie), aby zwiększyć dostęp do świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego w społecznościach o ograniczonych zasobach.

Program łączy zaangażowanie społeczności i działania na rzecz budowania potencjału w celu zwiększenia świadomości na temat zaburzeń psychicznych i świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego. Doradcy w ramach tego programu, chociaż nie mają formalnego wykształcenia, są w stanie zapewnić krótkotrwałą, środowiskową terapię psychologiczną, a także skierować do dalszego leczenia. Od 2018 r. rozpoczęto integrację usług oferowanych w ramach programu z niektórymi sieciami podstawowej opieki zdrowotnej, a także z konkretnymi programami dotyczącymi gruźlicy, HIV, chorób płuc i cukrzycy.

Jak poinformowano, do grudnia 2019 r. dzięki programowi przebadano ponad 100 000 osób pod kątem zaburzeń lękowych i depresji, a ponad 9000 osób udzielono bezpłatnych porad dotyczących zdrowia psychicznego. Obecnie *Pursukoon Zindagi* funkcjonuje w 19 ośrodkach podstawowej opieki zdrowotnej,

zapewniając usługi ponad 140 doradców bez formalnego wykształcenia, którzy zostali przeszkoleni i rozmieszczeni w stosownych społecznościach. W ramach programu planuje się rozszerzyć model na trzech dodatkowych świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej z łączną siecią 75 klinik w Karaczi.

Na początku programu doradcy bez formalnego wykształcenia byli finansowani z dotacji, jednak po jego sukcesie ośrodki podstawowej opieki zdrowotnej pokryły koszty personelu, co zapewniło trwałość projektu.

Podczas pandemii COVID-19 dzięki programowi przeszkolono również doradców bez formalnego wykształcenia w dziedzinie zapewniania świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego poprzez takie inicjatywy, jak rozmowy telefoniczne z osobami przebadanymi pod kątem COVID-19. Zorganizowano też grupy wsparcia dla pracowników pierwszej linii oraz uruchomiono infolinię kryzysową dla każdego, kto cierpi na zaburzenia lękowe lub depresję. W ramach programu przeszkolono co najmniej 25 pracowników służby zdrowia w zakresie zdalnego świadczenia zintegrowanej opieki nad zdrowiem fizycznym i zdrowiem psychicznym oraz udzielono wsparcia ponad 20 000 osób.

Źródła: MHIN, 2021 (293); Innovations in Healthcare, 2021 (294).

5.4 Kompetencje i zasoby ludzkie

Obok dowodów, zrozumienia i finansowania istotnym elementem dobrze funkcjonującego systemu zdrowia psychicznego są powszechne kompetencje w zakresie zdrowia psychicznego. W wielopoziomowych systemach opieki różni świadczeniodawcy przyjmują odmienne, ale uzupełniające się role, dzięki którym efektywnie wykorzystuje się zasoby i sprawia, że opieka jest szerzej dostępna. Oznacza to, że świadczeniodawcy na każdym poziomie muszą osiągać i utrzymywać kompetencje w zakresie zdrowia psychicznego – począwszy od osób indywidualnych i świadczeniodawców społecznych, a skończywszy na ogólnych i specjalistycznych pracownikach służby zdrowia (zob. rys. 5.4).

Może się okazać, że personel zajmujący się zdrowiem psychicznym, który pracuje w szpitalach psychiatrycznych, będzie musiał nauczyć się, jak pracować w środowiskach lokalnych. Jednocześnie personel podstawowej opieki zdrowotnej będzie musiał rozwinąć nowe umiejętności w zakresie diagnozowania zaburzeń psychicznych i zapewniania opieki. Szeroki zakres świadczeniodawców, którzy nie są specjalistami w dziedzinie zdrowia psychicznego, w tym pracownicy społeczni, wolontariusze bez formalnego wykształcenia, nauczyciele, policjanci i pracownicy służby więziennej, również potrzebuje szczególnych umiejętności, aby móc podejmować podstawowe interwencje w zakresie zdrowia psychicznego (295). Świadczeniodawcy we wszystkich środowiskach – zarówno specjaliści w dziedzinie zdrowia psychicznego, jak i niespecjaliści – muszą rozwijać kompetencje, aby skutecznie wspierać integrację społeczną osób cierpiących na zaburzenia psychiczne oraz zapewniać opiekę i wsparcie ugruntowane w prawach człowieka, skoncentrowane na osobie i zorientowane na powrót do zdrowia.

Poza personelem zajmującym się zdrowiem psychicznym każdy w społeczności odgrywa rolę w zmniejszeniu luki w leczeniu poprzez rozwijanie swoich indywidualnych umiejętności i kompetencji w zakresie rozumienia problematyki związanej ze zdrowiem psychicznym oraz dbania o własne zdrowie psychiczne,

w tym w miarę możliwości radzenia sobie z własnymi zaburzeniami psychicznymi.

Jak wynika z licznych dowodów, w systemach kompleksowej opieki dzielenie się zadaniami może poprawić wyniki zdrowotne i społeczne osób żyjących z zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza w krajach o niskich i średnich dochodach (296). Dzielenie się zadaniami jest również opłacalne. W jednym z badań modelowych w KwaZulu-Natal w RPA wykazano, że dzielenie się zadaniami z kompetentnymi niespecjalistami może przyczynić się do znaczącego zmniejszenia liczby świadczeniodawców opieki zdrowotnej potrzebnych do zniwelowania luk w opiece nad zdrowiem psychicznym na poziomie podstawowym, przy minimalnych kosztach dodatkowych (297).

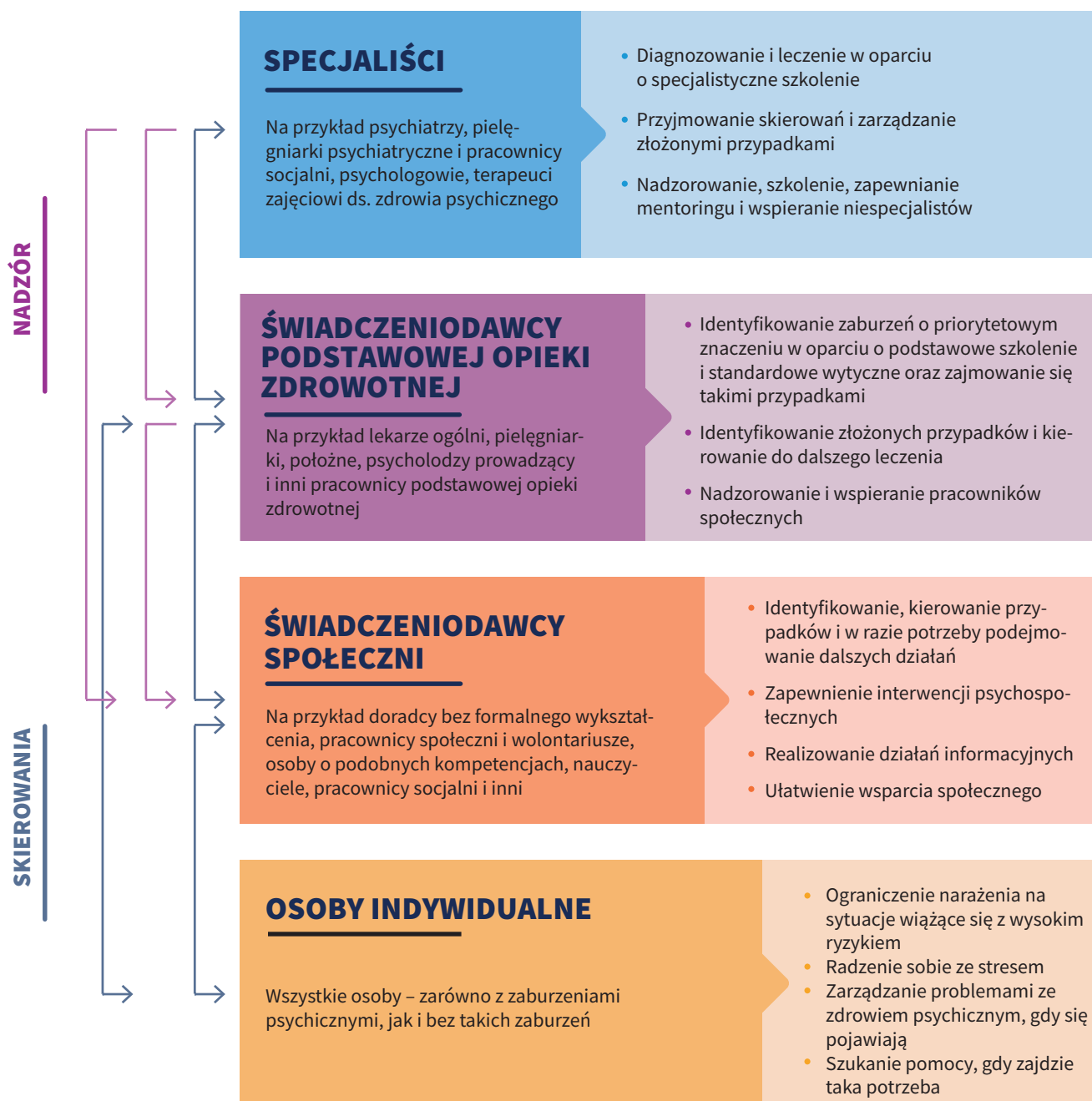
Dzielenie się zadaniami może poprawić wyniki zdrowotne i społeczne osób żyjących z zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza w krajach o niskich i średnich dochodach.

Badacze sugerują, że dzielenie się zadaniami sprawdza się najlepiej, gdy praktycy:

- należą do tej samej społeczności, co osoby otrzymujące świadczenie, i dostosowują leczenie, aby uwzględnić lokalne aspekty kulturowe i przekonania (kompetencje kulturowe);
- podlegają nadzorowi i ukończyli podstawowe szkolenie w zakresie odpowiednich umiejętności do podejmowania interwencji, w pełnym lub niepełnym wymiarze godzin;
- łączą psychologiczne i społeczne komponenty opieki; oraz
- mają trenerów i superwizorów, którzy przestrzegają ustrukturyzowanego protokołu nadzoru w celu zapewnienia jakości, a także oferują mentoring, wskazówki i wsparcie (15).

RYS. 5.4

W ramach opieki wielopoziomowej przydziela się odmienne, ale uzupełniające się zadania pracownikom na różnych poziomach systemu opieki zdrowotnej



Źródło: Ryan et al., 2019 (134).

5.4.1 Rozbudowanie grupy pracowników specjalistycznych

Kompetentni pracownicy specjalistyczni stanowią podstawę każdego systemu zdrowia psychicznego. Jak opisano w rozdziale 3: *Dzisiejsze zdrowie psychiczne na świecie*, im niższy dochód danego kraju, tym mniej specjalistów w dziedzinie zdrowia psychicznego. W krajach o niskich i średnich dochodach w systemach zdrowia psychicznego – szczególnie w przypadku świadczeń na rzecz dzieci i młodzieży – odnotowuje się rażące braki kadrowe. Niedobór ten wynika częściowo z faktu, że w krajach o niskich i średnich dochodach jest ogólnie zbyt mało specjalistów w dziedzinie zdrowia. Inne czynniki to m.in. stygmatyzacja związana z pracą w obszarze zdrowia psychicznego oraz brak możliwości szkoleniowych (298). Na przykład izolacja zawodowa, niskie wynagrodzenie i niezadowolone z pracy przyczyniają się do wysokiego poziomu emigracji wśród psychiatrów z krajów o niskich i średnich dochodach (299).

Ci pracownicy specjalistyczni, którzy są aktywni w branży, są często nierównomiernie rozmieszczeni – większość z nich znajduje się w miastach i dużych instytucjach, a zbyt mało na obszarach wiejskich. Ten brak i ta nierównowaga wykwalifikowanego personelu stanowią ogromną barierę w dostępie do opieki i sprawiają, że świadczenia są poza zasięgiem wielu osób, zwłaszcza gdy duża część specjalistów pracuje w prywatnych gabinetach, które w wielu krajach nie są objęte ubezpieczeniem zdrowotnym.

Większość specjalistów to lekarze z powołania, zmotywowani do zapewniania opieki osobom cierpiącym na zaburzenia psychiczne. Jeśli jednak mają pomóc w transformacji systemów zdrowia psychicznego, muszą wykorzystywać różnorodne kompetencje. Muszą pracować jako eksperci w zespołach wielodyscyplinarnych; jako nauczyciele wzmocniający umiejętności uczniów i innych pracowników; jako superwizorzy i mentorzy dla świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej i świadczeniodawców społecznych, którzy dzielą się zadaniami w zakresie zdrowia psychicznego; jako badacze wnoszący wkład w bazę

dowodową dotyczącą zdrowia psychicznego; jako specjaliści zdrowia publicznego rozwijający infrastrukturę świadczeń oraz jako rzecznicy zwiększający świadomość na temat najważniejszych kwestii (300).

Muszą również umieć pracować z różnymi populacjami, aby zapewnić sprawiedliwą opiekę dla mniejszości rasowych i etnicznych, osób LGBTQ+, migrantów i uchodźców oraz osób doświadczających ubóstwa i bezdomności. W tych populacjach ryzyko nierozpoznania zaburzeń psychicznych lub ich błędnej diagnozy jest znacznie większe.

Wyspecjalizowani pracownicy służby zdrowia pełnią wiele ról, dlatego potrzebują różnorodnych kompetencji.

W wielu krajach nie ma programów szkoleniowych w zakresie psychiatrii, psychologii klinicznej i pielęgniarstwa psychiatrycznego. Jeszcze mniej państw ma programy szkoleniowe w dziedzinie psychiatrii dziecięcej lub zdrowia psychicznego dzieci. W niektórych sytuacjach potencjalnym rozwiązaniem tych wyzwań może być nawiązanie współpracy z uniwersytetami w krajach o wysokich dochodach (zob. ramka 5.10 *Projekt psychiatryczny Toronto–Addis Abeba (TAAPP)*).

We wszystkich przypadkach szkolenie i wdrożenie specjalistów w dziedzinie zdrowia psychicznego wymaga czasu i znacznych zasobów. Ponieważ jednak są oni pilnie potrzebni do rozwijania i wspierania ogólnokrajowych sieci opieki środowiskowej, konieczne może być zorganizowanie innowacyjnych szkoleń, które zapewniają elastyczność. Niektóre kraje znalazły alternatywne ścieżki dzięki wprowadzeniu nowych kadr specjalistów ds. zdrowia psychicznego, którzy mogą zastąpić psychiatrów, psychologów klinicznych lub pielęgniarzy psychiatrycznych, zwłaszcza na obszarach wiejskich, gdzie braki w dostępie do specjalistów są często najbardziej dotkliwe (zob. ramka 5.11 *Innowacje w zakresie zasobów ludzkich w celu rozwijania wiedzy specjalistycznej*). Okazuje się, że te innowacje w zakresie zasobów ludzkich mają zasadnicze znaczenie dla ogólnokrajowego rozwoju funkcjonującego systemu zdrowia psychicznego i mogą ewentualnie służyć jako przykłady dla innych krajów.

STUDIUM PRZYPADKU

RAMKA 5.10

Projekt psychiatryczny Toronto-Addis Abeba (TAAPP)

TAAPP (Toronto Addis Ababa Psychiatry Project) to projekt współpracy edukacyjnej między Uniwersytetem w Addis Abebie a Uniwersytetem w Toronto. Współpraca między tymi ośrodkami ma na celu wsparcie nowo utworzonego programu specjalizacji psychiatrycznej w Etiopii. Projekt ten powstał, aby zapewnić wydziałowi psychiatrii na Uniwersytecie w Addis Abebie zewnętrzną wiedzę specjalistyczną, pomagając wydziałowi w nauczaniu, zapewnieniu nadzoru klinicznego i rozwijaniu zdolności edukacyjnych.

W ustanowionym w 2003 r. TAAPP uczestniczą różni wykładowcy i pracownicy Uniwersytetu w Toronto, którzy podróżują do Addis Abeby, aby uczyć wspólnie opracowanego programu nauczania. Jednocześnie wybrani wykładowcy z Uniwersytetu w Addis Abebie są zapraszani do odbycia rocznych staży klinicznych w szpitalu w Toronto.

Źródła: Wondimagegn et al., 2021 (301); University of Toronto, 2021 (302).

Łącznie w ramach TAAPP przeszkolono 100 etiopskich psychiatrów, dzięki czemu liczba psychiatrów w Etiopii wzrosła do 113. W założeniach projektu TAAPP uznano fakt, że pracownicy wydziałów medycznych potrzebują nie tylko kompetencji klinicznych, ale także umiejętności edukacyjnych. W związku z tym w projekcie skoncentrowano się na rozwijaniu u specjalistów ds. zdrowia psychicznego w Etiopii umiejętności nauczania i szkolenia.

Od czasu rozpoczęcia projektu TAAPP otwarto osiem nowych oddziałów psychiatrii poza Addis Abebą, a w całym kraju ustanowiono cztery nowe programy specjalizacji psychiatrycznych. Świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego są obecnie zintegrowane na wszystkich poziomach krajowego systemu opieki zdrowotnej.

Zwiększenie liczby pracowników specjalistycznych opiera się również na przyciąganiu większej liczby osób do pracy w zawodzie związanym ze zdrowiem psychicznym, zatrzymywaniu ich po tym, jak zdobędą już kwalifikacje, oraz zapewnieniu równomiernego rozmieszczeniach takich specjalistów w całym kraju. Poprawa rekrutacji i retencji wymaga między innymi działań mających na celu:

- **zwalczanie stygmatyzacji** i promowanie pozytywnych postaw w odniesieniu do zdrowia psychicznego jako dziedziny specjalizacji zawodowej, na przykład poprzez przedstawianie go jako wymagającej, ale dającej dużą satysfakcję części sektora zdrowotnego;

- **wspieranie kształcenia ustawicznego** poprzez oferowanie możliwości rozwoju umiejętności i wymiany wiedzy; oraz
- **umożliwienie rozwoju kariery** na przykład przez opracowanie strategii awansu dla pracowników, zapewnienie możliwości rozwoju osobistego i zawodowego oraz wzmocnienie motywacji.

W zatrzymaniu personelu zajmującego się zdrowiem psychicznym może również pomóc podniesienie wynagrodzeń, stosowanie elastycznych opisów stanowisk pracy i poprawa więzi społecznych wśród pracowników. We wszystkich przypadkach pensje i warunki pracy pracowników w zakresie zdrowia psychicznego powinny być porównywalne z tymi oferowanymi innym pracownikom służby zdrowia.

STUDIUM PRZYPADKU

RAMKA 5.11

Innowacje w zakresie zasobów ludzkich w celu rozwijania wiedzy specjalistycznej

Doświadczenia z trzech krajów o niskim i niższym średnim dochodzie pokazują, w jaki sposób innowacje w zakresie zasobów ludzkich mogą poszerzyć wiedzę specjalistyczną, a tym samym wspierać rozwój funkcjonującego systemu zdrowia psychicznego, który obejmuje cały kraj, w tym trudno dostępne obszary wiejskie.

Bhutan. W 2015 r. w Bhutanie wprowadzono czteroletnie studia licencjackie w zakresie doradztwa klinicznego. Dzięki tej inicjatywie obecnie ponad połowa z 30 szpitali rejonowych i ogólnych zatrudnia doradców klinicznych. Ich głównym zadaniem jest identyfikowanie powszechnych zaburzeń – takich jak depresja, samookaleczenia czy zaburzenia związane z używaniem alkoholu lub z zażywaniem substancji psychoaktywnych – oraz radzenia sobie z nimi poprzez psychoedukację i poradnictwo psychologiczne. Doradcy kliniczni ściśle współpracują z lekarzami i pielęgniarkami rejonowymi, aby wspierać każdą osobę przyjmującą leki psychotropowe i w razie potrzeby udzielać jej skierowania lub ją monitorować.

Liberia. Od 2010 r., we współpracy z Programem Zdrowia Psychicznego Centrum Cartera, Liberia przeszkoliła 306 pracowników podstawowej opieki zdrowotnej (zarejestrowanych pielęgniarek, asystentów lekarzy i położnych) w zakresie zdrowia psychicznego, w ramach sześciomiesięcznego programu szkoleniowego. Liczba ta obejmuje 166 specjalistów w zakresie ogólnej opieki psychiatrycznej i 140 specjalistów w zakresie opieki nad zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży,

z naciskiem na zastosowanie praktyczne. Absolwenci są znani jako Klinicyści Zdrowia Psychicznego i uzyskują od Liberyjskiej Rady Pielęgniarstwa i Położnictwa licencję na prowadzenie samodzielnej praktyki. Chociaż wielu z nich nie działa na pełny etat w dziedzinie zdrowia psychicznego, większość pracuje w placówkach opieki zdrowotnej w całym kraju i leczy osoby z zaburzeniami psychicznymi, neurologicznymi i związanymi z zażywaniem substancji psychoaktywnych.

Sri Lanka. W ciągu ostatnich 20 lat na Sri Lance uruchomiono różne programy szkoleniowe dla pracowników służby zdrowia, w tym roczny dyplom z psychiatrii dla lekarzy i roczny dyplom z podstawowej pielęgniarstwa psychiatrycznego. Rząd utworzył również stanowisko lekarza specjalisty ds. zdrowia psychicznego pełniącego funkcję punktu kontaktowego ds. zdrowia psychicznego w danym dystrykcie. Każdy taki lekarz po ukończeniu pierwszego stopnia medycznego, zanim rozpocznie pracę, otrzymuje trzymiesięczne szkolenie w zakresie zdrowia psychicznego. W wielu dystryktach posiadacze dyplomów z psychiatrii i lekarze specjaliści ds. zdrowia psychicznego pracują pod nadzorem psychiatrów z Kolombo i *de facto* kierują opieką nad zdrowiem psychicznym w poszczególnych dystryktach oraz zajmują się jej rozwojem. Ich rola była kluczowa w zapewnieniu dostępności opieki nad zdrowiem psychicznym we wszystkich dystryktach kraju (zob. rys. 5.2).

Źródła: Chencho Dorji, WHO, komunikacja osobista, 25 stycznia 2022 r.; Gwaikolo i in., 2017 (303); Fernando i in., 2017 (304).

5.4.2 Wzmacnianie kompetencji świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej

Świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej odgrywają zasadniczą rolę w umożliwianiu kompleksowego świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego oraz w zwiększaniu skali opieki nad zdrowiem psychicznym, zwłaszcza tam, gdzie specjaliści w tej dziedzinie są rzadkością. Na przykład w Chile w ramach Krajowego Programu Wykrywania i Leczenia Depresji zwiększono zakres świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego za pośrednictwem systemu podstawowej opieki zdrowotnej (271). Wprowadzony w 2001 r. program obejmuje obecnie ponad 500 ośrodków podstawowej opieki zdrowotnej w całym kraju, a w każdym z tych ośrodków funkcjonuje ogólny zespół kliniczny złożony z lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarek i pielęgniarek pomocniczych, z indywidualną terapią i nadzorem specjalisty w najcięższych przypadkach.

Zwiększenie skali opieki nad zdrowiem psychicznym za pośrednictwem świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej oznacza wyposażenie ich w umiejęt-

ności wykrywania zaburzeń psychicznych, zapewniania podstawowej opieki i w razie potrzeby kierowania pacjentów do opieki specjalistycznej (305). Dla pacjentów opieka nad ich zdrowiem psychicznym świadczona przez kompetentnych i współczujących świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej może być bardzo korzystna (przeczytaj **doświadczenie Andersa**).

W praktyce wzmacnianie umiejętności lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, urzędników klinicznych, pielęgniarek i innych pracowników służby zdrowia wiąże się z koniecznością zapewnienia szkoleń, a następnie stałego nadzoru, mentoringu i wsparcia.

Wysokiej jakości szkolenie świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie opieki nad zdrowiem psychicznym powinno być częścią kształcenia przed rozpoczęciem pracy. W porównaniu ze szkoleniem w miejscu pracy szkolenie przed rozpoczęciem pracy jest bardziej zrównoważone, ponieważ jego organizacja jest zintegrowana z programami nauczania i jest zazwyczaj mniej kosztowna w przeliczeniu na jednego uczestnika szkolenia. Uczestnicy takich szkoleń są też często bardziej zmotywowani, ponieważ szkolenie przed rozpoczęciem pracy – w przeciwieństwie

OPOWIADANIE

Moi lekarze pierwszego kontaktu byli moim wybawieniem

Doświadczenie Andersa

Bez bezpośredniej interwencji lekarzy pierwszego kontaktu w kluczowych momentach mojego życia moje problemy ze zdrowiem psychicznym mogłyby być znacznie poważniejsze. Przez 15 lat spotykałem się ze specjalistami ds. zdrowia psychicznego. Na każdym wizycie rozmawiałem z inną osobą, raz po raz powtarzałem historię mojego przypadku i otrzymywałem w najlepszym razie przegląd leków – było to niezmiernie frustrujące, a specjaliści wyraźnie nie podejmowali starań, by zapewnić mi dobrą jakość życia.

Moje doświadczenia z lekarzami pierwszego kontaktu były zupełnie inne. Z czasem znalazłem dwóch lekarzy pierwszego kontaktu, którzy naprawdę słuchali moich potrzeb, poświęcili mi czas, jakiego potrzebowałem,

aby wyjaśnić swoją sytuację, i którzy podjęli nadzwyczajne kroki, aby upewnić się, że moje potrzeby zostały zaspokojone.

Ich oddanie, życzliwość i współczucie pomogły mi wielokrotnie w ciągu ostatnich kilku lat. Pod koniec 2019 r., kiedy byłem ciężko chory na depresję i często myślałem o samobójstwie, to mój lekarz pierwszego kontaktu, a nie psychiatra, udzielił mi pomocy, której wtedy potrzebowałem, a moje zdrowie zaczęło się dzięki temu poprawiać. Był moim wybawcą.

Naprawdę nie wiem, czy żyłbym dzisiaj bez nieodzownego wsparcia moich lekarzy pierwszego kontaktu.

Anders Timms, Wielka Brytania



do większości szkoleń w miejscu pracy – jest oceniane na podstawie egzaminów, które trzeba zdać. Mimo to w wielu krajach wszelkie szkolenia z zakresu zdrowia psychicznego zapewniane podczas kształcenia medycznego lub zawodowego są krótkie i głównie teoretyczne, a staże kliniczne zbyt często ograniczają się do rotacji w szpitalach psychiatrycznych, które nie odzwierciedlają praktyki klinicznej w ramach ogólnej opieki zdrowotnej (306).

Wysokiej jakości szkolenie świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie opieki nad zdrowiem psychicznym powinno być częścią kształcenia przed rozpoczęciem pracy.

Pomimo strategicznej wartości inwestowania w szkolenia w zakresie zdrowia psychicznego przed rozpoczęciem pracy istnieje pilna potrzeba szkolenia obecnej kadry medycznej pierwszego kontaktu – czy to w formie bezpośredniej, online, czy też poprzez połączenie obu tych metod. Takie szkolenia powinny być wykorzystywane do zapoznania uczestników z oceną kliniczną i zarządzaniem zaburzeniami psychicznymi o priorytetowym znaczeniu. Szkolenia powinny również zmniejszyć stygmatyzację i dyskryminację w opiece zdrowotnej. Można to osiągnąć poprzez zaangażowanie osób z zaburzeniami psychicznymi jako współprowadzących szkolenia (210). We wszystkich przypadkach szkolenia powinny obejmować praktykę pod nadzorem odbywaną w ogólnych placówkach opieki zdrowotnej.

Niezwykle ważne jest budowanie zaufania świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej do podejść psychospołecznych, które są niezbędną częścią holistycznej opieki nad zdrowiem psychicznym, ale które często nie są uwzględniane w podstawowej opiece zdrowotnej. Wielu świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej uważa, że jest lepiej zaznajomionych z podejściem czysto biomedycznym, w którym po postawieniu diagnozy stosuje się leki lub inną interwencję biomedyczną (na przykład operację lub dializę); wielu czuje się też bardziej komfortowo z takim podejściem. W przypadku szeregu zaburzeń psychicznych leki psychotropowe nie stanowią jednak leczenia pierwszego rzutu.

Co więcej, nawet gdy wskazane jest stosowanie leków psychotropowych, świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej muszą wiedzieć, jak zapewnić lub zorganizować wsparcie psychospołeczne jako uzupełnienie farmakoterapii.

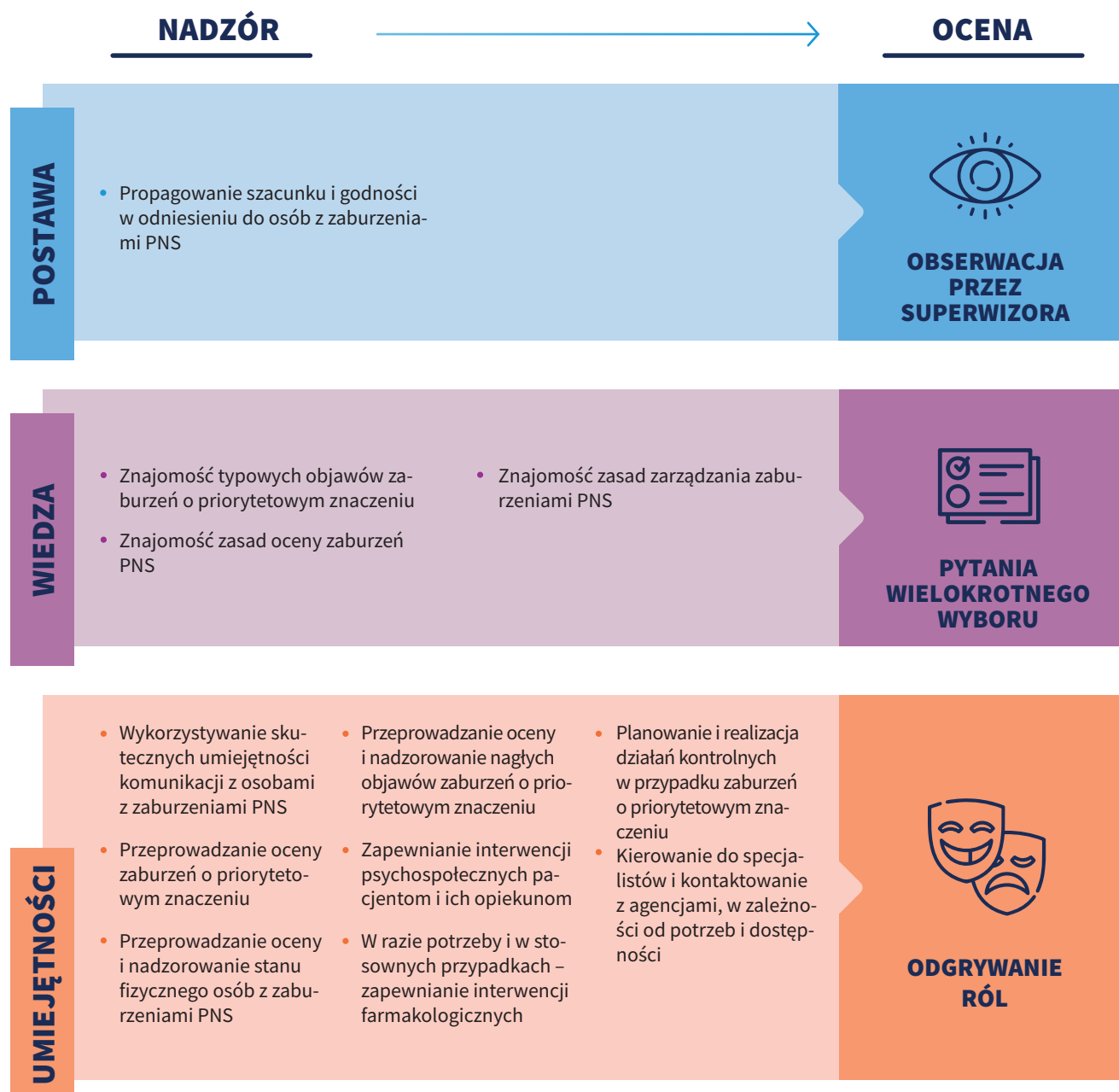
Chociaż w przeważającej większości przypadków świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej mogą mieć zbyt mało czasu, aby samodzielnie zapewnić wielosesyjne terapie psychologiczne dla osób z depresją lub zaburzeniami lękowymi, powinni oni doceniać względną wartość takiej opieki i, tam gdzie to możliwe, kierować pacjentów do odpowiednich świadczeniodawców – czy to specjalistów, czy też świadczeniodawców społecznych specjalizujących się w doradztwie psychologicznym. Ponadto wszyscy świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej mogą znaleźć czas, aby zachęcać pacjentów do korzystania z poradników opartych na dowodach lub z cyfrowych narzędzi interwencyjnych do samopomocy w ramach radzenia sobie z depresją i zaburzeniami lękowymi, a także wspierać ich w tym zakresie (zob. sekcja 7.1.4 Zwiększanie skali opieki nad osobami z powszechnymi zaburzeniami: samopomoc; W centrum uwagi: Wykorzystanie technologii cyfrowych na rzecz zdrowia psychicznego).

Aby pomóc krajom wdrażać szkolenia, nadzór i wsparcie dla pracowników podstawowej opieki zdrowotnej, w ramach programu mhGAP WHO opracowano zestaw pakietów szkoleniowych i narzędzi wdrożeniowych do dzielenia się zadaniami (307). Zestawy te zostały zaprojektowane, aby nauczać 12 podstawowych kompetencji związanych z oceną, leczeniem i monitorowaniem pacjentów z depresją, psychozami, padaczką, zaburzeniami psychicznymi i behawioralnymi u dzieci i młodzieży, demencją, zaburzeniami związanymi z zażywaniem substancji psychoaktywnych oraz pacjentów z myślami lub zachowaniami autodestrukcyjnymi lub samobójczymi (zob. rys. 5.5). Wszystkie szkolenia mhGAP są zaprojektowane tak, aby kontynuować je przez dalsze działania w postaci stałego nadzoru i wsparcia.

Od czasu wprowadzenia w 2010 r. szkolenia i nadzór mhGAP przeprowadzono w ponad 100 krajach, co pomogło podnieść kompetencje i zwiększyć dostęp do opieki nad zdrowiem psychicznym na całym świecie (308). Jest to ważne, ponieważ – jak wykazano w ramach globalnego przeglądu krótkich szkoleń w zakresie zdrowia psychicznego opartych na wytycznych WHO – takie szkolenia podnoszą wiedzę, poprawiają postawy i umiejętności oraz zwiększają pewność siebie wśród szerokiego grona świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej, w tym pracowników środowiskowej opieki zdrowotnej, wykwalifikowanych lekarzy, pielęgniarek, doradców, ratowników medycznych i innych pracowników niemedycznych (309). Zmiany te przyczyniają się do poprawy praktyki klinicznej i lepszych wyników.

RYS. 5.5

Podstawowe kompetencje, na które ukierunkowane są szkolenia mhGAP dla świadczeniodawców opieki zdrowotnej



Źródło: WHO, 2017 (307). Uwaga: PNS = związane ze zdrowiem psychicznym, neurologiczne i związane z zażywaniem substancji psychoaktywnych.

5.4.3 Wyposażenie świadczeniodawców społecznych w kompetencje w zakresie opieki nad zdrowiem psychicznym

Kompleksowa opieka nad zdrowiem psychicznym wykracza poza pracowników służby zdrowia i obejmuje

również innych świadczeniodawców opieki w ramach społeczności. Mogą to być między innymi osoby z doświadczeniem życiowym, wolontariusze bez formalnego wykształcenia, pracownicy społeczni, koordynatorzy grup użytkowników, duszpasterze, nauczyciele, fryzjerzy, prawnicy, funkcjonariusze policji, strażnicy więzienni oraz rodzina i przyjaciele.

Świadczeniodawcy, którzy nie są specjalistami w dziedzinie zdrowia psychicznego, są często akceptowani przez osoby korzystające ze świadczeń, ponieważ mają bezpośrednią wiedzę na temat lokalnych postaw, zwyczajów i języków. Dzięki temu są w stanie zidentyfikować i zapewnić terminową, kulturowo odpowiednią opiekę pierwszego rzutu. Mogą również pomóc w dostępie do wsparcia w sferach społecznej, edukacyjnej i wymiaru sprawiedliwości. Co więcej, mogą stanowić źródło praktycznej i emocjonalnej pomocy w codziennym życiu społeczności. Świadczeniodawcy społeczni odgrywają również rolę w świadczeniu usług profilaktycznych i promocyjnych oraz w zapewnianiu wsparcia w sytuacjach kryzysowych osobom i rodzinom znajdującym się w trudnej sytuacji.

Osoby z doświadczeniem życiowym mogą pełnić istotną rolę, zapewniając wsparcie w pierwszej linii.

Biorąc pod uwagę różnorodność potencjalnych zadań wykonywanych przez świadczeniodawców społecznych, konkretne szkolenia dla tej grupy mogą się znacznie różnić (310). Pracownicy terenowi zajmujący się sytuacjami kryzysowymi muszą być zorientowani w zasadach pierwszej pomocy psychologicznej (311). Opiekunowie muszą mieć umiejętność wspierania dzieci z zaburzeniami psychicznymi lub problemami behawioralnymi. Pracownicy środowiskowi muszą być co najmniej przeszkoleni w zakresie identyfikowania osób z zaburzeniami psychicznymi i w razie potrzeby kierowania ich na odpowiedni poziom opieki (zob. sekcja 7.1.4 Zwiększanie skali opieki nad osobami z powszechnymi zaburzeniami: doradztwo niespecjalistyczne). Wszyscy dostawcy świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego, w tym świadczeniodawcy społeczni, muszą wykazywać znajomość praw człowieka (184).

Wielu świadczeniodawców społecznych – w tym pracownicy zajmujący się sytuacjami kryzysowymi i opiekunowie rodzinni – może doświadczać znaczącego stresu. Szkolenia dla tych grup powinny również koncentrować się na wzmacnianiu kompetencji w zakresie samoopieki (zob. sekcja 5.4.4 Kompetencje w zakresie samoopieki).

Osoby z doświadczeniem życiowym również będą potrzebowały przygotowania, by móc wspierać in-

nych (312). Eksperci partnerscy są żywym dowodem na to, że powrót do zdrowia jest możliwy. Odgrywają też kluczową rolę we wspieraniu innych osób z zaburzeniami psychicznymi w ich drodze do wyzdrowienia (przeczytaj [doświadczenie Benjamina](#)). Eksperci partnerscy w dziedzinie zdrowia psychicznego pełnią również istotną funkcję w grupach wsparcia w przypadku innych schorzeń, takich jak HIV, zaniechane choroby tropikalne czy Zika. W takich sytuacjach uznawanie i rozwijanie umiejętności radzenia sobie z emocjonalnymi aspektami potrzeb członków grupy jest dobrym sposobem na zintegrowanie wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego.

Ekspertyzę partnerską, opartą na doświadczeniu choroby psychicznej, można traktować jako trzeci – obok dowodów naukowych oraz wiedzy i umiejętności praktycznych – obszar wiedzy specjalistycznej w opiece nad zdrowiem psychicznym (313). Aby zostać ekspertem partnerskim, konieczne jest uczestniczenie w trzyetapowym procesie (313). Pierwszy etap to doświadczenie zaburzenia psychicznego, a następnie powrót do zdrowia. Refleksja nad tym doświadczeniem – w tym analiza i poznanie doświadczeń innych – zamienia przeżyte doświadczenie w wiedzę partnerską czy też wiedzę przez doświadczenie. Trzecim krokiem jest szkolenie w zakresie umiejętności i postaw, aby zostać wyznaczonym ekspertem partnerskim. Od tego momentu, podobnie jak w przypadku wszystkich dostawców usług opiekuńczych, wymagany jest ciągły proces uczenia się poprzez praktykę w celu pogłębienia kompetencji jako ekspert partnerski.

Wszyscy świadczeniodawcy, w tym świadczeniodawcy społeczni, mogą odegrać zasadniczą rolę w rozszerzaniu opieki nad depresją i zaburzeniami lękowymi poprzez interwencje psychologiczne; należy jednak dopilnować, aby mieli odpowiednie kompetencje (zob. [ramka 5.12 EQUIP: ocena i budowanie kompetencji w zakresie interwencji psychologicznych](#)). Doświadczenie pokazuje, że integracja świadczeniodawców społecznych w zespołach ze specjalistami ds. zdrowia psychicznego przy użyciu podejścia opartego na podziale zadań może również pomóc we wspieraniu osób z ciężkimi zaburzeniami, takimi jak schizofrenia (zob. [sekcja 7.3.3 Rehabilitacja psychospołeczna](#)).

OPOWIADANIE

Wszyscy możemy mieć wartościowy wpływ na świat

Doświadczenie Benjamin



Zacząłem chorować na depresję jako dziecko, gdy miałem 14 lat i mieszkałem na północy Liberii. Leczeniem pierwszego rzutu była medycyna tradycyjna – zabrano mnie do tradycyjnego uzdrowiciela w Gwinei, który zmniejszył mój lęk, podając mi tradycyjne lekarstwa. To pomogło mi w stabilizacji. Dzięki temu udało mi się kontynuować edukację na poziomie średnim i ukończyć szkołę średnią.

Kilka lat później doświadczyłem nawrotu choroby. Ponownie byłem leczony przez uzdrowicieli, którzy swoją wiedzę opierali na wierze, ale tym razem to nie pomogło. Przez wiele lat zarówno ja, jak i moi rodzice borykaliśmy się problemami związanymi z moim zdrowiem psychicznym. W końcu mój starszy bratabrał mnie do ośrodka specjalizującego się w leczeniu zdrowia psychicznego.

Zacząłem przyjmować leki, które bardzo mi pomogły. Umożliwiło mi to ukończenie studiów na uniwersy-

tecie. Teraz pracuję jako nauczyciel w szkole. Mam żonę, mamy trzech synów, żyję szczęśliwie i świetnie sobie radzę.

Jestem sekretarzem krajowym Cultivation for Users Hope' (CFUH), która jest jedyną organizacją założoną i prowadzoną przez osoby korzystające ze świadczeń zdrowotnych w Liberii. Działamy w interesie osób żyjących z zaburzeniami psychicznymi poprzez rzecznictwo, budowanie potencjału, upodmiotowienie tych osób oraz ograniczanie stygmatyzacji zaburzeń psychicznych.

Jeśli osoby z niepełnosprawnością psychospołeczną otrzymają uwagę i świadczenia, których potrzebują, i będą traktowane z szacunkiem, również one mogą mieć wartościowy wpływ na świat i całe społeczeństwa.

Benjamin Ballah, Liberia

NARZĘDZIE

RAMKA 5.12

EQUIP: ocena i budowanie kompetencji w zakresie interwencji psychologicznych

W badaniach wielokrotnie wykazywano, że osoby, które nie są specjalistami w dziedzinie zdrowia psychicznego, mogą skutecznie zapewniać krótkie interwencje psychologiczne, oparte na uznanych psychoterapiach, takich jak terapia poznawczo-behawioralna i terapia interpersonalna, pod warunkiem że takie osoby zostaną odpowiednio przeszkolone i będą nadzorowane.

Ale skąd rządy lub inne zainteresowane strony mogą wiedzieć, czy ci świadczeniodawcy zapewniają kompetentną opiekę, skoro nie są licencjonowani przez organizacje zawodowe? Zapewnienie jakości wsparcia psychologicznego (Ensuring Quality in Psychological Support, EQUIP) to inicjatywa WHO mająca na celu ocenę i budowanie kompetencji w zakresie szeregu interwencji.

W ramach inicjatywy EQUIP opracowuje się i rozpowszechnia materiały szkoleniowe i wytyczne oparte

na kompetencjach oraz narzędzia oceny kompetencji. W związku z tym EQUIP oferuje mechanizm zapewniania i poprawy jakości. Zasoby EQUIP zostały przetestowane w Etiopii, Jordanii, Kenii, Libanie, Nepalu, Peru, Ugandzie oraz Zambii i są dostępne za pośrednictwem platformy internetowej (<https://whoequip.org/en-gb>). Platforma EQUIP była wykorzystywana do szkoleń opartych na kompetencjach w zakresie interwencji psychologicznych dla niespecjalistów, szkoleń mhGAP dla pracowników podstawowej opieki zdrowotnej oraz szkoleń z podstawowych umiejętności dla nauczycieli, pielęgniarek i pracowników środowiskowych.

Udowodniono, że w porównaniu z tradycyjnymi metodami szkoleniowymi stosowanie EQUIP zmniejsza szkodliwe zachowania i zwiększa kompetencje uczestników.

Źródła: Singla et al., 2017 (314); Kohrt et al., 2020 (315); Kohrt et al., 2015 (316).

5.4.4 Kompetencje w zakresie samoopieki

Podnoszenie kompetencji w celu umożliwienia transformacji w dziedzinie opieki nad zdrowiem psychicznym nie polega jedynie na zwiększaniu liczby pracowników zapewniających świadczenia; chodzi również o wzmacnianie umiejętności jednostek w zakresie samoopieki.

W optymalnym modelu świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego opracowanym przez WHO samoopieka stanowi podstawę opieki nad zdrowiem psychicznym, która w połączeniu z opieką środowiskową nad zdrowiem psychicznym zaspokoi potrzeby społeczeństwa w zakresie zdrowia psychicznego (317).

Samoopieka jest ważna dla wszystkich. Badanie przeprowadzone niedawno w 113 krajach wykazało,

że wśród osób, które zgłosiły doświadczanie zaburzeń lękowych lub depresję, najczęściej polecanymi metodami na poprawę samopoczucia były poprawa zdrowego stylu życia, spędzanie czasu na łonie natury lub na świeżym powietrzu oraz rozmowa z przyjaciółmi lub rodziną (150).

Jeśli chodzi o samoopiekę, wszyscy ludzie powinni w miarę możliwości wiedzieć, jak (318):

- ograniczyć narażenie na sytuacje o „wysokim ryzyku”, które mogą negatywnie wpływać na zdrowie psychiczne;
- radzić sobie ze stresem;
- omawiać problemy ze zdrowiem psychicznym, gdy się pojawiają, i radzić sobie z nimi; oraz
- szukać pomocy, gdy jest ona potrzebna.

OPOWIADANIE

Mam realny wpływ na swój powrót do zdrowia

Doświadczenie Tamiry

Doświadczenie z naszym systemem opieki zdrowotnej pokazało mi, jak ważne jest holistyczne podejście do dobrostanu, który obejmuje zdrowie fizyczne, psychiczne i emocjonalne – oraz jak trudno jest czuć się dobrze, gdy brakuje któregoś z tych elementów.

Moje dążenie do holistycznego dobrostanu zostało po części wywołane słowami „zatrzymanie” i „detencja”, które znalazły się na moim formularzu 1 (formularz składany przez lekarza w celu zezwolenia na przymusowe przyjęcie do zakładu psychiatrycznego na okres do 72 godzin). Ten język sprawił, że poczułam się znacznie gorsza, i pokazał mi, w jak niewielkim stopniu nasz system opieki nad zdrowiem psychicznym próbuje ukryć okrucieństwa tego, co uchodzi za „opiekę”. To skłoniło mnie do poszukiwania możliwości powrotu do zdrowia poza formalnym systemem.

Poszukiwania rozwiązań służących wsparciu mojego zdrowia psychicznego obejmowały badania nad medycyną wschodnią, naturopatią i medycyną czynnościową. Zwróciłam się również ku ćwiczeniom, religii,

duchowości, medytacji i uważności oraz formom psychologii pozytywnej. Odkryłam, że przebywanie na świeżym powietrzu i na łonie natury jest świetnym narzędziem wsparcia.

Zajrzałam także w głąb siebie, zastanawiając się nad swoim życiem, wartościami i dążeniami. Zaczęłam też odkrywać społeczności w Internecie, korzystając z blogów i mediów społecznościowych – to pomogło mi znaleźć własny głos i dzielić się swoimi doświadczeniami.

Nie jestem gotowa stwierdzić, że „wyzdrowiałam”. Zdaję sobie też sprawę, że niektóre z moich poszukiwań okazały się bardziej owocne niż inne. Nauczyłam się jednak, że dla mnie i mojego zdrowia psychicznego nic nie jest cenniejsze niż wiara w to, że mam w sobie siłę, by się zmienić. W naszym systemie opieki nad zdrowiem psychicznym zgoda pacjenta nadal nie jest uznawana za konieczną; ale teraz mam siłę, aby nie dać systemowi zgody na to, by sprawiać, że czuję się gorsza.

Tamira Loewen, Kanada

Dla osób żyjących z zaburzeniami psychicznymi samoopieka wymaga również umiejętności i pewności siebie, aby móc poradzić sobie z własnymi zaburzeniami psychicznymi, wykraczając poza dostępne formalnie świadczenia (przeczytaj doświadczenie Tamiry). Można to osiągnąć samodzielnie lub z pomocą rodziny i przyjaciół (zob. [sekcja 7.1.1 Stawianie na pierwszym miejscu ludzi: opieka zorientowana na powrót do zdrowia](#)). Rozwój umiejętności samoopieki może rozpocząć się już na wczesnym etapie. Na przykład od wczesnego dzieciństwa uczymy się od rodziców, jak radzić sobie z trudnymi emocjami. W szkołach w ramach szkolenia z zakresu umiejętności życiowych

można uczyć kompetencji emocjonalnych i społecznych, takich jak regulacja emocji, rozwiązywanie problemów, umiejętności interpersonalne i radzenie sobie ze stresem (zob. [sekcja 6.3.2 Ochrona i promocja zdrowia dzieci i młodzieży: programy szkolne](#)).

W przypadku osób dorosłych kompetencje w zakresie samoopieki zwykle wspiera się za pośrednictwem materiałów i interwencji samopomocowych, które bazują na opartych na dowodach zasadach terapii psychologicznej (zob. [sekcja 7.1.4 Zwiększanie skali opieki nad osobami z powszechnymi zaburzeniami: samopomoc](#)). Takie materiały mogą być dostarczane

STUDIUM PRZYPADKU

RAMKA 5.13

Życie z duchem czasu: zestaw narzędzi dla osób starszych

Życie z duchem czasu to zestaw narzędzi wsparcia psychospołecznego opracowany w celu zaspokojenia potrzeb informacyjnych osób starszych i radzenia sobie przez nie podczas pandemii COVID-19. Jako grupa wysokiego ryzyka ciężkiej choroby i śmierci z powodu COVID-19 osoby starsze musiały zachować szczególną ostrożność, aby uniknąć zarażenia wirusem. Wiele z nich doświadczyło długich okresów izolacji i niepewności.

Zestaw narzędzi składa się z serii plakatów, które odnoszą się do typowych obaw osób starszych podczas pandemii, m.in.: jak pozostać w zdrowiu, jak poprawić nastrój, jak utrzymywać kontakt, jak szukać pomocy oraz jak radzić sobie z żałobą i stratą.

Każdy plakat łączy ilustracje i krótkie teksty, które można wykorzystać w formie drukowanej lub online.

Kluczowe przesłania wymagają jedynie minimalnych umiejętności czytania, są zróżnicowane kulturowo i mają na celu zaangażowanie osób starszych w rozmowy i zróżnicowane formy aktywności. W dołączonym do nich podręczniku pokazano opiekunom, jak korzystać z plakatów w prowadzonych rozmowach, aby ułatwić zaangażowanie.

Plakaty sprawdzono, przedstawiając je osobom starszym z różnych krajów i środowisk. Zostały przetłumaczone na wiele języków i odpowiednio dostosowane, aby ich formaty były przystępne dla osób o specjalnych potrzebach. Materiały te wykorzystano na przykład w Grecji, Nigerii, Republice Korei i Syrii, gdzie spotkały się z wysokim poziomem akceptacji ze strony użytkowników.



Źródło: IASC, 2021 (319).

w różnych formatach, w tym w formie indywidualnych i grupowych interwencji samopomocy, z moderatorem lub bez. Mogą być również dostarczane za pośrednictwem różnych mediów, w tym poradników, materiałów audiowizualnych oraz interwencji online lub w ramach aplikacji (zob. ramka 5.13 *Życie z duchem czasu: zestaw narzędzi dla osób starszych*). We wszystkich przypadkach zasoby opracowane w celu rozwijania umiejętności samoopieki powinny być dostępne w językach i na poziomach umiejętności czytania, które pozwolą zrozumieć je jak największej liczbie osób.

Korzystanie z materiałów samopomocowych może być zintegrowane z opieką kliniczną (zob. sekcja 7.1.4 *Zwiększanie skali opieki nad osobami z powszechnymi zaburzeniami: samopomoc*). Na przykład w korzystaniu z materiałów samopomocowych mogą danym osobom pomagać moderatorzy. Ten proces nazywa się samopomocą kierowaną i wielokrotnie wykazano, że w przypadku depresji i zaburzeń lękowych jest ona tak samo skuteczna, jak tradycyjne interwencje prowadzone osobiście przez specjalistów (320). Narzędzia samopomocy prowadzonej można wykorzystywać do wspierania ludzi w procesie tworzenia planu powrotu do zdrowia (321). Można je również szybko wdrożyć na dużą skalę, co czyni je szczególnie obiecującymi w kontekście transformacji zdrowia psychicznego.

Kolegia powrotu do zdrowia

Kolegia powrotu do zdrowia zakładają wsparcie osób żyjących z zaburzeniami psychicznymi poprzez edukację dorosłych, a nie leczenie. Ich programy nauczania mogą się różnić: od zrozumienia różnych kwestii związanych ze zdrowiem psychicznym i opcji

leczenia po analizowanie, czym jest powrót do zdrowia oraz w jaki sposób rodzina i przyjaciele mogą wspierać ten proces (zob. sekcja 7.1.1 *Stawianie na pierwszym miejscu ludzi: opieka zorientowana na powrót do zdrowia*). Kolegia te często obejmują kursy ukierunkowane na wzmacnianie kompetencji w zakresie samoopieki oraz rozwijanie umiejętności życiowych i odzyskiwanie pewności siebie, aby odbudować życie poza świadczeniami lub jak najlepiej wykorzystać zapewniane świadczenia.

Stwierdzono, że w przypadku depresji i zaburzeń lękowych samopomoc kierowana ma porównywalne efekty co leczenie prowadzone osobiście.

Istotną cechą kolegiów powrotu do zdrowia jest to, że osoby z doświadczeniem życiowym współtworzą wszystkie aspekty kolegium, od opracowywania programów nauczania po prowadzenie kursów i ocenę jakości. Badania pokazują, że kolegia powrotu do zdrowia mogą odgrywać ważną rolę w zmniejszaniu skali korzystania z świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego – to sugeruje, że studenci tych kolegiów rozwijają większą sprawczość i zdolność do zarządzania własnym zdrowiem psychicznym (322). Kolegia te mogą również przynieść korzyści pracownikom, przede wszystkim dzięki doświadczeniu i docenianiu procesu współtworzenia, zmianie postrzegania świadczeniobiorców oraz zwiększonej pasji i motywacji do pracy (323). Na poziomie społecznym kolegia powrotu do zdrowia dają możliwość zaangażowania większej liczby osób w naukę u boku osób z zaburzeniami psychicznymi oraz zwalczania stygmatyzacji poprzez kontakty społeczne.