



Światowy raport o zdrowiu psychicznym

**Powszechny dostęp
do zdrowia psychicznego**

World mental health report: transforming mental health for all. © Światowa Organizacja Zdrowia 2022. Niektóre prawozas-trzeżone. Ta praca jest dostępna na licencji Creative Commons-Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne- licencja IGO 3.0 (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>). „Tłumaczenie to nie zostało stworzone przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). WHO nie ponosi odpowiedzialności za treść lub dokładność tego tłumaczenia. Oryginalna wersja angielska jest wersją wiążącą i autentyczną”. Zarówno tekst oryginalny, jak również tłumaczenie na język polski uległo zmianie redakcyjnej poprzez pominięcie treści niestanowiących merytorycznej części raportu. Tekst źródłowy oryginalny ISBN 978-92-4-004933-8 (electronic version) HYPERLINK “<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338%5b>”<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338> [dostęp na dzień 27.09.2022 r.] Światowa Organizacja Zdrowia.

4.2.2 Prawo do opieki wysokiej jakości

Każdy ma prawo do godnej, humanitarnej, responsywnej, akceptowalnej i godnej opieki, która szanuje prawa człowieka. Niemniej jednak osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego zbyt często padają ofiarą jednych z najgorszych na świecie przypadków łamania praw człowieka przez te same służby zdrowia, które są odpowiedzialne za opiekę nad nimi.

Ze szpitali psychiatrycznych na całym świecie napływają doniesienia o maltretowaniu, w tym fizycznym, psychicznym znęcaniu się i nadużyciach seksualnych, oraz o zaniedbywaniu pacjentów. Osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego mogą być arbitralnie przetrzymywane w szpitalach przez lata bez ponownej oceny ich stanu psychicznego. Mogą dostawać zbyt duże dawki leków, być poddawane szkodliwym lub poniżającym zabiegom lub – rutynowo – działaniom bez ich wyraźnej zgody (22). W wielu krajach złe warunki życia i infrastruktura, kojarzone ze szpitalami psychiatrycznymi, występują często także w domach opieki, ośrodkach rehabilitacyjnych, domach dziecka oraz obiektach noclegowych do tradycyjnego lub duchowego leczenia zaburzeń zdrowia psychicznego.

Wiele osób przebywających w instytucjach psychiatrycznych jest przykutych łańcuchami, zamkniętych w małych celach przypominających więzienie, pozbawionych kontaktu z innymi ludźmi.

Wielu ludzi z zaburzeniami zdrowia psychicznego jest przykutych łańcuchami, zamkniętych w małych celach przypominających więzienia. Są oni przywiązani do łóżek, niezdolni do poruszania się przez długi czas, a także pozbawieni kontaktu z innymi ludźmi (184). Przede wszystkim duże placówki styną z upokarzających warunków życia, które cechują się przeludnieniem i niehigienicznym otoczeniem, oraz z pozbawionych wartości odżywczych lub niewystarczających posiłków czy powszechnie obecnym dymem tytoniowym (zobacz doświadczenie Pani BN w Rozdziale 3) (22). Na przemoc i zaniedbanie związane ze środowiskiem instytucjonalnym szczególnie narażone są dzieci (zobacz Ramkę 4.3 Dzieci w in-

stytucjach). Tak samo narażeni są w domach opieki starsi dorośli. Do stosowania wobec nich przemocy w ciągu ostatniego roku przyznał się jeden na dziesięciu pracowników w krajach o wysokich dochodach (191).

Dlatego istnieje ogromna potrzeba przekształcenia placówek psychiatrycznych w oparciu o społeczność lokalną (zobacz Rozdział 7 Przekształcenie i skalowanie opieki w celu osiągnięcia wpływu).

Nadużycia nie ograniczają się do opieki instytucjonalnej. Osoby z ciężkimi zaburzeniami zdrowia psychicznego mogą być ukrywane przez członków rodziny, przywiązane lub zamknięte w domu, fizycznie lub seksualnie maltretowane w więzieniach lub narażone na przemoc w społeczeństwie (192). Ambulatoryjna opieka psychiatryczna również często narusza prawa człowieka, o czym świadczy przymusowe i wyłącznie biomedyczne traktowanie, które nie uwzględnia m.in. potrzeb i praw osób do włączenia społecznego, pomocy społecznej i ochrony. Chociaż tradycyjne metody leczenia mogą być dla ludzi bardzo pomocne i znaczące, to mogą też wiązać się z nadużyciami (134).

Ci, którzy doświadczają maltretowania, rzadko mają dostęp do właściwych mechanizmów prawnych. W wielu krajach osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego mają niewiele możliwości zgłaszania skarg na maltretowanie lub przymusowe przyjęcie do szpitala wbrew ich woli (193). Przepięstwa popełniane przeciwko osobom z zaburzeniami zdrowia psychicznego często również nie są dokumentowane, ponieważ policja lub prokuratorzy mają nieuzasadnione obawy co do wiarygodności ofiar jako świadków.

Nadużycia i maltretowanie powodują niepełnosprawność psychospołeczną, utrudniają ludziom proces powrotu do zdrowia i często pogarszają stan ich zdrowia psychicznego. Każda transformacja w kierunku opieki zdrowotnej psychicznej opartej na społeczności lokalnej musi uwzględniać problem naruszeń praw człowieka.

Silniejsze prawa w opiece psychiatrycznej

Zapobieganie złemu traktowaniu i nadużyciom w świadczeniach opieki psychiatrycznej wymaga zastosowania różnorodnych strategii mających na

DOWODY

RAMKA 4.3

Opieka instytucjonalna dla dzieci

Szacuje się, że na całym świecie około 5,4 miliona dzieci objętych jest opieką instytucjonalną, z czego wiele z nich ma zaburzenia zdrowia psychicznego.

Wiele placówek dla dzieci nie jest zarejestrowanych, co sprawia, że kontrola jest niemal niemożliwa. Niejednokrotnie instytucje, w których dzieci przebywają, są zaniedbane i bardziej szkodliwe niż opiekuńcze. Często dzieci mieszkają tam z dala od domu, spędzają dni w zatłoczonych pomieszczeniach, rzadko mają kontakt z personelem, członkami rodziny lub innymi dziećmi. Wiele budynków jest źle utrzymanych, ma niehigieniczne warunki sanitarne i złe warunki do spania. Dzieci często są niewłaściwie ubrane, niedożywione, niewłaściwie leczone i fizycznie ograniczane. W wielu instytucjach panuje powszechna przemoc.

Instytucjonalizacja często szkodzi zdrowiu psychicznemu i fizycznemu dzieci. Dzieci w placówkach instytucjonalnych częściej mają zaburzenia zdrowia psychicznego niż dzieci wychowywane w normalnym

środowisku, w tym częściej wykazują agresywne zachowanie, zaburzenia depresyjne i lękowe, moczenie nocne, nadpobudliwość psychoruchową (ADHD) i zaburzenia zachowania opozycyjno-buntownicze. Częściej występują u nich problemy z zachowaniami antyspołecznymi, kompetencjami społecznymi i zabawą. Na ogół mają także trudności w tworzeniu więzi emocjonalnych.

Brak ogólnych badań kontrolnych i szczepień oznacza także, że choroby wieku dziecięcego są częstsze wśród dzieci w placówkach instytucjonalnych niż w ogólnej populacji, a wskaźniki śmiertelności są znacznie wyższe.

Transformacja w dziedzinie zdrowia psychicznego, która przenosi opiekę nad dziećmi z zaburzeniami psychospołecznymi z instytucji na rzecz świadczeń społecznych i wsparcia, zapewni nie tylko poszanowanie praw człowieka zgodnie z CRPD i innymi międzynarodowymi regulacjami, ale także przyniesie lepsze rezultaty w dziedzinie zdrowia i rozwoju dzieci.

Źródła: Desmond et al., 2020 (194); WHO, 2015 (195); UNICEF, 2021 (4).

celu zmianę nastawienia i wzmocnienie praw oraz przekształcanie placówek opiekuńczych (23). Choć zwalczanie stygmatyzacji jest ważne, istnieją inne narzędzia i taktyki kluczowe dla eliminacji maltretowania i dla przestrzegania praw człowieka. Obejmują one:

- prawa oparte na przepisach i politykę;
- rozwijanie i rozszerzenie świadczeń zgodnych z przepisami i opartych na lokalnych społecznościach, które są ukierunkowane na ludzi i powrót do zdrowia;
- monitorowanie i ewaluacja świadczeń psychiatrycznych;
- aktywny udział osób z doświadczeniem życiowym związanym z zaburzeniami psychicznymi w procesach

podjęcia decyzji, mechanizmach monitorowania, projektowania i dostarczania świadczeń;

- odpowiednie szkolenie dla specjalistów ds. zdrowia psychicznego w celu zwalczania stygmatyzacji i dyskryminacji, a także rozwijania kompetencji w zakresie praw osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego;
- raportowanie na temat polityki opartej na prawie zgodnie z międzynarodowymi konwencjami (zobacz [Ramka 4.4 WHO QualityRights](#)).

We wszystkich przypadkach istotne jest zapewnienie mechanizmów odpowiedzialności i zadośćuczynienia w celu rejestrowania, zapobiegania i reagowania na

NARZĘDZIE

RAMKA 4.4

WHO QualityRights

QualityRights to globalna inicjatywa mająca na celu poprawę jakości opieki w dziedzinie zdrowia psychicznego i usług pokrewnych oraz promowanie praw osób z zaburzeniami psychospołecznymi, intelektualnymi i poznawczymi. Inicjatywa działa na poziomie lokalnym, aby bezpośrednio zmieniać postawy i praktyki, a także dokonywać trwałych zmian poprzez działania polityczne.

Inicjatywa obejmuje następujące obszary:

- rozwijanie kompetencji w zwalczaniu stygmatyzacji i dyskryminacji, promowanie praw człowieka oraz prawa powrotu do zdrowia;
- tworzenie – opartych na społecznościach lokalnych – usług ukierunkowanych na osobę i zorientowanych na jej powrót do zdrowia, które szanują i promują prawa człowieka;
- poprawę jakości opieki i przestrzegania praw człowieka w dziedzinie zdrowia psychicznego i pokrewnych świadczeń;
- wsparcie ruchów społeczeństwa obywatelskiego i osób z doświadczeniem życiowym w podejmowaniu działań na rzecz obrony praw oraz wpływania na procesy podejmowania decyzji;
- reformowanie praw i polityki zgodnie z CRPD i innymi międzynarodowymi standardami.

We wszystkich obszarach pracy QualityRights opracowuje i wdraża różnorodne materiały szkoleniowe, zestawy narzędzi, wsparcie techniczne i praktyczne wskazówki, aby wspierać podejście oparte na prawach człowieka i powrocie do zdrowia w obszarze zdrowia psychicznego. Te połączone środki są przeznaczone do pomocy w rozwoju zdrowia psychicznego,

eliminacji stygmatyzacji i do promowania inkluzji. Ich celem jest budowanie wiedzy i umiejętności wśród specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego, świadczeniobiorców oraz innych osób, na przykład na temat tego, jak położyć kres praktykom wywierania presji, takim jak izolacja i ograniczenie, oraz jak szanować wolę i preferencje ludzi. Istnieje także doradztwo w zakresie wsparcia rówieśników i działalności na rzecz zdrowia psychicznego, a także zestaw narzędzi do transformacji służb w celu lepszego promowania praw człowieka.

Inicjatywa oferuje również szkolenia internetowe QualityRights na temat zdrowia psychicznego, powrotu do zdrowia i włączenia społecznego dla pracowników służby zdrowia, decydentów politycznych, opiekunów, członków społeczności i osób z doświadczeniem życiowym. Szkolenie internetowe obejmuje tematy związane z tym, jak wspierać własne zdrowie psychiczne i zdrowie innych osób oraz jak promować prawa człowieka, aby pomóc w zwalczaniu stygmatyzacji, dyskryminacji, nadużyć i przymusu, których doświadczają osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego. Szkolenie internetowe QualityRights zostało wprowadzone na całym świecie, co czyni je dostępnym dla wszystkich ludzi we wszystkich krajach. W Ghanie, gdzie trwało od marca 2019 roku do maja 2022 roku, ponad 21 000 osób zakończyło je pomyślnie.

Oceniając je w 2019 roku, stwierdzono istotne i pozytywne zmiany w postawach wobec praw człowieka u jego uczestników, w tym w zakresie prawa do zdolności prawnej, udzielania świadomej zgody, zakończenia przymusowych praktyk i w aspekcie włączania społecznego.

Źródła: WHO, 2022 (196); WHO, 2019 (197); WHO, 2019 (184); Funk et al., 2021 (198).

Dostęp do szkolenia internetowego WHO QualityRights: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/policy-law-rights/qr-e-training>.

przypadki naruszenia praw człowieka. W niektórych krajach istnieje urząd rzecznika praw obywatelskich albo podobna struktura – publiczny urzędnik czy osoba mianowana przez (ale niezależna) rząd krajowy lub parlament – stanowi ważne źródło informacji, mediacji i zadośćuczynienia.

4.2.3 Autonomia w procesie podejmowania decyzji dotyczących zdrowia

Możliwość podejmowania decyzji dotyczących własnego życia, w tym prawo do wyboru opieki psychiatrycznej, jest kluczowa dla autonomii i osobowości danej osoby.

CRPD zobowiązuje państwa do uznawania, że osoby z zaburzeniami psychicznymi mają zdolność prawną na równych zasadach z każdą inną osobą. A jednak przymusowe przyjęcia do szpitali i opieka wbrew woli osoby doświadczającej zaburzeń zdrowia psychicznego są powszechnie i rutynowo praktykowane na całym świecie, ułatwiane przez prawa i procedury, które nadają opiekunom osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego rozległe uprawnienia do podejmowania zastępczych decyzji. Dziś we wszystkich krajach decyzje podejmowane przez lekarzy mogą legalnie zastąpić preferencje osób z zaburzeniami psychicznymi, co może prowadzić do ich zatrzymania wbrew ich woli i przymusowego poddania leczeniu.

Wykorzystanie przymusowego przyjęcia do szpitala i leczenia nadal budzi obawy i inspiruje debatę między pacjentami a profesjonalistami (199, 200, 201, 202). Przepisy prawne dotyczące podejmowania decyzji zastępczych i przymusowej opieki zazwyczaj mają na celu ochronę interesów i dobrobytu osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi oraz ludzi w ich społecznościach. Jednak ograniczają one zdolność tych osób do wyboru miejsca zamieszkania, zarządzania finansami lub przyjmowania określonego leczenia medycznego. Poprzez podejmowanie decyzji zastępczych osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego tracą swoje prawa do świadomej zgody, poufności, prywatności i komunikacji z członkami rodziny.

Często trafiają do placówek i są narażone na izolację lub ograniczenie. Przymusowe przyjęcie może

prowadzić do przerażających doświadczeń (zobacz Doświadczenie Sandry). Obawa przed przymusem może powstrzymać je przed szukaniem pomocy dotyczącej problemów ze zdrowiem psychicznym.

Zmiana paradygmatu: wspomagane podejmowanie decyzji

Dowody i doświadczenie wskazują, że istnieje wiele dostępnych strategii ograniczających przymusowe przyjęcia do szpitala i przymusowe leczenie w placówkach zdrowia psychicznego. Dwoma skutecznymi działaniami są szkolenie personelu i opieka zintegrowana (203, 204). Podobnie stosowanie wspomaganego podejmowania decyzji jako alternatywy dla zastępczego podejmowania decyzji, opieki prawnej lub innych sytuacji, które wykluczają lub przeciwstawiają się zaangażowaniu i woli osoby dotkniętej chorobą (205).

Wspomagane podejmowanie decyzji polega na wspieraniu tych osób w podejmowaniu własnych wyborów dotyczących ich życia, w tym opieki nad ich zdrowiem psychicznym.

We wspomaganym procesie podejmowania decyzji osoba z zaburzeniami psychicznymi wybiera kogoś lub sieć osób, którym ufa, aby pełniły rolę wsparcia. Osoba z zaburzeniami zdrowia psychicznego zawsze jest decydem; wsparcie służy do omówienia kwestii, opcji lub wyborów, gdy jest to konieczne, i przekazywania woli oraz preferencji tej osoby, jeśli nie jest ona w stanie tego zrobić sama.

Wspomagane podejmowanie decyzji polega na wspieraniu osób w podejmowaniu przez nie własnych wyborów dotyczących ich życia.

W praktyce wspomagane podejmowanie decyzji może przyjmować wiele form i obejmuje organizacje oraz sieci wsparcia, zaawansowane plany i postanowienia, niezależnych obrońców, wsparcie rówieśnicze i pomoc osobistą. Może być dokonywane za pomocą dokumentu prawnego, na przykład dokumentu woli, który określa, jakie działania powinny być podjęte w przypadku, gdy osoba nie jest już w stanie samodzielnie podjąć decyzji z powodu choroby lub

OPOWIADANIE

Dwanaście hospitalizacji; tylko jedna była moją decyzją

Doświadczenie Sandry

Przypięta przez policjantów i ratowników medycznych. Zakneblowana i skuta kajdankami jak przestępca zostałam obezwładniona przez „koktajl medyczny” i straciłam przytomność. Budzę się, nie wiedząc, gdzie jestem, ubranie zdejmowane w miejscu, które wydaje mi się więzieniem. Moja „zbrodnia”? W najgorszym przypadku zachowywałam się głośno, prowokująco i maniakalnie. Moje dożycie? Zaburzenie dwubiegunowe. To była moja pierwsza z jedenastu przymusowych hospitalizacji. Dosłownie zostałam pozbawiona jakichkolwiek praw człowieka lub godności. I to było przerażające.

Postawiono mi diagnozę i dostałam trochę leków, a potem wysłano mnie do domu, zdezorientowaną i już popadającą w depresję. Pusta i pozbawiona emocji odczuwałam także skutki uboczne leków – ciężki parkinsonizm, akatyzyję i drżenia.

Minął rok. I bum! Mania. Straciłam kontrolę. Moja rodzina była zaniepokojona. Druga przymusowa hospitalizacja. Przynajmniej personel traktował mnie z troską i współczuciem. Tym razem nie było żadnych ograniczeń. Ludzka życzliwość i empatia wiele znaczą. Nowe leki i idę dalej.

Dwa lata później zaprzeczam, że mam zaburzenia psychiczne i przestaję przyjmować leki. Nawrót. Trzecia przymusowa hospitalizacja. Z powrotem ograniczenia. Mówią mi, że to koniec. Jeśli nie

ogarnę się tutaj, zostanę umieszczona gdzieś, gdzie moja rodzina nie będzie mogła mnie zobaczyć. Gorsze niż więzienie. Ostatecznie jestem wypisana.

Cztery lata później moje małżeństwo rozpada się i ja też. Czwarta przymusowa hospitalizacja. Związywano mnie i podawano mi dożylnie coś, co odczuwałam jako wrzącą wodę w żyłach. Pojawia się nowy efekt uboczny i występują objawy przypominające udar za każdym razem, gdy dostaję „zastrzyk usypiający”.

Przez kolejne cztery lata byłam siedmiokrotnie przymusowo hospitalizowana, w tym trzy razy w ciągu dwóch tygodni. Nowe leki i nowy efekt uboczny: paraliż senny.

Moja dwunasta i ostatnia hospitalizacja była inna. To była moja decyzja. Dobrowolna. Przyznanie się, że potrzebowałam pomocy. Bardziej niż pomocy chciałam wsparcia. Moja psychiatra była surowa, ale też cierpliwa i pełna empatii. Wierzyła we mnie, a ja czułam, że naprawdę kieruje się moim dobrem. Moja terapia jest wreszcie na właściwym poziomie.

Wielokrotnie spadałam, próbując wrócić na właściwe tory. Będę nadal próbować i uczyć się, a już sam wysiłek sprawi, że zawsze odniosę sukces.

Sandra Ferreira, Południowa Afryka



niepełnosprawności. Może to być także mniej formalne, na przykład w formie zaangażowania osób wspierających, do których ma ona zaufanie.

W każdym przypadku wspomagane podejmowanie decyzji:

- szanuje prawa i życzenia osoby;
- nie promuje interesów innych osób;
- nie próbuje wpływać na osobę w celu podejmowania decyzji, których ona nie chce podejmować;
- zapewnia poziom wsparcia, którego wymaga dana osoba;
- jest stosowane przez krótki lub długi czas, zgodnie z życzeniem tej osoby.

Wiele przypadków wspomaganego podejmowania decyzji można znaleźć na całym świecie, w tym w Ameryce, Europie, Azji Południowo-Wschodniej i na Zachodnim Pacyfiku. W ciągu ostatnich pięciu lat Kolumbia, Indie, Peru i Filipiny wprowadziły ustawo-

dawstwo, które usuwa bariery w zakresie zdolności prawnej i uznaje rolę wspomaganego podejmowania decyzji w kontekście świadczeń zdrowia psychicznego (23).

W Ameryce Południowej, gdzie wiele krajów poczyniło postępy w zakresie wspomaganego podejmowania decyzji, programy często opierają się na nieformalnych mechanizmach wsparcia dostarczanych przez organizacje społeczeństwa obywatelskiego, w tym organizacje osób z doświadczeniem życiowym (zobacz [Ramka 4.5 Wspomagane podejmowanie decyzji w Ameryce Południowej](#)). Jednak wciąż jest wiele do nauczenia w zakresie wdrażania wspomaganego podejmowania decyzji w różnych sytuacjach leczenia i przy zróżnicowanych zasobach. Jasne jest, że inwestycje i transformacje w dziedzinie zdrowia psychicznego muszą obejmować promowanie wspomaganego podejmowania decyzji.



STUDIUM PRZYPADKU

RAMKA 4.5

Wspomagane podejmowanie decyzji w Ameryce Południowej

Argentyna: czerpanie wsparcia z codziennego życia

W latach 2017–2018 projekt pilotażowy *Osoby niepełnosprawne w Argentynie: Wykorzystanie ich zdolności prawnej i procesu podejmowania decyzji* zaczerpnął z codziennego doświadczenia uczestników dotyczącego niepełnosprawności psychospołecznej i intelektualnej w celu zidentyfikowania i krytycznej analizy systemów wsparcia w procesie podejmowania decyzji. Uczestnicy zastosowali planowanie skoncentrowane na osobie, aby zidentyfikować osoby i sieci wsparcia (a także ograniczenia) w swoim codziennym życiu.

Ewaluacja projektu podkreśliła potrzebę stworzenia elastycznego i dynamicznego zestawu narzędzi wsparcia oraz zidentyfikowała rolę struktur organizacyjnych w projektowaniu wspomagane go podejmowania decyzji.

Kolumbia: planowanie życia

Kolumbijski projekt pilotażowy *Wspomaganie podejmowania decyzji a życie społeczne* w latach 2015–2016 pozwolił zbudować spersonalizowany system wsparcia w celu zwiększenia zdolności

osób do podejmowania decyzji, poprawienia relacji i niezależnego życia. Uczestnicy korzystali z narzędzi do planowania życia, aby opracować mapę sieci, z których mogli korzystać w celu uzyskania wsparcia, oraz stworzyli spersonalizowaną broszurkę opisującą ich cele, marzenia i podstawowe preferencje.

Wywiady jakościowe i obserwacje uczestników wykazały, że niektóre osoby zostały wzmocnione, aby ich głos został usłyszany, a ich rodziny dostosowały swoje podejście do wsparcia.

Peru: angażowanie jednostek, grup i całych społeczności

W latach 2016–2018 projekt pilotażowy *Sieci wsparcia w procesie podejmowania decyzji i życiu społecznym* wykorzystywał planowanie i doradztwo jednoosobowe, a także warsztaty grupowe, wsparcie rówieśnicze, spotkania rodzinne oraz szersze mapowanie interesariuszy i działania outreachowe w celu promowania sieci wsparcia w procesie podejmowania decyzji.

Uczestnicy zgłaszali, że dzięki większej wiedzy czują się wzmocnieni.

Źródło: Vásquez et al, 2021 (206).

Angażowanie i wzmocnienie osób z doświadczeniem życiowym

Wnikliwość osób z doświadczeniem życiowym w obszarze zaburzeń psychicznych oraz oddanie im głosu, możliwości wyboru i wpływu na wiele aspektów zdrowia psychicznego stanowi istotny krok w kierunku przekształcania na całym świecie podejścia do niego.

Osoby z doświadczeniem życiowym mogą być świadkami łamania praw człowieka dokonywanych przez służby zdrowia psychicznego, dlatego też rozumieją, jak służby te mogą zawieść ludzi. Mogą być mocnymi obrońcami opieki skoncentrowanej na pacjencie, opartej na procesie powrotu do zdrowia i na prawach człowieka w dziedzinie zdrowia psychicznego oraz w zakresie polityki i przepisów, które chronią ich prawa.

Umocnienie daje osobom z doświadczeniem życiowym lepsze zrozumienie i kontrolę nad swoim życiem (207). Wymaga to od rządów, pracodawców, placówek edukacyjnych, organizacji pozarządowych i członków społeczeństwa usunięcia barier, które mogą osobom z doświadczeniem życiowym w zakresie zdrowia psychicznego utrudniać pełne i skuteczne uczestnictwo w życiu społecznym.

W ostatnich dziesięcioleciach nastąpił postęp w kierunku większego zaangażowania świadczeniobiorców i ich opiekunów na różnych poziomach systemu opieki zdrowotnej w dziedzinie zdrowia psychicznego.

- **Poziom osobisty:** zaangażowanie w planowanie opieki zdrowotnej, ocena i zarządzanie własnym zdrowiem, na przykład poprzez wspólne podejmowanie decyzji, zaawansowane planowanie, wspomagane samodzielne zarządzanie i skoncentrowane na osobie podejście do procesu powrotu do zdrowia.
- **Poziom społecznościowy:** zaangażowanie w lokalne planowanie świadczeń, dostarczanie świadczeń, monitorowanie i ocena, działalność na rzecz promocji zdrowia psychicznego, kampanie informacyjne dla społeczeństwa (zwłaszcza mające na celu zmniejszenie stygmatyzacji) oraz szkolenia dla personelu i innych osób.
- **Poziom strategiczny:** uczestnictwo w kształtowaniu opieki psychiatrycznej, planów i przepisów, monitorowanie usług i badania.

Zastosowanie podejścia partycypacyjnego jest kluczowe w komplementacji powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (208). Niemniej jednak w wielu krajach jest ono wciąż rzadko stosowane w opiece zdrowotnej w dziedzinie zdrowia psychicznego. Wzrost procesów partycypacyjnych dla osób z doświadczeniem życiowym miał miejsce głównie w krajach o wysokim dochodzie (209). Jedynie jedna trzecia krajów o średnich dochodach – i zaledwie 16% krajów o niskich dochodach – posiada formalny mechanizm umożliwiający zaangażowanie organizacji świadczeniobiorców w systemie tej opieki (5).

Istnieją różne poziomy uczestnictwa, od konsultacji po wspólne podejmowanie decyzji, oraz od uczestnictwa w dostarczaniu świadczeń po świadczenia kierowane przez użytkowników. Bez względu na poziom uczestnictwa, ważne jest, aby nie było ono tylko pozorne, a opinie osób z doświadczeniem życiowym były w pełni brane pod uwagę

i cenione w polityce oraz praktyce. Wymaga to czasu. We wszystkich przypadkach należy zapewnić, by osoby były odpowiednio wspierane przez cały proces partycypacyjny.

Pozytywne partnerstwo w opiece

Upoważnianie ludzi do kontroli nad swoim życiem i zdrowiem psychicznym, nadaje im osobistą godność, wartość i szacunek. Może zwiększyć poczucie własnej wartości i pewność siebie. Daje też ludziom pewien poziom wyboru i autonomii, których mogliby nie uzyskać w innym przypadku.

Jednocześnie znaczące zaangażowanie osób z doświadczeniem życiowym pozwala świadczeniodaw-

com lepiej zrozumieć, jak to jest mieć zaburzenia psychiczne; może pomóc kwestionować założenia i zwiększyć poziom zaufania między nimi a świadczeniodawcami.

Potencjalnym rezultatem są lepsze relacje terapeutyczne i równiejsze, współpracujące i skuteczne partnerstwo w opiece zdrowotnej. Pacjenci i dostawcy opieki zdrowotnej mogą wspólnie opracować opcje opieki i wybrać te, które są najbardziej odpowiednie i akceptowalne dla danej osoby (zobacz [sekcję 7.1.1 Stawianie na pierwszym miejscu ludzi](#)).

Wszystko to pozytywnie wpływa na proces powrotu do zdrowia oraz jakość życia (zobacz [doświadczenie Aleksandry](#)).

OPOWIADANIE

Autonomia była kluczem do mojego powrotu do zdrowia

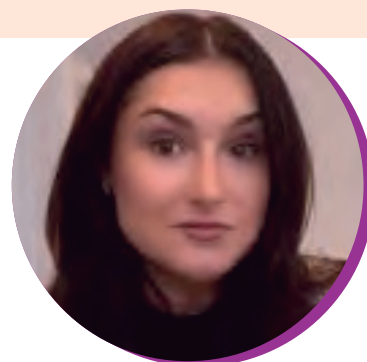
Doświadczenie Aleksandry

Uzyskanie autonomii w zakresie mojego zdrowia psychicznego było najważniejszym czynnikiem przyczyniającym się do mojego powrotu do zdrowia. Zdiagnozowano u mnie zaburzenie psychiczne, gdy miałam siedem lat. Przez całe moje dzieciństwo i dorastanie nie miałam wpływu na mój powrót do zdrowia: moje własne pomysły na to, co mogłoby mi pomóc, często były lekceważone. Ten brak autonomii niszczył moje i tak już niskie poczucie własnej wartości i pogarszał moje zaburzenie psychiczne.

Pamiętam, że w wieku dziewiętnastu lat weszłam do gabinetu mojego obecnego terapeuty. Byłam cieniem człowieka. Lata zmuszania do określonych ścieżek terapeutycznych i otaczanie nadmierną troską przez dorosłych zniszczyły moją pewność siebie. Ledwo wierzyłam, że jestem zdolna do podejmowania podstawowych decyzji, a co dopiero do pomagania

sobie. Ale ten terapeuta był inny: widział we mnie osobę, a nie moje zaburzenie psychiczne. Pytał mnie o zainteresowania, chciał poznać mój styl pracy i był chętny do współpracy, aby razem opracować drogę do mojego dobrostanu psychicznego.

Zaczęliśmy od małych kroków, ale dzięki jego wsparciu stopniowo zyskiwałam pewność siebie, by podejmować skomplikowane decyzje dotyczące mojego zdrowia i dobrostanu. Jego gotowość do współpracy ze mną, tworzenie planów opieki odpowiadających mnie jako człowiekowi, jednocześnie dając mi przestrzeń do podejmowania autonomicznych decyzji, pomogła mi zbudować pewność siebie, by odnieść sukces nie tylko psychicznie, ale również w innych obszarach mojego życia. Do dziś przypisuję swoją rekonwalescencję charakterowi współpracy z nim.



Alexandra M Schuster, Wielka Brytania

Kontakt społeczny dla lepszej opieki

Strategie kontaktu społecznego, które angażują osoby z doświadczeniem życiowym, są opartym na dowodach sposobem zmniejszania stygmatyzacji w społeczności (zobacz [sekcję 4.2.1 Działania przeciwko stygmatyzacji i dyskryminacji: Powstrzymanie stygmatyzacji](#)). Są także ważne dla zmniejszenia stygmatyzacji wśród świadczeniodawców. Stygmatyzacja wśród pracowników podstawowej opieki zdrowotnej prawdopodobnie przyczynia się do niskich wskaźników wykrywania zaburzeń psychicznych w podstawowej opiece zdrowotnej.

Badanie pilotażowe przeprowadzone w Nepalu sugeruje, że zaangażowanie osób z doświadczeniem życiowym jako współprowadzących programy szkoleniowe mhGAP dla pracowników podstawowej opieki zdrowotnej może być skutecznym sposobem na zmniejszenie stygmatyzacji (210). Co ciekawe, badanie to wykazało również, że pracownicy opieki podstawowej, którzy są szkoleni przez osoby z doświadczeniem życiowym, mogą być bardziej skłonni do dokładnej diagnozy zaburzeń psychicznych.

Sieci umożliwiające zaangażowanie

Sieci i organizacje prowadzone przez rówieśników odgrywają kluczową rolę w umożliwianiu osobom z doświadczeniem życiowym zaangażowania w opiekę. Sieci mogą być istotnym źródłem wzajemnego wsparcia dla użytkowników świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego. Często dostarczają im również zachęty, zasobów oraz formalnej infrastruktury do systemowego wsparcia i upominania się o swoje prawa, co ułatwia wprowadzenie zmian.

Dzięki organizacjom rówieśniczym, osoby z doświadczeniem życiowym pomogły edukować społeczność, informować i wpływać na decydentów, potępiać stygmatyzację i dyskryminację oraz walczyć o poprawę usług i wprowadzenie przepisów prawnych (211).

Podczas pandemii COVID-19 organizacje rówieśnicze były szczególnie cenne, oddając głos osobom z doświadczeniem życiowym. Światowa Sieć Rówieśnicza Zdrowia Psychicznego (GMHPN) i jej partnerzy, np. przeprowadzili wśród osób z doświadczeniem życiowym badania na temat psychospołecznych skutków pandemii; opowiadali się za większą równością i sprawiedliwością w reakcji na pandemię (212). Na szczeblu krajowym organizacje te przejęły inicjatywę w świadczeniu dodatkowego wsparcia, np. Organizacja Niepełnosprawności Psychiczej w Kenii oferuje wsparcie psychospołeczne dla personelu więziennego (7).

Kompleksowy plan działań w dziedzinie zdrowia psychicznego na lata 2013–2030 wzywa do działań, które pomagają organizacjom osób z zaburzeniami psychicznymi uczestniczyć w reorganizacji, dostarczaniu, ocenie i monitorowaniu usług. W praktyce wsparcie tych organizacji może obejmować na przykład wysiłki w celu:

- zachęcania do ich tworzenia;
- rozwijania ich zdolności do skutecznego działania na rzecz praw człowieka;
- ustanawiania mechanizmów zapewniających ich pełne uczestnictwo w tworzeniu polityki;
- zaangażowania w monitorowanie i ocenę usług w zakresie zdrowia psychicznego;
- uwzględniania ich w działaniach na rzecz budowania zdolności różnych interesariuszy.

Aby uzyskać więcej informacji na temat wsparcia uczestnictwa osób z doświadczeniem życiowym w kierowaniu i dostarczaniu usług, zobacz: www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools.

4.3 Umożliwianie rozwoju społecznego i gospodarczego

Zdrowie psychiczne to istotna, choć często zaniebdywana kwestia w polityce społecznej i rozwoju gospodarczym. Słabe zdrowie psychiczne hamuje rozwój, obniża produktywność, nadwyręża relacje społeczne oraz pogłębia ubóstwo i pogarsza niekorzystne warunki życia. Z kolei, gdy ludzie są fizycznie i psychicznie zdrowi oraz żyją lub pracują w środowisku sprzyjającym zdrowiu psychicznemu, mogą efektywnie uczyć się lub pracować i przyczyniać się do rozwoju swoich społeczności, co przynosi korzyści wszystkim.

Rosnąca liczba dowodów wskazuje, że przekształcenie podejścia do zdrowia psychicznego wymaga nie tylko zwiększonego dostępu do wysokiej

jakości świadczeń i opieki. Wymaga także większej uwagi oraz inwestowania w rozwiązywanie podstawowych, społecznych i gospodarczych realiów życia, które kształtują zdrowie psychiczne ludzi. Kraje już zobowiązały się do zajęcia się tymi sprawami poprzez cele zrównoważonego rozwoju (SDG) w ramach Agendy 2030 ds. Zrównoważonego Rozwoju. Związki między zdrowiem psychicznym a celami SDG są złożone i w wielu przypadkach dwukierunkowe (zobacz Tabelę 4.3). Postęp w realizacji celów SDG tworzy potencjał do promowania i ochrony zdrowia psychicznego (15). Jednocześnie poprawa wyników zdrowotnych, w tym wyników w zakresie zdrowia psychicznego, jest istotna dla pełnego zrealizowania ambitnych celów SDG.



TABELA 4.3

Zdrowie psychiczne jest związane z każdym celem zrównoważonego rozwoju (SDG)

SGD	ZWIĄZKI ZE ZDROWIEM PSYCHICZNYM
1. Bez ubóstwa	<ul style="list-style-type: none"> • Stan zdrowia psychicznego jest ściśle związany z ubóstwem w błędnym cyklu niekorzystnych warunków.
2. Brak głodu	<ul style="list-style-type: none"> • Złe odżywianie wpływa negatywnie na rozwój poznawczy i emocjonalny dzieci. • Niepewność dostępu do żywności zwiększa ryzyko wystąpienia zaburzeń zdrowia psychicznego u dorosłych.
3. Dobre zdrowie i dobre samopoczucie	<ul style="list-style-type: none"> • Zdrowie psychiczne stanowi integralną część ogólnego zdrowia i samopoczucia.
4. Jakość edukacji	<ul style="list-style-type: none"> • Zdrowie psychiczne jest istotne dla procesu uczenia się, a środowisko edukacyjne ma kluczowy wpływ na zdrowie psychiczne. • Osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego napotykały trudności w dostępie do edukacji.
5. Równość płci	<ul style="list-style-type: none"> • Nierówność i przemoc związana z płcią są czynnikami ryzyka wystąpienia zaburzeń zdrowia psychicznego.
6. Czysta woda i sanitariat	<ul style="list-style-type: none"> • Deprywacja socjoekonomiczna i słaby dostęp do udogodnień są źródłem stresu życiowego i wiążą się z różnymi zaburzeniami zdrowia psychicznego.
7. Dostępna i czysta energia	
8. Godna praca i wzrost gospodarczy	<ul style="list-style-type: none"> • Praktyki i środowisko pracy są wyznacznikami zdrowia psychicznego. • Osoby z zaburzeniami psychicznymi mają utrudniony dostęp do godnej pracy.
9. Przemysł, innowacje i infrastruktura	<ul style="list-style-type: none"> • Zatrudnienie i wzrost gospodarczy są istotnymi czynnikami chroniącymi przed zaburzeniami psychicznymi.
10. Ograniczenie nierówności	<ul style="list-style-type: none"> • Dyskryminacja i nierówne traktowanie osób cierpiących na choroby psychiczne są wszechobecne i wywołują stres psychiczny.
11. Zrównoważone miasta i społeczności	<ul style="list-style-type: none"> • Dobrze zaplanowana urbanizacja może korzystnie wpłynąć na zdrowie psychiczne ludzi poprzez lepszy dostęp do pracy, edukacji i mieszkań, a także bezpiecznych środowisk i terenów zielonych. • Narażenie na przemoc na poziomie społeczności stanowi czynnik ryzyka dla zdrowia psychicznego.
12. Odpowiedzialna konsumpcja i produkcja	<ul style="list-style-type: none"> • Deprywacja społeczno-ekonomiczna i słaby dostęp do zasobów są powiązane z szeregiem schorzeń psychicznych.
13. Działania w dziedzinie klimatu	<ul style="list-style-type: none"> • Zmiany klimatu i wydarzenia środowiskowe są przyczyną ludzkiego cierpienia i mogą szkodzić zdrowiu psychicznemu.
14. Zasoby naturalne.	<ul style="list-style-type: none"> • Dostęp do zasobów naturalnych na lądzie i morzu wpływa na zdrowie ludzi, w tym na ich zdrowie psychiczne.
15. Życie na lądzie	
16. Pokój, sprawiedliwość i stabilne instytucje	<ul style="list-style-type: none"> • Konflikt i przemoc stanowią główne zagrożenia dla zdrowia psychicznego, natomiast zdrowie psychiczne może przyczynić się do ograniczenia przemocy.
17. Partnerstwo na rzecz osiągnięcia celów	<ul style="list-style-type: none"> • Zdrowie psychiczne jest kwestią uniwersalną. • Wnioski wyciągnięte z partnerstw na rzecz zdrowia psychicznego można zastosować w programie SDG.

Źródło: Lund et al, 2018 (52).

Holistyczne podejście do promocji zdrowia psychicznego, ochrony, opieki i powrotu do zdrowia przyczynia się do większej równości szans (w zakresie edukacji, dochodów i integracji społecznej) oraz dostępu do świadczeń, zwłaszcza dla osób narażonych na sytuacje niepewne lub wrażliwe.

W skrócie, korzyści z lepszego zdrowia psychicznego wykraczają poza samopoczucie psychiczne, od sprawiedliwości społecznej i inkluzji do wzrostu gospodarczego i dobrobytu.

4.3.1 Równość społeczna i integracja

Jak omówiono w *Rozdziale 2. Zasady i determinanty zdrowia psychicznego w służbie zdrowia publicznego*, nasze zdrowie psychiczne ciągle jest kształtowane i przekształcane przez środowisko, w którym żyjemy. Osoba, której życie cechuje się malejącymi możliwościami, wykluczeniem społecznym i ekonomiczną niepewnością, będzie miała inną trajektorię zdrowia psychicznego niż osoba, która dorastała w stabilnym, wspierającym środowisku domowym, pracy i społecznym. Analizy w Europie wykazują, że przeciętnie mężczyźni i kobiety o najniższych dochodach mają dwa razy większe prawdopodobieństwo złego stanu zdrowia psychicznego w porównaniu z osobami o najwyższych dochodach (213).

Zgodnie z tym, kluczowym wymaganiem skutecznej transformacji zdrowia psychicznego na poziomie populacyjnym jest zmniejszenie lub wyeliminowanie lokalnych i krajowych nierówności w odniesieniu do zdrowia psychicznego. Jest to cel sam w sobie, a korzyści z udanych działań przeciw takim nierównościom można dodać do uzasadnienia inwestycji w zdrowie psychiczne.

Kompleksowy plan działań w dziedzinie zdrowia psychicznego na lata 2013–2030 identyfikuje opcje wdrożenia do rozwiązywania nierówności; te kwestie zostały dodatkowo podkreślone podczas Światowego Dnia Zdrowia Psychicznego w 2021 roku, którego tematem było „Zdrowie Psychiczne w Nierównej Rzeczywistości” (214). Proponowane strategie obejmują działania przeciwko przemocy interpersonalnej, niekorzystnej polityce imigracyjnej i rasizmowi; oraz działania na rzecz ochrony dzieci, godnych warunków pracy i integracji społecznej.

Rozwiązywanie nierówności wymaga znacznego wzmocnienia wielosektorowych działań mających na celu rozwiązanie społecznych i strukturalnych determinantów zdrowia psychicznego w celu osiągnięcia sprawiedliwości społecznej (zobacz [sekcję 6.1.3 Dokonywanie zmian strukturalnych na rzecz zdrowia psychicznego](#)). Wymaga to zmian w wykluczeniu społecznym osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego, które często są pozbawiane podstawowych praw społecznych i obywatelskich (zobacz [sekcję 4.2.1 Działania przeciwko stygmatyzacji i dyskryminacji](#)).

Wymaga również przekształcenia dostępu do opieki w taki sposób, aby świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego były dostępne dla wszystkich ludzi w społeczeństwie, na wszystkich etapach życia. Zbyt często świadczenia koncentrują się na osobach dorosłych kosztem dzieci, młodzieży i osób starszych. Różnice płci muszą być brane pod uwagę we wszystkich obszarach działań w dziedzinie zdrowia psychicznego, ze szczególnym uwzględnieniem, tych osób, które doświadczyły przemocy związanej z płcią oraz mniejszością płciową, które często uważają świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego za dyskryminujące (czytaj [Doświadczenie Kat](#)).

Inne priorytetowe grupy, określone w *Kompleksowym planie działania w dziedzinie zdrowia psychicznego na lata 2013–2030*, stanowią osoby bezdomne i objęte systemem wymiaru sprawiedliwości w sprawach karnych lub zatrzymane, a także: osoby ubiegające się o azyl, uchodźcy i nielegalny migranci; zmarginalizowane grupy etniczne, w tym ludność rdzenna; osoby niepełnosprawne fizycznie i intelektualnie; osoby dotknięte złożonymi sytuacjami kryzysowymi. Interwencje i wsparcie skierowane do tych grup mogą pomóc zmniejszyć istniejące nierówności i promować włączenie społeczne, przyczyniając się tym samym do zapewnienia, że interwencje wspierające zdrowie psychiczne są uniwersalne, ale skalibrowane proporcjonalnie do poziomu niekorzystnej sytuacji (proporcjonalny uniwersalizm) (215).

W każdym przypadku wsparcie osób żyjących w trudnych warunkach wymaga, aby świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego (i inne) były bardziej dostępne, ściśle powiązane z opieką społeczną i szeroko znane. Doświadczenie wskazuje, że dotarcie do marginalizowanych grup długotrwale bezrobotnych, ulicznych

OPOWIADANIE

Reformowanie opieki zdrowotnej w dziedzinie zdrowia psychicznego dla społeczności LGBTIQ+



Doświadczenie Kat

Gdy korzystam z systemu opieki zdrowotnej w moim kraju, staram się ukryć swoją seksualność. Za każdym razem, gdy ukrywam swoją seksualność, czuję, że cofam się o kilka kroków w powrocie do zdrowia. Robię to jednak, ponieważ doświadczyłam homofobicznych komentarzy i braku zrozumienia.

Moje doświadczenia z dyskryminacją sprawiły, że otwarcie mówię o potrzebie reformy systemów opieki zdrowotnej w dziedzinie zdrowia psychicznego dla społeczności LGBTIQ+. Nasze systemy opieki zdrowotnej muszą uznać szkodę, jaką wyrządziły, aby rozpocząć proces reformy. Decyzja o uwzględnieniu niektórych orientacji seksualnych w międzynarodowych klasyfikacjach chorób na przykład, przyniosła ogromne szkody. Wiele krajów, w tym mój własny, nadal utrzymuje te klasyfikacje. Choć niektóre z nich nie istnieją już w aktualnych publikacjach, nadal utrzymują się skutki międzynarodowej polityki i diagnoz dyskryminacyjnych, zwłaszcza w krajach, w których osoby LGBTIQ+ mają niewiele praw lub w ogóle ich nie mają.

Poza uznaniem wyrządzonej szkody, potrzebujemy sprawiedliwych działań, które eliminują stygmatyzację, na przykład aktualizując ustawę o zdrowiu psychicznym z 1975 roku na Trynidadzie i Tobago, aby uwzględnić potrzebę równego dostępu do świadczeń dla osób LGBTIQ+. Opracowanie i wdrożenie polityki zerowej dyskryminacji, które pomogą pracownikom opieki zdrowotnej pozbyć się uprzedzeń, również przyczyni się do niezbędnych zmian.

Dodatkowo inwestowanie w pracowników opieki zdrowotnej, aby więcej osób ze społeczności LGBTIQ+ miało wykształcenie w dziedzinie zdrowia psychicznego i było zatrudnianych jako specjaliści ds. zdrowia psychicznego, może przyczynić się do stworzenia bezpieczniejszego systemu opieki zdrowotnej. Ponadto przekształcenie naszych systemów w taki sposób, aby obejmowały wsparcie rówieśników, zwłaszcza ze społeczności LGBTIQ+, może zagwarantować, że osoby na swojej drodze rekonwalescencji będą wspierane przez ludzi o podobnych doświadczeniach.

Najważniejsze jest, abyśmy teraz naprawdę wprowadzili w życie słowa „nic o nas bez nas” i dali społeczności LGBTIQ+ – zwłaszcza tym osobom, które doznały zaburzeń zdrowia psychicznego – równą szansę w kształtowaniu naszego systemu opieki psychiatrycznej, począwszy od tworzenia polityki, a skończywszy na dostarczaniu świadczeń. Osoby z doświadczeniem życiowym potrafią wskazać, co działa w naszych systemach, ponieważ przez lata współpracowaliśmy z tymi systemami. Możemy także wskazywać praktykom lepsze rozwiązania. Musimy zachęcać do znaczącej współpracy między osobami LGBTIQ+ z zaburzeniami zdrowia psychicznego a tradycyjnymi specjalistami ds. zdrowia psychicznego.

Doświadczenia życiowe muszą stawać się priorytetem, zwłaszcza doświadczenia osób LGBTIQ+.

Kat McIntosh, Trynidad i Tobago



prostitutek, uchodźców, migrantów o nieregulowanym statusie i osób bezdomnych można osiągnąć poprzez ustanowienie programów wsparcia, integrowanie kwestii zdrowia psychicznego z opieką ogólnoustrojową, koordynację opieki społecznej i zdrowotnej oraz rozpowszechnianie informacji zarówno wśród osób niebędących praktykami, jak i praktyków (47). Solidna organizacja świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego – jak opisano w *Rozdziale 7. Przebudowa i rozszerzenie opieki dla wpływu* – jest kluczowa dla dotarcia do osób marginalizowanych.

4.3.2 Korzyści ekonomiczne

Ekonomiczne implikacje osłabionego zdrowia psychicznego są ogromne i wykraczają daleko poza bezpośrednie koszty leczenia (zobacz *sekcję 3.2 Konsekwencje ekonomiczne*).

Dobre zdrowie psychiczne pozwala ludziom produktywnie pracować i wykorzystywać swój pełny potencjał. Z kolei słabe zdrowie psychiczne przeszkadza ludziom w pracy, nauce i zdobywaniu nowych umiejętności. Hamuje osiągnięcia edukacyjne dzieci, co może wpłynąć na przyszłe perspektywy ich zatrudnienia. Tymczasem dorośli żyjący z zaburzeniami zdrowia psychicznego mogą stwierdzić, że nie są w stanie pracować, albo pracować tak dobrze jak zwykle, często przez dłuższy okres. Opiekunowie mogą być też tym dotknięci.

Badanie dotyczące ponoszonych przez gospodarstwa domowe kosztów związanych z zaburzeniami zdrowia psychicznego w sześciu krajach subsaharyjskiej Afryki i Azji Południowej wykazało, że gospodarstwa, w których członek rodziny cierpiał na zaburzenia psychiczne, były w gorszej sytuacji ekonomicznej niż gospodarstwa w grupy kontrolnej. Na przykład, miały niższe standardy mieszkaniowe, niższe dochody, mniejszy majątek i ponosiły wyższe wydatki na opiekę zdrowotną (216).

Utrata pracy nie tylko wpływa na zdolność jednostki i gospodarstwa domowego do zarabiania na życie, ale także przyczynia się do większych kosztów społecznych wskutek wzrostu bezrobocia, potrzeb związanych z pomocą społeczną, utratę produktywności, wypadki przy pracy i zmniejszenie wpływów z podatków.

Badacze szacują, że rocznie traci się 12 miliardów dni pracy tylko z powodu zaburzeń depresyjnych i lękowych, co kosztuje prawie 1 bilion dolarów (217). Obejmuje to dni utracone z powodu absencji, prezenteizm (kiedy ludzie chodzą do pracy dla obecności, ale pracują gorzej) i rotację pracowników.

Redukcja indywidualnych, społecznych i strukturalnych form ryzyka w aspekcie zdrowia psychicznego i jednocześnie zwiększanie dostępu do skutecznej opieki nie tylko poprawia dobrostan i funkcjonowanie społeczne, ale także przynosi szereg korzyści ekonomicznych dla osób chorych i ich gospodarstw domowych. Działania takie mogą poprawić ich udział i produktywność w pracy i szkole, skrócić czas poświęcony na opiekę nieformalną, zmniejszyć popyt na świadczenia zdrowotne i opiekuńcze oraz zwiększyć potencjał oszczędności lub inwestycji (patrz *Rys. 4.2*). Najnowszy przegląd systematyczny wykazał, że większość ocenianych działań w dziedzinie zdrowia psychicznego prowadziła do poprawy wyników ekonomicznych, głównie w zakresie edukacji i zatrudnienia (218).

Przedsiębiorstwa i cała gospodarka również mogą zyskać dzięki inwestycjom w poprawę zdrowia psychicznego poprzez większy udział w rynku pracy i wyższą produktywność, co wpływa na wyniki finansowe firm. Badanie przeprowadzone w dziesięciu firmach w Kanadzie wykazało, że programy w zakresie zdrowia psychicznego wdrożone w miejscu pracy mogą przynieść pozytywny zwrot z inwestycji w ciągu trzech lat (219). W przypadku rządów państw inwestowanie w zdrowie psychiczne populacji może prowadzić do oszczędności w dziedzinie wsparcia społecznego: najnowsza analiza przeprowadzona w Danii wykazała, że wzrost dobrostanu psychicznego wiązał się z niższymi kosztami opieki zdrowotnej i zasiłków chorobowych (220).

12 miliardów dni pracy jest traconych każdego roku z powodu zaburzeń depresyjnych i lękowych.

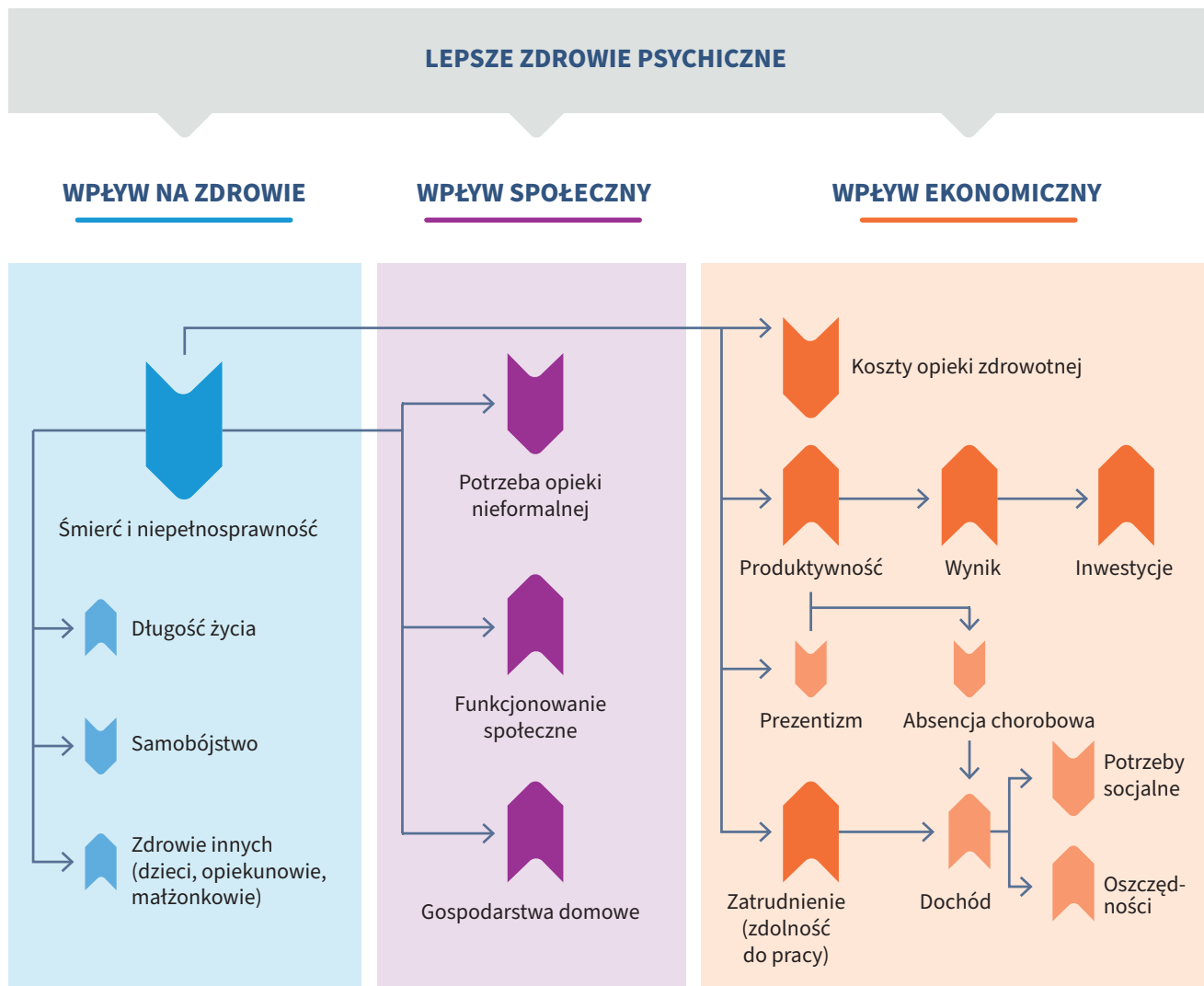
Wartość ekonomiczna i efektywność

Koszty i opłacalność leczenia zaburzeń zdrowia psychicznego stały się bardzo ważnym elementem dyskusji na temat tego, czy i dlaczego kraje powinny inwestować w zdrowie psychiczne obywateli. Zgro-

madzone dowody wskazują, że istnieje podstawowy zestaw efektywnych kosztowo interwencji w odniesieniu do priorytetowych przypadków, które są także wykonalne, dostępne i odpowiednie nawet dla obszarów o ograniczonych zasobach.

RYS. 4.2

Niektóre potencjalne korzyści społeczne i ekonomiczne z inwestycji w zdrowie psychiczne obywateli



Źródło: z WHO i UNDP, 2021 (221).

W wykazie opłacalnych ekonomicznie działań na rzecz zdrowia psychicznego WHO są zawarte te, dla których dostępne są informacje o skuteczności kosztowej (222). Na poziomie populacji wykaz ten określa wskazane programy społeczne prowadzone w szkołach i programy kształtowania umiejętności emocjonalnych oraz regulacje zakazów prawnych dotyczące stosowania wyjątkowo niebezpiecznych pestycydów (które są powszechnie wykorzystywane do popełnia-

nia samobójstw w kilku krajach o niskich i średnich dochodach) jako opłacalne i możliwe do przeprowadzenia (patrz [Rozdział 6 Promocja i prewencja dla zmiany](#)) (222). Na poziomie indywidualnym w wykazie wymieniono szereg opłacalnych interwencji klinicznych, które są również zawarte w kompendium WHO UHC (patrz [sekcja 5.1.3 Dowody do informowania o polityce i praktyce](#)).

Stosunek korzyści do kosztów wynosi 5 do 1 przy rozszerzeniu leczenia zaburzeń depresyjnych i lękowych

Oczywiście sama opłacalność nie może stanowić podstawy dla określenia priorytetów, a wykaz WHO podkreśla znaczenie praw człowieka i równości przy wyborze działań w dziedzinie zdrowia psychicznego.

Zwroty z inwestycji w działania kliniczne mogą być znaczne, zwłaszcza w przypadku zaburzeń depresyjnych i lękowych. Na przykład, jedno badanie oparte na modelowaniu dla 36 dużych krajów wskazuje, że liniowy wzrost zakresu leczenia między 2016 a 2030 rokiem mógłby zapewnić dodatkowe 43 miliony lat życia w zdrowiu warte 310 miliardów dolarów i wygenerować dodatkowe 399 miliardów dolarów zysku z produktywności (217). Jeśli założy się koszt rozszerzenia leczenia o 147 miliardów dolarów, uzyska się stosunek korzyści do kosztów wynoszący pięć do jednego (patrz Rys. 4.3). Najwyższy zwrot za nakłady na leczenie zaburzeń depresyjnych przewiduje się uzyskać w krajach o niższych i średnich dochodach (217).

Inne badania oparte na modelowaniu pokazują, że kompleksowe pakiety opieki psychiatrycznej, które łączą różne działania w zakresie promocji, zapobiegania i opieki, mogą przynieść znaczne i szeroko zakrojone korzyści, zwłaszcza gdy uwzględnia się zyski z produktywności i wartość większych korzyści społecznych (patrz Tabela 4.4).

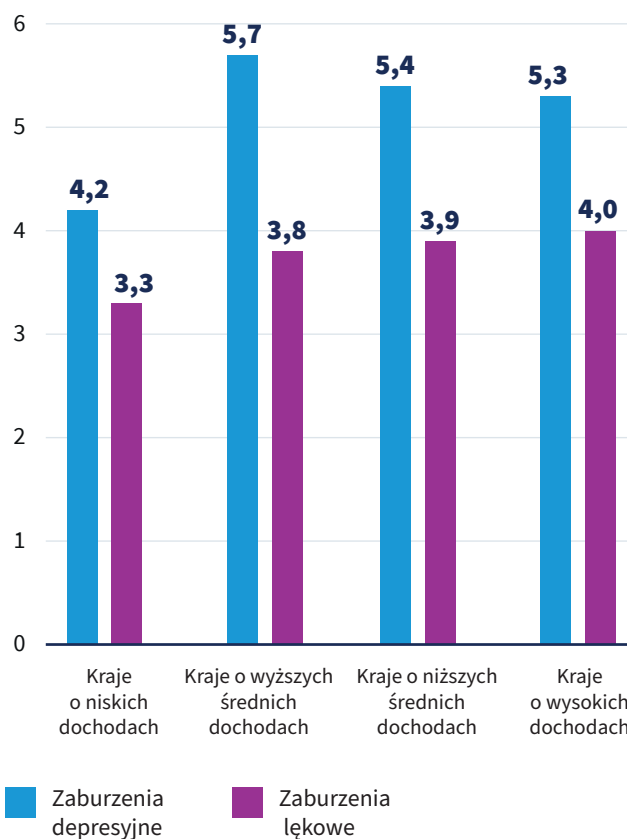
W Azji Południowej i na obszarze Afryki Subsaharyjskiej koszt rozszerzenia kompleksowego pakietu leczenia padaczki, depresji, choroby dwubiegunowej, schizofrenii i nadmiernego spożycia alkoholu

został obliczony na poziomie 3–4 dolarów na osobę. Szacowany zwrot z tej inwestycji wynosi od 500 do 1000 zdrowych lat życia za każdy milion wydanych dolarów (223).

Gdzie indziej, w otoczeniu niespecjalistycznym, oszacowane koszty wdrożenia pakietu pomocy medycznej były nawet niższe. Badania przeprowadzone w Etiopii, Indiach, Nepalu, Południowej Afryce i Ugandzie wykazują, że wynoszą one mniej niż 1 dolar na osobę. Te badania sugerują, że w ciągu dziesięcioletniego okresu skalowania dodatkowa kwota, która musiałaby być inwestowana każdego roku, wynosi mniej niż 0,10 dolara na osobę (224).

RYS. 4.3.

Zwroty z inwestycji z rozszerzonego leczenia zaburzeń depresyjnych i lękowych (stosunek korzyści do kosztów)



Źródło: Chisholm et al., 2016 (217).

TABELA 4.4

Inwestowanie w zdrowie psychiczne przynosi znaczne korzyści

STUDIUM PRZYPADKU



JAMAICA

Inwestycja: 115 milionów dolarów amerykańskich na rozszerzenie leczenia zaburzeń depresyjnych i lękowych oraz psychoz w latach 2015–2030

- Zwiększona dostępność leczenia psychospołecznego z 15% do 50%.
- Ogólne korzyści wynoszące ponad 434 miliony dolarów dla gospodarki, w tym zyski z produktywności i wartość większych korzyści społecznych.
- Zwrot z inwestycji wynoszący ponad pięć do jednego w przypadku klinicznego leczenia lęku i depresji.



FILIPINY

Inwestycja: 2,7 miliarda dolarów amerykańskich (2,57 dolarów na osobę rocznie) na kompleksowy pakiet działań w zakresie promocji, zapobiegania i opieki medycznej przez dziesięć lat

- Przewiduje się, że programy społeczne prowadzone w szkołach i kształtowanie umiejętności emocjonalnych w celu zapobiegania zaburzeniom depresyjnym i samobójstwom będą miały najwyższy zwrot z inwestycji, czyli około 9,5 dolarów zwrotu za zainwestowanego każdego dolara.
- Inne przewidywane inwestycje o wysokim zwrocie obejmują leczenie padaczki (6,6 do 1) i depresji (5,3 do 1).



RPA (Republika Południowej Afryki)

Inwestycja: 9% projektowanego budżetu w 2035 roku na rozszerzone działania w zakresie powszechnych ciężkich stanów zdrowia psychicznego, padaczki, demencji oraz zaburzeń związanych z nadużywaniem alkoholu i narkotyków

- Najwyższe przewidywane zwroty nakładów przewiduje się dla rozszerzonego leczenia zaburzeń depresyjnych w okresie okołoporodowym, a także dorosłych i dzieci, wynoszące odpowiednio 4,7, 4 i 3,6.
- Do końca okresu skalowania, przywróconych zostanie około 2,2 miliona lat zdrowego życia oraz będzie można zapobiec blisko 2,5 milionom przypadków zachorowań i uniknąć ponad 44 000 zgonów.
- Ogólne oszczędności w leczeniu psychoz i demencji nie przekroczyły kosztów rozszerzonego leczenia, a korzyści dla zdrowia i praw człowieka były ogromne.



UZBEKISTAN

Inwestycja: 398 milionów dolarów amerykańskich na lata 2021–2030 w celu rozszerzenia opartych na dowodach działań w częstych i ciężkich zaburzeniach zdrowia psychicznego, padaczce i nadmiernym spożyciu alkoholu

- Przewidywane korzyści w wysokości 382 milionów dolarów w przywróconej produktywności oraz poprawy samego zdrowia, które oszacowano na 701 milionów dolarów.
- Rozszerzone leczenie padaczki, zaburzeń depresyjnych i programy społeczne w szkołach oraz programy kształtowania umiejętności emocjonalnych, aby zapobiegać depresji i samobójstwom, stwarzają możliwość najwyższego zwrotu z inwestycji pod względem przywróconej produktywności, wynoszący odpowiednio 8,7, 3,4 i 3,0 dolarów za każdego zainwestowanego dolara.