



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”.



7

Restrukturyzacja i zwiększanie skali opieki w celu uzyskania efektu

OPIEKA ŚRODOWISKOWA

USŁUGI ZINTEGROWANE

ŚWIADCZENIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO OPARTE NA SPOŁECZNOŚCI

ŚWIADCZENIA POZA SEKTOREM ZDROWIA

Podsumowanie rozdziału

W niniejszym rozdziale omówiono działania w zakresie restrukturyzacji i zwiększania ich skali, które są niezbędne, aby przekształcić system opieki nad zdrowiem psychicznym tak, by odpowiadał na potrzeby wszystkich osób. Podkreślono potrzebę stworzenia systemu zdrowia psychicznego opartego na społeczności lokalnej. Pokazano również, jak ważne jest zapewnienie opieki skoncentrowanej na osobie, ugruntowanej w prawach człowieka i zorientowanej na powrót do zdrowia.



🔑 Najważniejsze informacje zawarte w tym rozdziale

- ➔ Opieka środowiskowa w zakresie zdrowia psychicznego jest bardziej dostępna i akceptowalna niż opieka instytucjonalna, pomaga zapobiegać naruszeniom praw człowieka i daje lepsze wyniki w zakresie powrotu do zdrowia osobom z zaburzeniami psychicznymi.
- ➔ Ogromna luka w dostępie do opieki w przypadku zaburzeń psychicznych, takich jak depresja i zaburzenia lękowe, oznacza, że państwa muszą zdywersyfikować opiekę i zwiększyć jej skalę, na przykład poprzez niespecjalistyczne doradztwo psychologiczne lub samopomoc z wykorzystaniem technologii cyfrowych.
- ➔ Opieka środowiskowa obejmuje sieć wzajemnie powiązanych świadczeń, w tym: świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego zintegrowanych z podstawową opieką zdrowotną, świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego opartych na społeczności lokalnej oraz świadczeń, które zapewniają opiekę nad zdrowiem psychicznym w środowiskach niezwiązanych z opieką zdrowotną, a także wspierają dostęp do podstawowych świadczeń społecznych.
- ➔ Wsparcie społeczne oraz wsparcie nieformalne oferowane przez świadczeniodawców społecznych (takich jak osoby o podobnych doświadczeniach, wolontariusze społeczni czy grupy kobiece) są uzupełnieniem świadczeń formalnych i mają zasadnicze znaczenie dla zapewnienia środowiska sprzyjającego osobom z zaburzeniami psychicznymi.
- ➔ Integracja świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego ze świadczeniami zdrowotnymi zazwyczaj oznacza dzielenie się zadaniami z niespecjalistycznymi świadczeniodawcami opieki zdrowotnej lub dodaniem wyspecjalizowanego personelu zajmującego się zdrowiem psychicznym oraz zasobów w tym zakresie do podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej.
- ➔ Często podstawą opieki środowiskowej w zakresie zdrowia psychicznego są szpitale ogólne oraz centra zdrowia psychicznego i zespoły ds. zdrowia psychicznego organizowane w danej społeczności, które pomagają łączyć świadczenia i wsparcie kliniczne z rehabilitacją psychospołeczną.
- ➔ Tam, gdzie jest to możliwe, kluczowym elementem procesu deinstytucjonalizacji są usługi mieszkalnictwa wspomagane; obejmują one różnorodne formy zakwaterowania o różnych poziomach wsparcia dostosowane do poszczególnych poziomów zależności pacjentów.
- ➔ Uzupełnienie działań na rzecz zdrowia o kluczowe świadczenia społeczne, w tym ochronę dzieci i dostęp do edukacji, zatrudnienie i świadczenia socjalne, ma zasadnicze znaczenie dla umożliwienia osobom z zaburzeniami psychicznymi osiągnięcia celów związanych z powrotem do zdrowia oraz dla prowadzenia bardziej satysfakcjonującego życia.

U podstaw reformy zdrowia psychicznego w większości krajów leży gruntowna reorganizacja świadczeń w tym zakresie. Wyzwanie w tym względzie polega na przeniesieniu miejsca opieki nad osobami z poważnymi zaburzeniami psychicznymi z instytucji na rzecz społeczności przy jednoczesnym zwiększeniu dostępności opieki nad schorzeniami, takimi jak depresja czy zaburzenia lękowe. Obie strategie są kluczowe dla osiągnięcia postępów w dziedzinie praw człowieka oraz poprawy zasięgu i jakości opieki nad zdrowiem psychicznym.

Każde województwo, dystrykt, prefektura, region, duże miasto lub inna duża jednostka administracyjna (zwana tutaj „regionem”) powinny dysponować siecią dostępnych świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego opartych na społeczności lokalnej, aby zapewnić zintegrowaną platformę do wspierania osób cierpiących na różnego rodzaju zaburzenia psychiczne. Sieć

ta musi również zaspokoić szersze potrzeby społeczne i ekonomiczne osób cierpiących na zaburzenia psychiczne, co oznacza, że sieć oraz oferowane w jej ramach świadczenia muszą być rozwijane i realizowane w ścisłej współpracy z wieloma sektorami i zainteresowanymi stronami (423).

W niniejszym rozdziale przedstawiono, czym w teorii jest kompleksowa opieka środowiskowa w zakresie zdrowia psychicznego i jak może ona wyglądać w praktyce. Przedstawiono niektóre założenia tej koncepcji, omówiono każdą z jej głównych części składowych oraz podano przykłady praktyk z całego świata. Nie wszystkie przykłady muszą stanowić najlepsze rozwiązanie. Każdy kraj musi rozważyć, co jest wykonalne i odpowiednie w zależności od własnych realiów, możliwości i potrzeb.

7.1 Zrozumienie opieki środowiskowej w zakresie zdrowia psychicznego

Dyskusje na temat reformy świadczeń często utrudnia brak wspólnego języka. WHO używa terminu „opieka środowiskowa w zakresie zdrowia psychicznego” w odniesieniu do każdej formy opieki nad zdrowiem psychicznym świadczonej poza szpitalem psychiatrycznym. Obejmuje to usługi dostępne w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznych programów zdrowotnych (np. kliniki HIV), okręgowych lub regionalnych szpitali ogólnych, a także odpowiednie świadczenia społeczne. Opieka ta obejmuje również szereg świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego opartych na społeczności lokalnej, w tym m.in. centra zdrowia psychicznego i zespoły ds. zdrowia psychicznego organizowane w danej społeczności, programy rehabilitacji psychospołecznej oraz małe placówki opiekuńcze.

7.1.1 Stawianie ludzi na pierwszym miejscu

WHO od dawna zdecydowanie promuje opiekę środowiskową w zakresie zdrowia psychicznego jako

alternatywę dla opieki instytucjonalnej (1, 23). Dzięki *Kompleksowemu planowi działania na rzecz zdrowia psychicznego na lata 2013–2030* kraje zobowiązały się do podwojenia liczby placówek opieki środowiskowej nad zdrowiem psychicznym do 2030 roku.

Powszechnie uznaje się, że w porównaniu z opieką instytucjonalną opieka środowiskowa w zakresie zdrowia psychicznego oznacza:

- **większą dostępność.** Opieka środowiskowa umożliwia uzyskanie dostępu do świadczeń bliżej miejsca zamieszkania, co eliminuje potencjalnie zaporowe koszty związane z koniecznością szukania pomocy w odległych lokalizacjach i zwiększa dostępność świadczeń. Pozwala również na leczenie w znanym otoczeniu, w którym dane osoby mogą utrzymywać sieci wsparcia, relacje, przyjaźnie oraz kontynuować aktywność zawodową, edukacyjną i inne codzienne zajęcia podczas terapii, co ułatwia powrót do zdrowia (424);

- **zmniejszenie stygmatyzacji.** Opieka środowiskowa może pomóc zmienić nastawienie do zaburzeń psychicznych, aby zmniejszyć wykluczenie społeczne osób dotkniętych takimi zaburzeniami i zwiększyć prawdopodobieństwo, że będą one szukać pomocy (425);
- **lepszą ochronę praw człowieka.** Opieka środowiskowa zmniejsza prawdopodobieństwo doświadczenia izolacji, ograniczeń, nadmiernego stosowania leków, zaniedbań i nadużyć, które są szczególnie powszechne w placówkach instytucjonalnych. Opieka środowiskowa odgrywa również istotną rolę w ograniczaniu dyskryminacji oraz w realizowaniu prawa każdej osoby do wolności, a także uczestnictwa i włączenia w życie społeczności, w której funkcjonuje (23);
- **lepsze wyniki.** Opieka środowiskowa jest skuteczniejsza niż opieka instytucjonalna, jeżeli chodzi o uwzględnianie preferencji poszczególnych osób, wspieranie reintegracji ze społecznością i poprawę jakości życia (426).

W odniesieniu do wdrażania opieki środowiskowej w praktyce WHO podkreśla potrzebę stosowania podejścia skoncentrowanego na osobie, ukierunkowanego na powrót do zdrowia, które zapewnia wszystkim ludziom dostęp do różnorodnych świadczeń i form wsparcia: od promocji i profilaktyki po leczenie i rehabilitację. Opieka powinna być w związku z tym koordynowana na różnych poziomach i w różnych miejscach w ramach sektora zdrowia i poza nim, w zależności od potrzeb ludzi chorych na poszczególnych etapach życia (427).

Podejście uwzględniające etapy całego życia jest szczególnie ważne, aby uchwycić newralgiczne momenty, punkty zwrotne i konteksty, w których różne interwencje mogą być szczególnie istotne (zob. [sekcja 2.1.3 Zdrowie psychiczne jest zmiennie w ciągu życia](#)). Świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego często koncentrują się na osobach dorosłych, a nie na dzieciach, młodzieży i osobach starszych, mimo że są to okresy kluczowe dla zdrowia psychicznego.

Opieka skoncentrowana na osobie

We wszystkich przypadkach dobra i wspierająca opieka środowiskowa jest organizowana wokół potrzeb zdrowotnych i oczekiwań osób chorych, a nie chorób.

Taka opieka skoncentrowana na osobie angażuje jednostki, rodziny i społeczności jako aktywnych uczestników, a nie biernych odbiorców wsparcia. W jej ramach świadomie przyjmuje się perspektywę i priorytety ludzi oraz odpowiada na nie w sposób humanitarny i holistyczny (427). W ten sposób dąży się do zrozumienia i poszanowania kulturowego postrzegania zdrowia psychicznego przez ludzi oraz zapewnia zaangażowanie świadczeniodawców opieki w zakresie zdrowia psychicznego w znaczące rozmowy na temat potrzeb i obaw ludzi (428).

Co ważne, opieka skoncentrowana na osobie promuje bardziej holistyczne podejście do identyfikowania ogólnych potrzeb zdrowotnych danej osoby i zarządzania nimi, zamiast skupiać się wyłącznie na konkretnej chorobie lub patologii. Ma to szczególne znaczenie w przypadku osób z wielorakimi potrzebami lub współistniejącymi problemami zdrowotnymi.

Dobra i wspierająca opieka środowiskowa jest organizowana wokół potrzeb zdrowotnych i oczekiwań osób, a nie chorób.

W praktyce opieka skoncentrowana na osobie oznacza między innymi:

- pełne poszanowanie praw człowieka i wartości osobistych danej osoby;
- uwzględnianie i respektowanie preferencji dotyczących leczenia oraz wyrażonych potrzeb;
- koordynację i integrację opieki pomiędzy różnymi świadczeniami i miejscami, w których się je zapewnia;
- angażowanie danych osób w planowanie oraz realizowanie opieki świadczonej na ich rzecz;
- zapewnienie danym osobom fizycznego komfortu i bezpieczeństwa; oraz
- w razie potrzeby zapewnienie interwencji i wsparcia.

W przypadku dzieci i młodzieży opieka skoncentrowana na osobie jest zazwyczaj zorientowana na rodzinę – wymaga zaangażowania opiekunów w podejmowanie decyzji i opiekę stosownie do potrzeb przy jednoczesnym poszanowaniu rozwijającej się autonomii starszych nastolatków.

OPOWIADANIE

Dostęp do dobrej jakości opieki umożliwił mi powrót do zdrowia

Doświadczenie Claudii

Z mojego doświadczenia wynika, że dobrej jakości opieka w zakresie zdrowia psychicznego opiera się na wzajemnym zrozumieniu: odkrywaniu podstawowych problemów i znajdowaniu rozwiązań poprzez skupienie się na indywidualnych potrzebach danej osoby.

Moja droga w skrócie to: dwie dobrowolne hospitalizacje, jasno określone podejście interdyscyplinarne do leczenia, leczenie szpitalne i ambulatoryjne oraz ciągła terapia. Obie hospitalizacje były przerażające. Za pierwszym razem bałam się, że świadomie zdecydowałam się na leczenie, o którym nie wiedziałam zbyt wiele. Przy drugim pobycie byłam już lepiej zorientowana w zagadnieniach związanych ze zdrowiem psychicznym, ale wciąż nie wiedziałam do końca, czego się spodziewać. Białe ściany, długie kolejki, ciągły nadzór, restrykcyjne godziny odwiedzin – wszystko to było nowe i onieśmielające.

Podczas drugiej hospitalizacji miałam codzienne sesje z wykwalifikowanymi specjalistami i uczestniczyłam w zajęciach grupowych, które pomogły mi zrozumieć moją diagnozę, co oznacza życie z zaburzeniem psy-

chicznym i co mogę zrobić, by sobie pomóc. Były też dodatkowe zajęcia z medytacji, ćwiczeń oddechowych oraz terapii z wykorzystaniem sztuki i rękodzieła. To właśnie ta opieka w zakresie zdrowia psychicznego umożliwiła mi powrót do zdrowia.

Po wypisie postanowiłam pomagać innym w taki sam sposób, w jaki pomogli mi leczący mnie lekarze i ich leczenie skoncentrowane na osobie. Ukończyłam studia psychologiczne, a dziś jestem certyfikowaną doradczynią ds. dobrostanu oraz wicedyrektorką międzynarodowej organizacji zrzeszającej osoby z doświadczeniem w zakresie zdrowia psychicznego.

Życie z zaburzeniami psychicznymi nie czyni cię gorszą osobą, ani nie musi odbierać ci zdolności do optymalnego funkcjonowania. Wierzę, że dzięki odpowiednim systemom opieki zdrowotnej na całym świecie będzie można pomóc wielu osobom takim jak ja. Dzięki odpowiednim umiejętnościom i narzędziom wszyscy możemy rozwijać się w życiu i w pełni wykorzystywać swój potencjał.

Claudia Sartor, Republika Południowej Afryki

W każdej grupie wiekowej wdrożenie opieki skoncentrowanej na osobie zależy od tego, czy ludzie mają dostęp do informacji i wsparcia, których potrzebują, aby podejmować decyzje i brać udział w opiece (427).

Opieka skoncentrowana na osobie może przynieść trwałe korzyści jednostkom, społecznościom, pracownikom służby zdrowia, a nawet całym systemom opieki zdrowotnej (429). To z kolei może zwiększyć zaufanie pacjentów oraz poprawić doświadczenie

i wyniki, jakie uzyskują oni z leczenia (przeczytaj doświadczenie Claudii). Opieka skoncentrowana na osobie może również ułatwić dostęp do opieki oraz zwiększać kompetencje zdrowotne i umiejętności podejmowania decyzji, co sprzyja uzyskaniu niezależności. Może też dodać pewności siebie i zwiększyć satysfakcję z pracy w przypadku pracowników służby zdrowia; może ponadto poprawić jakość i wydajność systemów opieki zdrowotnej.

Opieka zorientowana na powrót do zdrowia

Powrót do zdrowia jest powszechnie uznawany za ważny element opieki skoncentrowanej na osobie w ramach świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego opartych na społeczności lokalnej, w tym także tych skierowanych do osób cierpiących na poważne zaburzenia psychiczne, takie jak schizofrenia (430).

Termin „powrót do zdrowia” był kiedyś w dużej mierze definiowany w kategoriach klinicznych jako remisja objawów wraz z poprawą funkcjonowania poznawczego, społecznego i zawodowego. Osoby z doświadczeniem życiowym od dawna kwestionują jednak założenie, że występowanie zaburzeń psychicznych oznacza brak możliwości prowadzenia produktywnego i satysfakcjonującego życia, argumentując, że powrót do zdrowia może nastąpić nawet przy utrzymujących się objawach. W tym kontekście pojawiła się idea osobistego powrotu do zdrowia, oznaczająca sposób na prowadzenie satysfakcjonującego, pełnego nadziei i sensu życia pomimo ograniczeń, jakie mogą wiązać się z doświadczaniem problemów w zakresie zdrowia psychicznego (431).

Z perspektywy praw człowieka powrót do zdrowia koncentruje się na prawie do uczestniczenia we wszystkich aspektach życia na równych zasadach z wszystkimi innymi osobami (432).

Opieka zorientowana na powrót do zdrowia nie polega na leczeniu objawów, ale na umożliwieniu ludziom odzyskania kontroli nad własnym życiem.

W praktyce opieka zorientowana na powrót do zdrowia obejmuje zarówno elementy indywidualnego, jak i społecznego powrotu do zdrowia osobistego. Dla różnych osób może to znaczyć coś zupełnie odmiennego. Co istotne, opieka zorientowana na powrót do zdrowia nie polega na leczeniu objawów, ale na umożliwieniu ludziom odzyskania kontroli nad własnym życiem (430). Wiąże się to ze wspieraniem ludzi w odnajdywaniu nadziei, budowaniu poczucia własnej wartości i odporności, tworzeniu zdrowych relacji, odzyskaniu niezależności i prowadzeniu życia, które jest zgodne z ich osobistym poczuciem sensu, czy to dzięki szkole, szkoleniu zawodowemu, pracy, przyjaź-

niom, zaangażowaniu społecznemu, duchowości, czy też jeszcze innym czynnikiem (23).

Skuteczna opieka zorientowana na powrót do zdrowia często opiera się na:

- **planowaniu powrotu do zdrowia.** Poszczególne osoby otrzymują wsparcie w określeniu swoich oczekiwań i celów oraz w opisanu, jak chcą żyć, na przykład poprzez spisanie planu powrotu do zdrowia uwzględniającego wszystkie aspekty ich życia, takie jak relacje, praca czy edukacja (321). W przypadku młodzieży planowanie powrotu do zdrowia obejmuje uznanie i poszanowanie ich rozwijających się zdolności do tworzenia planów powrotu do zdrowia (432);
- **wspieraniu w samodzielnym zarządzaniu.** Osoby otrzymują wsparcie pod względem budowania umiejętności i nabierania pewności siebie, które są niezbędne, aby osoby te mogły rozpoznawać fizyczne, społeczne i emocjonalne skutki zaburzeń psychicznych oraz nimi zarządzać. Wsparcie samodzielnego zarządzania obejmuje na przykład psychoedukację na temat choroby i sposobów jej leczenia, rozpoznawanie wczesnych sygnałów ostrzegawczych nawrotu i opracowanie planu zapobiegania nawrotom oraz wzmacnianie umiejętności radzenia sobie z utrzymującymi się objawami (433). Dowody wskazują na to, że wsparcie samodzielnego zarządzania może poprawić wyniki w przypadku osób cierpiących na poważne zaburzenia psychiczne (434). Jest to również stosunkowo prosta metoda w porównaniu z innymi interwencjami terapeutycznymi i może być realizowana w różnych środowiskach i na różne sposoby;
- **koordynacji wielosektorowej.** Świadczenia są koordynowane pomiędzy sektorem zdrowia, opieki społecznej i innymi sektorami, w tym ochroną dzieci, tak aby równolegle odpowiadać na zróżnicowane potrzeby osób z zaburzeniami psychicznymi.

Opieka oparta na prawach człowieka

Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych wymaga, aby rządy zapewniły osobom niepełnosprawnym dostęp do wysokiej jakości świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego, z poszanowaniem ich praw i godności. Oznacza to, że świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego powinny być nie tylko przystępne cenowo,

dostępne, skoncentrowane na osobie, zorientowane na powrót do zdrowia i oparte na dowodach, ale także powinny wspierać autonomię, zdolność do czynności prawnych (równość wobec prawa), brak przymusu, poufność, uczestnictwo i włączenie społeczne.

Poszanowanie autonomii ludzi może być wyzwaniem, ale przykłady dobrych praktyk pokazują, że jest to możliwe (zob. [sekcja 4.2.3. Autonomia w procesie podejmowania decyzji dotyczących zdrowia](#)) (23). Na przykład służby coraz częściej wprowadzają z wyprzedzeniem plany lub wytyczne, które umożliwiają osobom wskazanie, jak chcą być traktowane w sytuacji kryzysu (203). Planowanie z wyprzedzeniem może obejmować wiele kwestii, w tym m.in., kiedy i w jaki sposób aktywować taki plan, z kim należy się kontaktować w celu uzyskania wsparcia przy podejmowaniu decyzji oraz jakie formy leczenia są akceptowalne, a jakie nie (205).

Służby powinny i mogą również poczynić znaczne postępy w opiece, która w pełni angażuje daną osobę w jej plan opieki. Osoby, które były leczone bez wy-

rażenia na to zgody, zgłaszają poczucie uprzedmiotowienia oraz długotrwałe skutki dla ich dobrostanu psychicznego (przeczytaj doświadczenia Sandry i Alexandry w rozdziale 4). Stosowanie środków przymusu podważa zaufanie pacjentów do pracowników specjalizujących się w świadczeniach w zakresie zdrowia psychicznego, co prowadzi do unikania przez nich opieki nad zdrowiem psychicznym (23). Wszystkie placówki mogą i powinny promować praktyki bez stosowania środków przymusu (zob. [ramka 7.1 Promowanie praktyk bez stosowania środków przymusu](#)).

W niniejszym rozdziale wykorzystano studia przypadków z całego świata, aby zilustrować, jak w praktyce wygląda opieka środowiskowa oraz w jaki sposób reformy opieki nad zdrowiem psychicznym mogą ją umożliwić. Nie wszystkie przedstawione tu przykłady w pełni realizują wszystkie aspekty opieki skoncentrowanej na osobie, zorientowanej na powrót do zdrowia i opartej na prawach człowieka, ale wszystkie stanowią postęp pod względem jakości opieki.

NARZĘDZIE

RAMKA 7.1

Promowanie praktyk bez stosowania środków przymusu

Oprócz zmian legislacyjnych i politycznych WHO wskazuje kilka działań, które mają zasadnicze znaczenie dla promowania praktyk bez stosowania środków przymusu.

1. Edukowanie pracowników stosownych służb na temat nierównowagi sił w relacji z pacjentem, hierarchii oraz tego, w jaki sposób może to prowadzić do zastraszania, lęku i utraty zaufania.
2. Pomaganie pracownikom w zrozumieniu, jakie praktyki są uważane za środki przymusu i jakie są konsekwencje ich stosowania.
3. Zapewnianie wszystkim pracownikom systematycznych szkoleń w zakresie reagowania na sytuacje kryzysowe bez użycia środków przymusu, w tym strategii deeskalacji i skutecznej komunikacji.
4. Wspieranie zindywidualizowanego planowania, w tym planów kryzysowych i wytycznych z wyprzedzeniem.
5. Modyfikowanie środowiska fizycznego i społecznego w celu stworzenia przyjaznej atmosfery, w tym poprzez korzystanie z pokoi komfortu czy zespołów interwencyjnych pomagających uniknąć sytuacji konfliktowych lub innych trudnych sytuacji bądź rozwiązać takie sytuacje.
6. Ustanowienie skutecznych mechanizmów przyjmowania skarg, reagowania na nie i wyciągania z nich wniosków, w tym przeprowadzanie odpraw merytorycznych w każdym przypadku zastosowania środków przymusu.
7. Przeprowadzanie refleksji nad rolą wszystkich zainteresowanych stron, jeżeli chodzi o stosowanie środków przymusu, w tym wymiaru sprawiedliwości, policji, pracowników podstawowej opieki zdrowotnej i całej społeczności, a w stosownych przypadkach wprowadzenie zmian.

Źródła: WHO, 2021 (23); WHO, 2019 (435).

7.1.2 Połączenie świadczeń i wsparcia

Potrzeby ludzi w zakresie opieki nad zdrowiem psychicznym są bardzo zróżnicowane. Niektóre osoby będą w stanie samodzielnie poradzić sobie ze swoimi zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza przy wsparciu ze strony świadczeniodawców społecznych, takich jak członkowie rodziny, grupy wsparcia rówieśniczego, organizacje wyznaniowe lub pracownicy społeczni (318). Wiele innych osób będzie potrzebowało formalnych interwencji jako wsparcia ich powrotu do zdrowia, zazwyczaj oferowanych w formie świadczeń dziennych. U niektórych osób występują ciężkie objawy wymagające krótkoterminowej opieki całodobowej, po której konieczna jest opieka środowiskowa. Tylko w rzadkich przypadkach ludzie doświadczają zaburzeń wymagających wysoce specjalistycznej lub długoterminowej, całodobowej opieki, która powinna odbywać się w społeczności, na przykład w szpitalach ogólnych lub w środowiskowych placówkach opiekuńczych. Dzieci, młodzież, dorośli lub osoby starsze mogą potrzebować innych świadczeń lub świadczeń dostosowanych do ich konkretnej sytuacji.

Wiele osób z zaburzeniami psychicznymi potrzebuje również pomocy w dostępie do kluczowych świadczeń społecznych, takich jak mieszkalnictwo, zatrudnienie, edukacja i opieka społeczna. Ponadto każda osoba cierpiąca na zaburzenia psychiczne może potrzebować innego rodzaju świadczeń i wsparcia w poszczególnych momentach swojego życia (436).

Wszystkie kraje będą musiały zapewnić dostęp do specjalistycznej opieki na poziomie regionalnym lub równoważnym.

Skuteczna opieka środowiskowa w zakresie zdrowia psychicznego obejmuje starannie dobrane połączenie świadczeń i wsparcia, które może zaspokoić wszystkie te potrzeby (437). Zapewni to również ciągłość opieki w ramach różnych form świadczeń i wsparcia, szczególnie dla osób, które mają złożone potrzeby lub wymagają stałej opieki, co jest powszechne choćby w schizofrenii. W przypadku każdej osoby celem jest uniknięcie przerw lub luk w zapewnianym wsparciu.

W praktyce środowiskowy system zdrowia psychicznego można ogólnie opisać jako sieć powiązanych

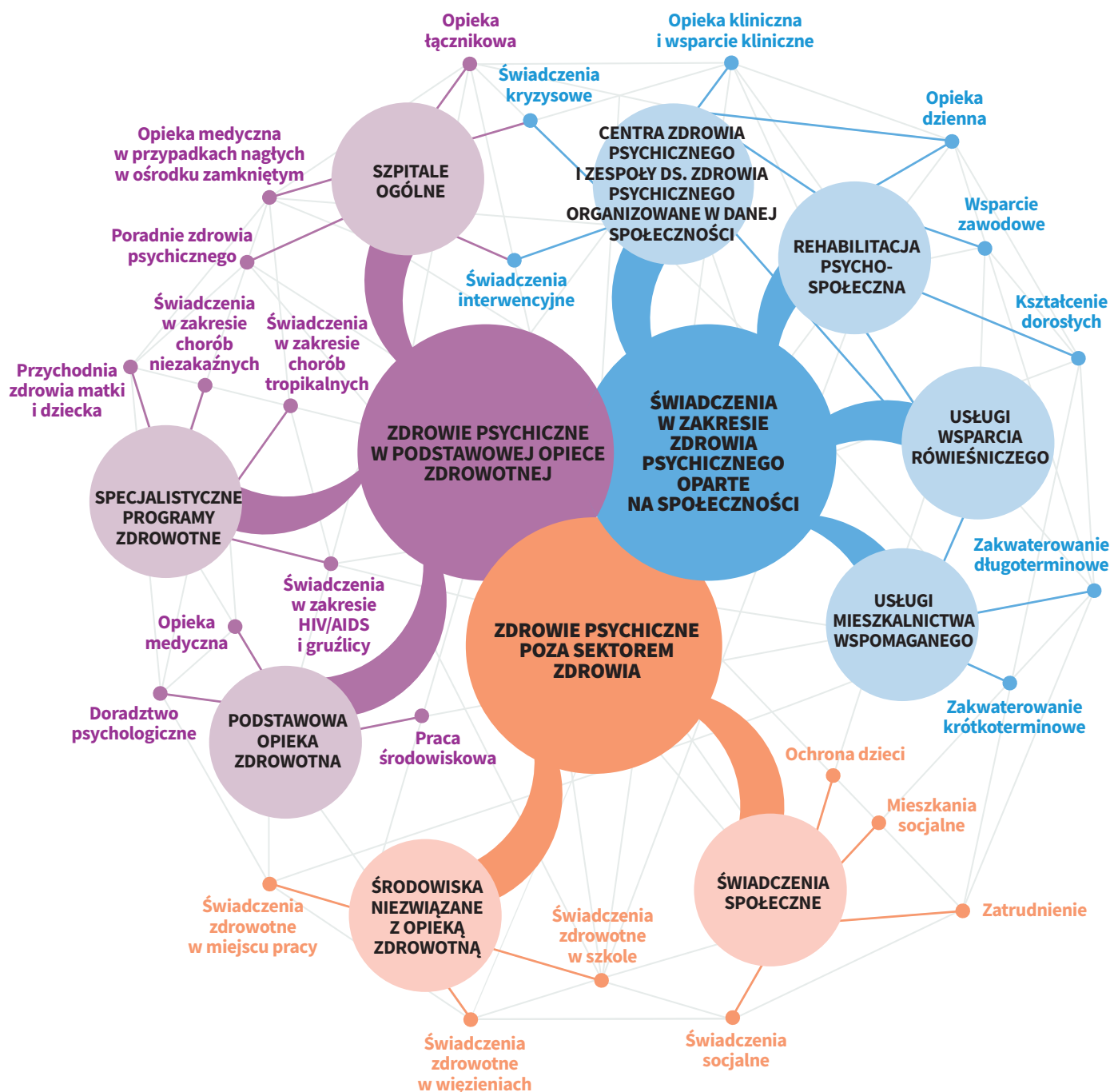
świadczeń, które zazwyczaj obejmują połączenie poniższych elementów (zob. rys. 7.1):

- **świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego, które są zintegrowane z podstawową opieką zdrowotną**, w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej i szpitalach ogólnych, w tym w ramach istniejących specjalistycznych programów zdrowotnych (na przykład dotyczących HIV);
- **świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego oparte na społeczności**, które koncentrują się na zaspokajaniu potrzeb osób cierpiących na zaburzenia psychiczne oraz ich rodzin i które potencjalnie obejmują centra zdrowia psychicznego i zespoły ds. zdrowia psychicznego organizowane w danej społeczności, a także usługi wsparcia rówieśniczego, programy rehabilitacji psychospołecznej oraz, w miarę możliwości, mieszkalnictwo wspomagane realizowane w małych placówkach opiekuńczych. Świadczenia te są nadal bardzo rzadkie w krajach o niskich dochodach;
- **świadczenia wykraczające poza sektor zdrowia**, w ramach których zapewnia się opiekę nad zdrowiem psychicznym w środowiskach niezwiązanych z opieką zdrowotną, takich jak szkoły, miejsca pracy i więzienia; oraz w ramach których wspiera się dostęp do kluczowych świadczeń społecznych, takich jak mieszkalnictwo, edukacja, zatrudnienie, świadczenia socjalne i wsparcie w utrzymaniu.

Na rys. 7.1 przedstawiono wizję kompleksowej sieci powiązanych świadczeń formalnych. Nie da się jej zrealizować bez odpowiednich zasobów, jest więc mało prawdopodobne, aby w najbliższej przyszłości kraje o niskich dochodach były w stanie rozwinąć tak kompleksową sieć świadczeń. Zasadniczo większość krajów musi zdecydować, które świadczenia rozwijać lub wzmacniać w pierwszej kolejności. Sposób tworzenia i organizowania sieci świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego w praktyce będzie się więc różnić. Prawie wszystkie kraje słusznie przyznają podstawowej opiece zdrowotnej kluczową rolę we wspieraniu osób z zaburzeniami psychicznymi. Wszystkie kraje – w tym kraje o niskich dochodach – będą jednak również musiały zapewnić dostęp do pewnej formy specjalistycznej opieki nad zdrowiem psychicznym na poziomie regionalnym lub równoważnym.

RYS. 7.1

Modelowa sieć świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego opartych na społeczności lokalnej



Niektóre kraje oferują specjalistyczną opiekę poprzez rozwój centrów zdrowia psychicznego i zespołów ds. zdrowia psychicznego organizowanych w danej społeczności lub poprzez uczestnictwo w podstawowej opiece zdrowotnej pielęgniarek środowiskowych zajmujących się zdrowiem psychicznym. Wiele innych oferuje takie świadczenia w ramach szpitali ogólnych na poziomie regionalnym. Kraje o większych zasobach

często łączą różne formy świadczeń specjalistycznych. Jak opisano w rozdziale 5: Podstawy do wprowadzenia zmian, gdy kraje o niższych zasobach nie mają wystarczającej liczby specjalistów do zapewnienia tych świadczeń na poziomie regionalnym, powinny rozważyć strategię służącą wypełnieniu tej luki. Może to oznaczać na przykład wprowadzenie i szkolenie nowych kadr specjalistów, którzy mogą tymczasowo

zastępować psychiatrów, psychologów klinicznych lub pielęgniarki psychiatryczne (zob. ramka 5.11 *Innowacje w zakresie zasobów ludzkich w celu rozwijania wiedzy specjalistycznej*).

Ogólnie rzecz biorąc, nie istnieje jeden model organizowania świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego opartych na społeczności lokalnej, który miałby zastosowanie we wszystkich krajach. Każdy kraj, bez względu na ograniczenia w zasobach, może podjąć kroki w celu restrukturyzacji i zwiększenia skali opieki nad zdrowiem psychicznym. Różnice w strukturach systemu opieki zdrowotnej, zasobach ludzkich i następstwie wcześniej funkcjonujących świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego będą miały wpływ na dokładną konfigurację sieci świadczeń. Należy również wziąć pod uwagę lokalne uwarunkowania geograficzne, sposoby dostępu do świadczeń, umiejętności czytania i pisanie oraz społeczne i nieformalne systemy wsparcia.

Poza świadczeniami formalnymi

Poza świadczeniami formalnymi opisanymi na rys.

7.1 szczególnie istotnym czynnikiem w rozwoju sieci opieki środowiskowej nad zdrowiem psychicznym są systemy wsparcia oparte na społeczności. Systemy te obejmują wsparcie psychospołeczne zapewniane przez różnorodnych świadczeniodawców społecznych, w tym członków rodziny, przyjaciół, rówieśników, liderów społeczności i przywódców religijnych, wolontariuszy społeczności, nauczycieli, fryzjerów, grupy kobiece, kluby młodzieżowe oraz praktyków medycyny tradycyjnej i niekonwencjonalnej.

Wsparcie społeczne oraz wsparcie nieformalne są uzupełnieniem świadczeń formalnych i mają zasadnicze znaczenie dla zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wspierającego środowiska (przeczytaj doświadczenie Eleni). Według międzynarodowego badania z 2020 r. najczęstszym sposobem, w jaki badane osoby radzą sobie z depresją lub zaburzeniami lękowymi, jest rozmowa z naturalnymi opiekunami (tj. przyjaciółmi i rodziną) (150).

Jak pokazano w innych częściach niniejszego raportu, osoby z doświadczeniem życiowym mogą odgrywać dużą rolę we wspieraniu osób doświadczających zaburzeń psychicznych, broniąc ich praw i perspektyw, promując ich integrację społeczną i zapewniając świad-

czenia (zob. rozdz. 4: *W centrum uwagi: Angażowanie i wzmocnienie osób z doświadczeniem życiowym oraz sekcja 7.3.2 Usługi wsparcia rówieśniczego*) (438).

W większości krajów prowadzone są szerokie konsultacje z przywódcami religijnymi oraz praktykami medycyny tradycyjnej i niekonwencjonalnej. Ich przekonania i praktyki różnią się znacznie w zależności od środowiska, podobnie jak ich skuteczność (439). Tradycyjni uzdrowiciele czasem stosują bardzo szkodliwe praktyki (440). Często jednak są pierwszym punktem kontaktu dla osób z zaburzeniami psychicznymi, które postrzegają ich pomoc jako znaczącą i potencjalnie skuteczną (441). Prawdopodobnie istnieje wiele sytuacji, w których możliwa jest owocna współpraca między służbą zdrowia a lokalnymi uzdrowicielami. Duże randomizowane badanie kontrolowane przeprowadzone w Ghanie i Nigerii rzeczywiście wykazało skuteczność i opłacalność modelu wspólnej opieki nad psychozą świadczonej przez lokalnych uzdrowicieli i świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej (442).

Równocześnie z rozwijaniem sieci świadczeń formalnych wszystkie kraje powinny stworzyć sprzyjające środowisko dla świadczeniodawców społecznych. W tym celu rządy powinny udostępniać zasoby (na przykład środki finansowe i przestrzenie) na potrzeby takich inicjatyw społecznościowych, które mogą wprowadzać i wzmacniać przydatne formy wsparcia społecznego osób z zaburzeniami psychicznymi.

Planowanie na poziomie krajowym i lokalnym

Kompleksowe i spójne sieci świadczeń wymagają starannego planowania i zarządzania na wielu poziomach (443). Kluczową rolę odgrywają w tym aspekcie krajowe organy, dyrekcje lub departamenty ds. zdrowia psychicznego, które nadzorują i koordynują ogólnokrajową politykę i prawodawstwo (444). Podmioty te doradzają rządowi centralnemu i mogą pomóc w ustaleniu priorytetów w kwestiach zdrowia psychicznego na szczeblu krajowym. Odpowiadają również za opracowywanie normy jakości i zapewniania świadczeń oraz za gromadzenie krajowych danych dotyczących wszystkich świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego.

Prowadzą one monitorowanie i ocenę oraz mogą ułatwiać wymianę dobrych praktyk między regionami. Śledzą też międzynarodowe zmiany w dziedzinie zdrowia psychicznego i uczestniczą w forach międzynarodowych, przenosząc zdobyte doświadczenia do kraju. Organy ds. zdrowia psychicznego mogą zostać pociągnięte do odpowiedzialności za brak wyników w zakresie poprawy zdrowia psychicznego i jego rozwoju w kraju.

Lokalne organy ds. zdrowia psychicznego planują świadczenia dla określonego obszaru geograficznego, takiego jak okręg, biorąc pod uwagę lokalne uwarunkowania w zakresie dostępności zasobów ludzkich i innych zasobów. Planowanie na szczeblu lokalnym

można ułatwić przez zaangażowanie lokalnych zainteresowanych stron, w tym osób z doświadczeniem życiowym. Wspomniane planowanie pozwala też świadczeniobiorcom rozliczać lokalnych planistów z efektów ich pracy (445).

Planowanie i wdrażanie świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego – zarówno na poziomie krajowym, jak i lokalnym – musi obejmować określenie i uwzględnienie w budżecie odpowiedniego zakresu tych świadczeń w oparciu o ocenione potrzeby, priorytety i dostępne zasoby w populacji, w tym przeszkolony personel (zob. rys. 7.2).

OPOWIADANIE

Moimi opiekunami społecznymi są członkowie mojej rodziny

Doświadczenie Eleni

Żyję z chorobą afektywną dwubiegunową w Etiopii, gdzie do niedawna nie było żadnych opcji leczenia poza lekami. Dziesięć lat temu opiekę nad zdrowiem psychicznym sprawowało jedynie kilku psychiatrów, którzy musieli rozdzielać swoją uwagę i opiekę między długą kolejkę oczekujących. Inne formy terapii w ogóle nie istniały; nie były nawet uznawane przez krajowy system opieki zdrowotnej.

Dla mnie opiekunami społecznymi są członkowie mojej rodziny. Mam ten przywilej, że moi rodzice mają wykształcenie medyczne, a siostra i mąż są pracownikami socjalnymi. Ich wiara we mnie była głównym wsparciem, gdy dążyłam do powrotu do zdrowia.

Inwestowanie w opiekę nad zdrowiem psychicznym nigdy nie było postrzegane w mojej rodzinie jako strata czasu czy pieniędzy. Ich empatia oraz wsparcie emocjonalne i finansowe pomogły mi przezwyciężyć własne ograniczenia i stygmatyzację.

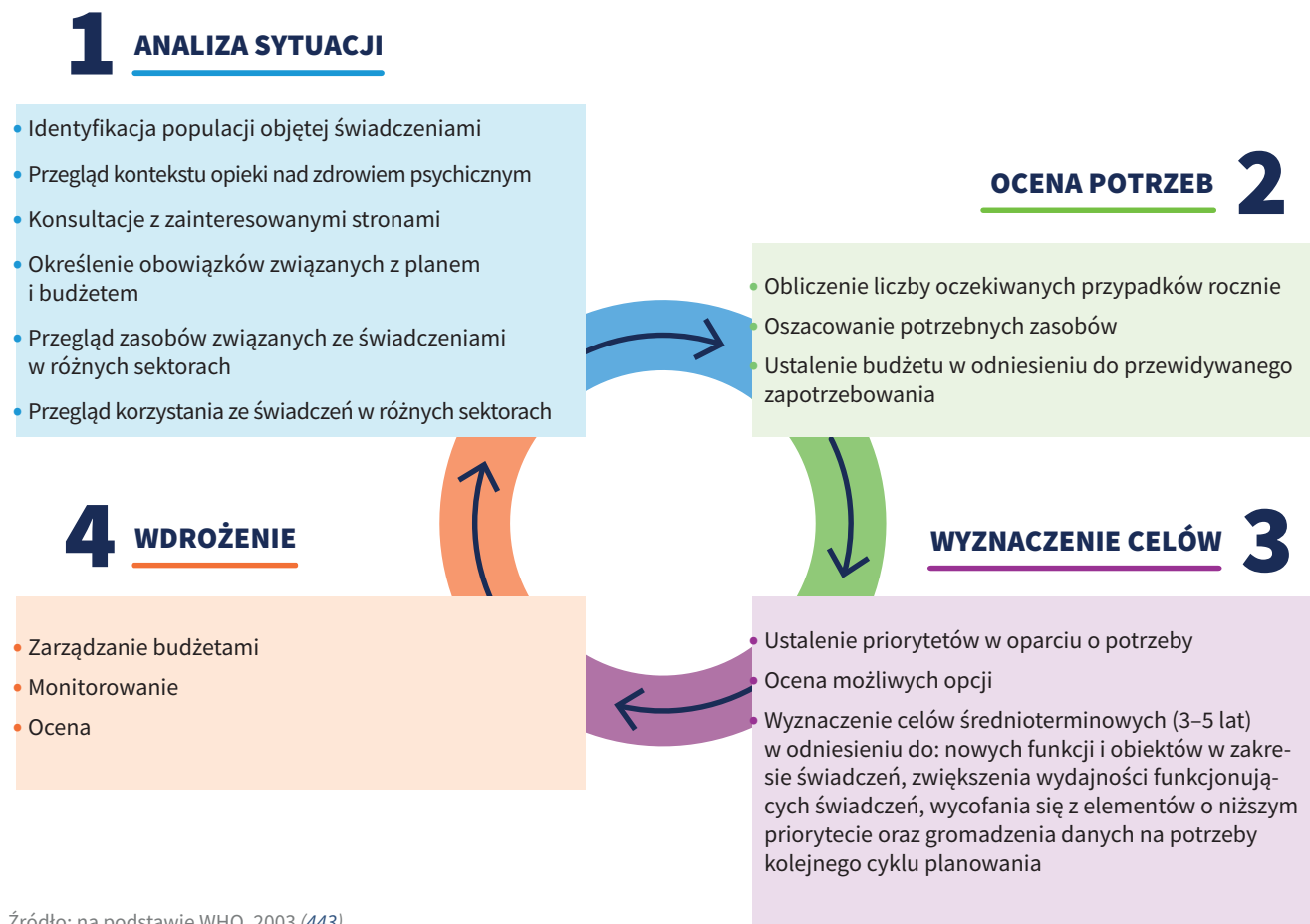
W czasach, gdy w mieście nie było usług doradczych w zakresie zdrowia psychicznego, moja rodzina wypełniła tę lukę; robią to do dzisiaj. Nigdy nie zaszłabym tak daleko w moim dążeniu do powrotu do zdrowia, gdyby moja rodzina nie wspierała mnie na każdym etapie tej drogi.

Eleni Misganaw, Etiopia



RYS. 7.2

Etapy planowania świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego i włączenia ich do budżetu



Źródło: na podstawie WHO, 2003 (443).

Zintegrowane i specjalistyczne świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego

Świadczenia dotyczące zdrowia psychicznego zawsze będą obejmować określone świadczenia łączące opiekę nad zdrowiem fizycznym i psychicznym w miejscu zamieszkania (świadczenia zintegrowane) oraz określone świadczenia unikalne dla zdrowia psychicznego (świadczenia specjalistyczne).

Świadczenia zintegrowane obejmują interwencje z zakresu zdrowia psychicznego, które są zapewniane w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, głównie w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej i szpitalach ogólnych. Dzięki integracji świadczeń wszędzie tam, gdzie dostępne są świadczenia w zakresie zdrowia fizycznego, zapewniona jest również opieka w zakresie zdrowia psychicznego. Świadczenia specjalistyczne obejmują wszelkie świadczenia zaprojektowane specjalnie z myślą o wspieraniu zdrowia

psychicznego. Zalicza się do nich na przykład psychiatryczne oddziały szpitalne i ambulatoryjne w szpitalach ogólnych, centra zdrowia psychicznego i zespoły ds. zdrowia psychicznego organizowane w danej społeczności, świadczenia interwencyjne w zakresie zdrowia psychicznego, ośrodki opieki dziennej, świadczenia kryzysowe w zakresie zdrowia psychicznego i wiele innych rodzajów świadczeń na poziomie opieki specjalistycznej w ramach systemu opieki zdrowotnej.

Świadczenia specjalistyczne są często opisywane jako skierowania lub dalsze leczenie w pakietach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (446). W rzeczywistości mogą one jednak mieć szerszy zakres, ponieważ niektóre świadczenia specjalistyczne (takie jak świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego w sytuacjach kryzysowych) powinny być dostępne bez skierowania. Inne (takie jak niespecjalistyczne doradztwo psychologiczne) mogą być zapewniane przez pracowników społecznych, którzy

zostali przeszkoleni i którzy podlegają nadzorowi, ale których nie można uznać za specjalistów, ponieważ nie przeszli zaawansowanego szkolenia.

We wszystkich przypadkach przy planowaniu opieki w zakresie zdrowia psychicznego i opracowywaniu pakietów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego ogólnym pytaniem nigdy nie powinno być to, czy świadczenia powinny być zintegrowane, czy specjalistyczne, ale raczej jak zapewnić jedno i drugie. Inwestowanie w integrację zdrowia psychicznego z podstawową opieką zdrowotną jest raczej trudne do utrzymania w dłuższej perspektywie, chyba że w danym miejscu funkcjonują specjalistyczne służby ds. zdrowia psychicznego, które mogą zapewnić wsparcie, mentoring i nadzór personelu podstawowej opieki zdrowotnej oraz przyjmować skierowania w złożonych przypadkach. I odwrotnie, jest mało prawdopodobne, aby za pomocą samych inwestycji w specjalistyczne świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego możliwe było zapewnienie i poprawa opieki nad zdecydowaną większością osób, które jej potrzebują, ze względu na wysoką częstość występowania zaburzeń psychicznych.

Odpowiedzialność wielosektorowa

Odpowiedzialność za zapewnianie opieki środowiskowej w zakresie zdrowia psychicznego – czy to poprzez świadczenia zintegrowane, czy też świadczenia specjalistyczne – spoczywa na wielu sektorach.

Ministerstwo lub departament zdrowia odpowiada za zapewnienie świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz za większość świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego opartych na społeczności lokalnej. Inne obowiązki nie są już jednak tak jasno określone.

Na przykład w krajach oferujących usługi mieszkalnicstwa wspomaganego i wsparcie ekonomiczne dla osób cierpiących na poważne zaburzenia psychiczne, tego rodzaju usługi i wsparcie mogą, ale nie muszą wchodzić w zakres kompetencji ministerstwa zdrowia. Podobnie zapewnianie świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego w szkołach może leżeć w gestii ministerstwa zdrowia lub ministerstwa edukacji. Wiele innych świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego i świadczeń psychospołecznych opartych na społeczności lokalnej – takich jak te skierowane w szczególności do ofiar przemocy ze względu na płeć, osób bezdomnych i dzieci objętych opieką zastępczą – jest zwykle zapewnianych przez ministerstwo

opieki społecznej. Co więcej, w kilku krajach jeszcze inne ministerstwa są odpowiedzialne za duże, długoterminowe instytucje, które *de facto* pełnią rolę zakładów psychiatrycznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami związanymi z zażywaniem substancji psychoaktywnych oraz osób z niepełnosprawnością poznawczą, intelektualną lub psychospołeczną.

Ważne jest, aby zdecydować, który sektor będzie odpowiedzialny za dane świadczenie. Jeszcze ważniejsze jest jednak zapewnienie pełnego spektrum dostępnych, przystępnych cenowo i wysokiej jakości świadczeń opartych na społeczności lokalnej, silnych mechanizmów wielosektorowej współpracy i koordynacji, które umożliwią osiągnięcie tych celów, oraz strategicznego, stopniowego wycofywania długoterminowej opieki instytucjonalnej we wszystkich sektorach.

Istotne jest również zaangażowanie odpowiednich zainteresowanych stron. W wielu krajach lokalne organizacje pozarządowe są głównymi dostawcami świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego i świadczeń społecznych opartych na społeczności lokalnej. Świadczenia te mogą być zlecane przez rząd lub tworzone niezależnie. W przypadku niezależnych świadczeń zapewnianych przez organizacje pozarządowe często łatwiej jest dostosowywać się do zmieniających się potrzeb i wprowadzać innowacje niż ma to miejsce w przypadku świadczeń rządowych. Jednak, podobnie jak w przypadku świadczeń zapewnianych przez organy rządowe, również i te świadczenia muszą być objęte nadzorem regulacyjnym.

7.1.3 Deinstytucjonalizacja opieki nad zdrowiem psychicznym

W większości krajów rozwój efektywnej sieci świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego wymaga skutecznej deinstytucjonalizacji opieki nad zdrowiem psychicznym z opieki stacjonarnej w szpitalach lub zakładach psychiatrycznych na rzecz opieki środowiskowej, obejmującej wszystkie grupy wiekowe. Deinstytucjonalizacja jest równie istotna dla tradycyjnych instytucji, takich jak obozy modlitewne (440). Dotyczy to także każdej innej formy opieki prowadzonej przez organizacje charytatywne lub rząd, która funkcjonuje jako zakład psychiatryczny dla osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi.

Deinstytucjonalizacja to trudny proces o wysokim stopniu złożoności pod względem organizacyjnym i technicznym, który zazwyczaj jest realizowany stopniowo i rzadko w sposób liniowy. To nie tylko proces wymagający dobrego zarządzania – to także transformacja sposobu życia i myślenia wszystkich zaangażowanych osób. W procesie odpowiedzialnej deinstytucjonalizacji wprowadza się w życie wspólną wizję ucztowienia opieki nad zdrowiem psychicznym, opartą na zrozumieniu znaczenia wspólnoty, wolności i autonomii każdego człowieka.

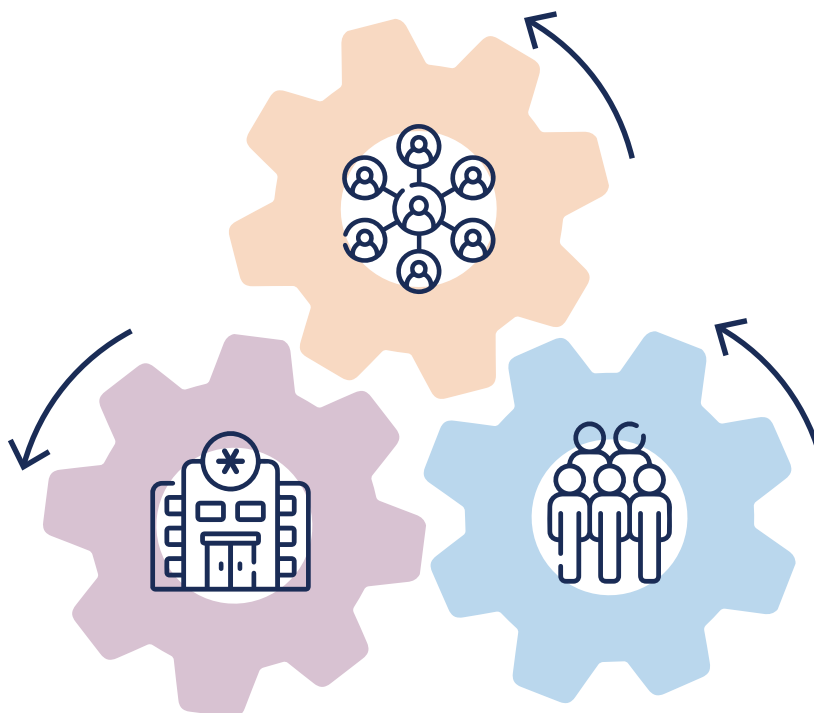
Deinstytucjonalizacja nie oznacza po prostu wypisywania ludzi z instytucji.

Ważne jest stopniowe zmniejszanie liczby pacjentów w celu likwidacji lub przekształcenia instytucji psy-

chiatrycznych specjalizujących się w opiece długoterminowej. Deinstytucjonalizacja nie oznacza po prostu wypisywania ludzi z instytucji, ponieważ muszą jej towarzyszyć odpowiednie inwestycje finansowe, strukturalne i strategiczne w świadczenia oparte na społeczności lokalnej. Jest to niezbędne, aby zaspokoić potrzeby zdrowotne i społeczne byłych pacjentów instytucjonalnych oraz ich rodzin lub opiekunów, a także by zapobiegać nowym lub ponownym hospitalizacjom (zob. rys. 7.3). Wraz z rozwojem świadczeń środowiskowych ważne jest ograniczanie liczby łóżek instytucjonalnych, by uniknąć przyjmowania kolejnego pokolenia pacjentów opieki długoterminowej. Instytucje psychiatryczne specjalizujące się w opiece długoterminowej powinny być zamykane, gdy tylko pojawią się odpowiednie rozwiązania alternatywne w społeczności lokalnej.

RYS. 7.3

Deinstytucjonalizacja oznacza jednocześnie zwiększanie liczby wypisów, ograniczanie liczby przyjęć oraz zwiększanie skali opieki środowiskowej



OGRA NICZANIE LICZBY PRZYJĘĆ

Systematyczne zmniejszanie liczby nowych przyjęć do szpitali psychiatrycznych oraz poprawa jakości opieki i praw osób przebywających we wszystkich placówkach szpitalnych i opiekuńczych.

ZWIĘKSZENIE SKALI ŚWIADCZEŃ

Budowa sieci skoordynowanych i powiązanych świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego i opieki społecznej opartych na społeczności lokalnej, aby zapewnić wsparcie wszystkim osobom z zaburzeniami psychicznymi.

ZWIĘKSZANIE LICZBY WYPISÓW

Stopniowe wypisywanie pacjentów szpitali psychiatrycznych w miarę dostępności rozwiązań opartych na społeczności lokalnej zaspokajających potrzeby zdrowotne i społeczne tych osób.

Źródło: WHO, 2001 (1).

Wnioski wyciągnięte z doświadczeń

Deinstytucjonalizacja opieki w zakresie zdrowia psychicznego i budowanie świadczeń opartych na społeczności lokalnej to proces równoległy, w którym stopniowo przekierowuje się zasoby z instytucji do społeczności. Doświadczenie pokazuje, że przenoszenie osób z psychiatrycznych zakładów zamkniętych może przebiegać bardzo dobrze – lub bardzo źle (447, 448). Oba scenariusze dostarczają nam ważnych lekcji i łącznie pozwalają wskazać 10 elementów potrzebnych, by odnieść sukces w przyszłych działaniach.

- 1. Wsparcie na najwyższym poziomie i o największym zakresie.** Wsparcie jest kluczowe, nie tylko ze strony przywódców politycznych i urzędników państwowych, ale także liderów i członków społeczności oraz środowisk akademickich.
- 2. Staranne planowanie i wdrażanie.** Przeniesienie pacjentów opieki długoterminowej z opieki instytucjonalnej do opieki środowiskowej wymaga dokładnego planowania i przygotowania, a także stopniowego procesu wdrażania, w tym skracania pobyków i zapobiegania nowym przyjęciom. Reforma instytucji powinna się zacząć od poprawy życia wewnątrz takich instytucji, na przykład przez zmianę rodzajów aktywności, rutynowych czynności oraz relacji personelu z pacjentami, a także przez wyeliminowanie zjawisk przymusu i nadużyć.
- 3. Zaangażowanie i upodmiotowienie pacjentów.** Pacjenci muszą mieć możliwość aktywnego udziału w procesie wprowadzania zmian, w tym pełnego zaangażowania w dyskusje na temat możliwości wypisu oraz w przywracanie umiejętności związanych z funkcjonowaniem w życiu codziennym. Oznacza to również wsparcie w korzystaniu przez te osoby z ich praw obywatelskich, na przykład w celu zarządzania własnymi zasobami, podejmowania świadomych decyzji dotyczących miejsca zamieszkania czy wyboru ubrań, a także otrzymywania wynagrodzenia za wszelką pracę wykonywaną w instytucji.
- 4. Świadczenia oparte na społeczności lokalnej.** Aby uniknąć zaniedbania i bezdomności pacjenta, po wypisaniu z instytucji należy zapewnić odpowiednie świadczenia i wsparcie oparte na społeczności lokalnej zgodne z indywidualnymi potrzebami danego pacjenta. Zazwyczaj niektórzy pacjenci (lub grupy pacjentów z określonych obszarów

geograficznych) mogą zostać wypisani z instytucji wcześniej niż inni, w zależności od ich potrzeb i poziomu świadczeń opartych na społeczności lokalnej dostępnych w regionie ich zamieszkania.

- 5. Dodatkowe środki finansowe w okresie przejściowym.** W celu deinstytucjonalizacji w okresie przejściowym należy zapewnić równoległe finansowanie zarówno szpitali psychiatrycznych, jak i służb ds. zdrowia psychicznego opartych na społeczności lokalnej, aby umożliwić dalsze funkcjonowanie instytucji przy jednoczesnym rozwoju wspomnianych służb.
- 6. Zaangażowani pracownicy służby zdrowia.** Należy zaangażować pracowników służby zdrowia i ich organizacje zawodowe w planowanie i wdrażanie procesu oraz prowadzić z nimi szeroko zakrojone konsultacje, tak aby wspierali oni omawiane zmiany, zamiast stawiać im opór. Zazwyczaj w sytuacji stopniowego zmniejszania rozmiarów instytucji specjalizujących się w opiece długoterminowej konieczne jest przeszkolenie personelu szpitalnego w zakresie świadczenia opieki w społeczności lokalnej.
- 7. Ograniczanie stygmatyzacji.** Interwencje służące przeciwdziałaniu stygmatyzacji z udziałem liderów, pracowników służby zdrowia i ogółu społeczeństwa powinny stanowić część każdego programu deinstytucjonalizacji, aby zmniejszyć ryzyko złego traktowania pacjentów, którzy powrócą do życia w społeczności.
- 8. Zgoda pacjentów i zaangażowanie rodzin.** Zasadnicze znaczenie dla deinstytucjonalizacji ma uzyskanie zgody od pacjentów, którzy mają zostać wypisani, oraz, w miarę możliwości, zaangażowanie rodzin i bliskich w cały proces.
- 9. Dbłość zarówno o zdrowie psychiczne, jak i fizyczne.** Monitorowanie nie tylko zdrowia psychicznego wypisanych pacjentów, ale także ich zdrowia fizycznego ma niezwykle istotne dla zapobiegania przedwczesnemu zgonowi tych osób po powrocie do społeczności.
- 10. Monitorowanie i ocena.** Należy ustanowić normy i standardy w zakresie opieki, leczenia i rehabilitacji oparte na społeczności lokalnej. Konieczne jest przeprowadzanie regularnych kontroli i ocen, aby zapewnić wysoką jakość opieki i wsparcia na rzecz każdej osoby, która zostanie wypisana z instytucji długoterminowej.

Czas ma kluczowe znaczenie dla powodzenia deinstytucjonalizacji (zob. sekcja 5.2.1 **Wzmocnienie woli politycznej i zaangażowania politycznego**). Po wdrożeniu modele opieki środowiskowej niekoniecznie są mniej lub bardziej kosztowne niż opieka instytucjonalna, zwłaszcza jeśli uwzględni się potrzeby ludzi i jakość zapewnianej opieki. Mogą one natomiast być bardziej opłacalne, gdy przynoszą lepsze wyniki pod względem powrotu do zdrowia (449).

W każdym razie powodem przenoszenia ludzi z instytucji stacjonarnych powinna być nie tylko opłacalność takiego działania, ale także przekonanie, że w ten sposób dane osoby mogą prowadzić lepsze i bardziej wartościowe życie. Doświadczenie pokazuje, że dobrze przeprowadzona deinstytucjonalizacja może poprawić jakość życia osób cierpiących na zaburzenia psychiczne i uchronić je przed szeregiem naruszeń praw człowieka.

W większości przypadków ograniczenie liczby łóżek w połączeniu ze znacznymi inwestycjami w służby oparte na społeczności lokalnej pozwoliło na skuteczne przeniesienie ludzi do kompleksowej opieki środowiskowej i reintegrację tych osób ze społecznościami, co zapobiegło długoterminowej instytucjonalizacji, bezdomności i uwięzieniu (przeczytaj doświadczenia Reginy w rozdziale 2) (447, 450). Reformy mogą być wdrażane na małą skalę, w poszczególnych miastach lub okręgach, lub na dużą skalę, w całych krajach (zob. ramka 7.2 **Deinstytucjonalizacja opieki nad zdrowiem psychicznym w Brazylii**). W wielu przypadkach przydatne były ankiety dotyczące możliwości umieszczenia w społeczności przeprowadzane wśród pacjentów opieki długoterminowej – pomogły one w zaplanowaniu przeniesienia tych osób i zapewnieniu ciągłości opieki (451).

STUDIUM PRZYPADKU

RAMKA 7.2

Deinstytucjonalizacja opieki nad zdrowiem psychicznym w Brazylii

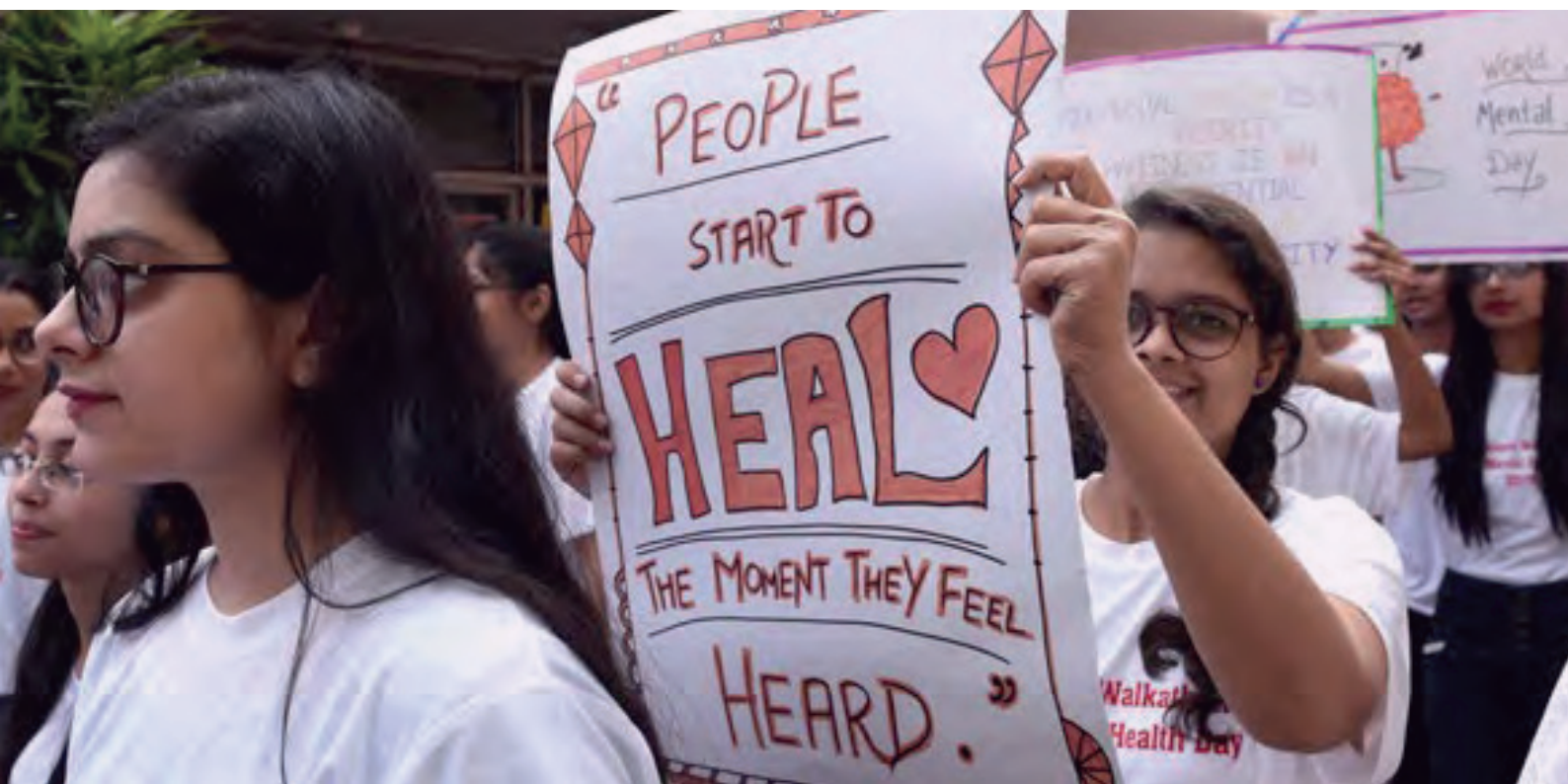
Na początku lat 90. XX wieku 75% brazylijskich funduszy federalnych przeznaczonych na zdrowie psychiczne trafiło do szpitali zamkniętych działających w złych warunkach i w poważny sposób naruszających prawa człowieka. W ciągu trzech dekad od tego czasu nastąpiło stopniowe przesunięcie środków w kierunku opieki w społeczności, a pacjenci byli sukcesywnie wypisywani z opieki instytucjonalnej. Obecnie ponad 79% funduszy federalnych inwestuje się w środowiskowy system opieki oparty na podejściu zorientowanym na prawa człowieka i powrót do zdrowia.

Nowy system integruje podstawową opiekę zdrowotną, szpitale ogólne i opiekę kryzysową w ramach sieci opieki psychospołecznej, które są koordynowane przez **centra zdrowia psychicznego organizowane w danej społeczności (CAPS)**. Działają one 24 godziny

na dobę, siedem dni w tygodniu. System obejmuje placówki opiekuńcze, a także zasitek rehabilitacyjny dla osób powracających do domu po długoterminowej hospitalizacji. Zapewnia również wsparcie techniczne i finansowe na rzecz lokalnych inicjatyw mających na celu rehabilitację społeczną, generowanie dochodów i rzecznictwo.

W latach 1998–2020 liczba CAPS w całym kraju wzrosła ze 148 do 2657. Obecnie stanowią one podstawę opieki nad zdrowiem psychicznym w Brazylii i korzysta z nich ponad połowa osób, u których zdiagnozowano zaburzenia psychiczne. Badania pokazują, że CAPS skutecznie wspierają autonomię i powrót do zdrowia pacjentów, a także charakteryzują się wysokim poziomem zadowolenia wśród osób z doświadczeniem życiowym i ich rodzin.

Źródła: Lociks de Araújo, 2016 (452); Ministério da Saúde, 2020 (453).



W kilku przypadkach, w których zredukowano liczbę łóżek szpitalnych bez równoległych inwestycji w alternatywne rozwiązania środowiskowe, odnotowano dramatyczne pogorszenie jakości i dostępności opieki, co miało bardzo niekorzystne skutki dla pacjentów. Na przykład w 2017 r. co najmniej 144 osoby zmarły, w tym z głodu i zaniedbania, po tym, jak zostały wypisane ze szpitali do niedofinansowanych i niedoświadczonych placówek opieki środowiskowej w ramach pospiesznego i źle zaplanowanego programu deinstytucjonalizacji opieki nad zdrowiem psychicznym w Gauteng w RPA (448).

Doświadczenie z Gauteng podkreśla potrzebę kompleksowych interwencji służących przeciwdziałaniu stygmatyzacji i dyskryminacji. Pokazuje, jak istotne są szeroko zakrojone konsultacje z wszystkimi zainteresowanymi stronami oraz pełna zgoda osób korzystających ze świadczeń i ich rodzin. Podkreśla też znaczenie planowego i stopniowego podejścia ze starannie wyznaczonymi normami i standardami opieki środowiskowej, które powinny być regularnie monitorowane przez organy ds. zdrowia publicznego.

Jak pokazuje doświadczenie, jeżeli deinstytucjonalizację przeprowadzono w sposób odpowiedzialny, może ona mieć również bardzo zrównoważony charakter i przynosić efekty przez dziesięciolecia. W 1978 r. Włochy rozpoczęły wdrażanie ustawy nr 180, na mocy której zakazano wszelkich nowych przyjęć do publicznych szpitali psychiatrycznych. Po 40 latach bez szpitali psychiatrycznych włoski system zdrowia psychicznego jest porównywalny z innymi państwami grupy G-7, które są gospodarkami o wysokich dochodach (454). Włochy mają jednak znacznie mniej personelu zajmującego się zdrowiem psychicznym w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców. W 2019 r. w kraju tym nie było żadnych łóżek w szpitalach psychiatrycznych, podczas gdy w innych państwach grupy G-7 liczba łóżek w takich szpitalach wahała się od 11 na 100 000 mieszkańców w Kanadzie do 170 na 100 000 w Japonii (5). We Włoszech jest również mniej łóżek w szpitalach ogólnych, ale więcej w środowiskowych placówkach opiekuńczych niż w innych państwach grupy G-7. We Włoszech odnotowano spadek liczby przymusowych przyjęć z ponad 20 000 w 1978 r. do mniej niż 9000 w 2015 r. (zob. ramka 7.3 Triest, Włochy: 40 lat opieki środowiskowej nad zdrowiem psychicznym).

STUDIUM PRZYPADKU

RAMKA 7.3

Triest, Włochy: 40 lat opieki środowiskowej nad zdrowiem psychicznym

W Trieście we Włoszech opieka środowiskowa w zakresie zdrowia psychicznego funkcjonuje skutecznie od ponad 40 lat. Transformacja w Trieście rozpoczęła się w latach 70. XX wieku, kiedy osoby przebywające w miejskim zakładzie psychiatrycznym zostały przeniesione do społeczności. Środki, które wcześniej służyły finansowaniu zakładu psychiatrycznego, były stopniowo przekierowywane na rozwój kompleksowej sieci świadczeń opartych na społeczności lokalnej. Centra zdrowia psychicznego w tej społeczności są otwarte 24 godziny na dobę i zapewniają między innymi przychodnie bez rejestracji, leczenie w domu, opiekę dzienną, wsparcie psychospołeczne, leki i całodobową opiekę kryzysową. Dostępne są także programy rehabilitacyjne i mieszkaniowe, w których zapewnia się różne poziomy wsparcia w zakwaterowaniu; są one powiązane z lokalnymi sieciami spółdzielni socjalnych, które oferują miejsca pracy i prowadzą działania kulturalne i edukacyjne.

Źródła: Barbui et al., 2018 (454); Mezzina, 2018 (455); Mezzina, 2014 (456); Dipartimento di Salute Mentale, 2019 (457).

W miarę możliwości pacjenci otrzymują wsparcie we własnych domach i dzielnicach, dzięki czemu mogą kontynuować życie w swoich społecznościach.

Co ważne, w Trieście pacjenci aktywnie uczestniczą w planowaniu swojej opieki. Pomagają tworzyć spersonalizowane plany opieki, które wychodzą poza interwencje kliniczne i uwzględniają szeroki zakres potrzeb w zakresie opieki społecznej – od wsparcia mieszkaniowego i higieny osobistej po finanse i pracę.

Model deinstytucjonalizacji z Triestu przyczynił się do poprawy zadowolenia osób cierpiących na zaburzenia psychiczne, ich funkcjonowania społecznego i wyników w zakresie ich zdrowia. Odnotowano spadek, jeśli chodzi o wskaźnik samobójstw w mieście; zmniejszyła się też liczba przymusowych hospitalizacji. Co więcej, dzięki ponownej integracji osób cierpiących na zaburzenia psychiczne ze społecznością zmniejszeniu uległa też stygmatyzacja związana ze zdrowiem psychicznym. Nowy model opieki jest również tańszy, ponieważ jego koszt stanowi 37% kosztów starego zakładu psychiatrycznego w Trieście.

W wielu krajach trwa proces deinstytucjonalizacji. W Argentynie reforma w zakresie zdrowia psychicznego jest prowadzona w kilku prowincjach. W prowincji Buenos Aires w okresie od stycznia 2020 r. do czerwca 2021 r. odnotowano spadek liczby osób przebywających w instytucjach z 1810 do 1391. Osiągnięto to dzięki wstrzymaniu długoterminowych przyjęć, przyznaniu 381 osobom dotacji na przeniesienie w celu wsparcia ich wypisu, a także dzięki zapewnieniu wsparcia mieszkaniowego dla 306 wypisanych osób. Wypisani pacjenci są objęci opieką w ramach funkcjonujących służb ds. zdrowia psychicznego opartych na społeczności lokalnej (458).

7.1.4 Zwiększanie skali opieki nad osobami cierpiącymi na powszechne zaburzenia

Wysoka częstość występowania i ogromna luka w dostępie do opieki w przypadku powszechnych zaburzeń psychicznych, takich jak depresja i zaburzenia lękowe, oznaczają, że kraje muszą zdywersyfikować i rozszerzyć możliwości opieki nad tymi zaburzeniami, jeśli chcą zmierzać w kierunku powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej lub osiągnąć ten cel. Potrzebne będą nowe środki finansowe i zwiększony wysiłek

w celu dodania opieki psychologicznej opartej na dowodach do już funkcjonujących świadczeń w zakresie zdrowia fizycznego i psychicznego, a także do placówek opieki społecznej, wymiaru sprawiedliwości w sprawach karnych, szkół i uczelni oraz środowisk internetowych.

W sekcjach 7.2–7.4 opisano szczegółowo niektóre ze strategii niezbędnych do realizacji tego celu w ramach różnych świadczeń. Na przykład, chociaż każda służba ds. zdrowia psychicznego oparta na społeczności lokalnej prawdopodobnie będzie zajmować się zarówno powszechnymi, jak i poważnymi zaburzeniami psychicznymi, takie działania nie będą wystarczające. Należy rozszerzyć świadczenie opieki psychologicznej w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej oraz za pośrednictwem świadczeniodawców społecznych. Inne kluczowe strategie zwiększania skali opartej na dowodach opieki nad powszechnymi zaburzeniami psychicznymi obejmują umożliwienie samopomocy i lepsze wykorzystanie technologii cyfrowych (zob. [rozdz. 5: W centrum uwagi: Wykorzystanie technologii cyfrowych na rzecz zdrowia psychicznego](#)).

Doradztwo niespecjalistyczne

Jak się okazało, programy doradztwa psychologicznego, w ramach których rekrutuje się, szkoli i wdraża niespecjalistycznych doradców do prowadzenia grupowych lub indywidualnych interwencji psychologicznych opartych na dowodach, są bardzo skuteczne dla osób z depresją lub zaburzeniami lękowymi (314). Tej formy doradztwa nie należy mylić z udzielaniem ogólnych informacji lub porad (np. gdy ktoś doradza kobiecie, która właśnie została matką, jak opiekować się dzieckiem). Programy doradztwa psychologicznego mogą być wdrażane na dużą skalę (zob. [ramka 7.4 Niespecjalistyczni pracownicy opieki nad zdrowiem psychicznym leczą depresję w Ugandzie i Zambii](#)).

Niespecjalistyczni doradcy ds. depresji i zaburzeń lękowych mogą wywodzić się z bardzo różnych grup zawodowych. Mogą to być zarówno pracownicy społeczni, wolontariusze czy osoby o podobnych doświadczeniach z jedynie podstawowym lub średnim wykształceniem, jak i osoby z wykształceniem wyższym, ale bez specjalistycznego szkolenia w zakresie zdrowia psychicznego (na przykład pielęgniarki lub absolwenci psychologii bez przygotowania klinicznego).



STUDIUM PRZYPADKU

RAMKA 7.4

Niespecjalistyczni pracownicy opieki nad zdrowiem psychicznym leczą depresję w Ugandzie i Zambii

W Ugandzie i Zambii przedsiębiorstwo społeczne StrongMinds szkoli niespecjalistycznych pracowników i wolontariuszy w zakresie dostosowanej kulturowo i zatwierdzonej lokalnie terapii interpersonalnej oraz wdraża ich do pracy z kobietami i nastolatkami cierpiącymi na depresję.

Niespecjalistyczni terapeuci pomagają uczestnikom grupy zidentyfikować czynniki wywołujące u nich depresję (przedłużająca się żałoba, konflikty, samotność lub izolacja społeczna oraz zmiany w życiu) i opracować strategie ich przezwyciężenia. Grupy, składające się zazwyczaj z 12 uczestników, spotykają się w swoich lokalnych społecznościach na co najmniej osiem sesji. Ponieważ depresja może nawracać, umiejętności nabyte podczas terapii mają zarówno natychmiastowy, jak i długoterminowy wpływ prewencyjny.

Organizacja identyfikuje uczestników dzięki działaniom mobilizacyjnym, które obejmują psychoedukację i pomoc we współpracy z liderami społeczności,

szkołami, partnerskimi organizacjami pozarządowymi i odpowiednikami rządowymi. StrongMinds prowadzi także publiczne kampanie edukacyjne w radiu i mediach społecznościowych. W ciągu ostatnich ośmiu lat leczeniem w ramach programu objęto ponad 100 000 osób. Jak oceniono za pomocą narzędzia do monitorowania depresji PHQ-9, ponad 80% leczonych osób wraca do zdrowia, a wyniki utrzymują się sześć miesięcy po leczeniu. Osoby, które ukończyły terapię, zgłaszają 16% wzrost frekwencji w pracy, 28% wzrost, jeśli chodzi o więzi społeczne, 13% wzrost liczby rodzin jedzących regularne posiłki i 30% wzrost frekwencji szkolnej wśród ich dzieci.

StrongMinds obecnie zwiększa skalę swojej działalności, współpracując z rządami i organizacjami pozarządowymi w celu zintegrowania interwencji w zakresie zdrowia psychicznego z istniejącymi programami ukierunkowanymi na kwestie związane ze źródłami utrzymania, bezpieczeństwem żywnościowym, zdrowiem i edukacją.



Źródła: StrongMinds, 2021 (459); Bolton et al., 2003 (460).

We wszystkich przypadkach duże znaczenie dla dodawania pewności siebie niespecjalistycznym świadczeniodawcom i monitorowania ich kompetencji mają szkolenia i stały nadzór wspierający (zob. [sekcja 5.4.3 Wyposażenie świadczeniodawców społecznych w kompetencje w zakresie opieki nad zdrowiem psychicznym](#)).

Niespecjalistyczne doradztwo psychologiczne może również stanowić istotną wartość dodaną w odniesieniu do specjalistycznej opieki psychiatrycznej. Na przykład w specjalistycznej placówce opieki nad zdrowiem psychicznym w Islamabadzie (Pakistan) do rutynowej – głównie farmakologicznej – opieki dodano krótką interwencję psychologiczną o nazwie „Problem Management Plus” (PM+). PM+ i podobne interwencje są zwykle wdrażane poza placówkami specjalistycznymi. W Islamabadzie interwencja była prowadzona w ramach opieki specjalistycznej, ale przez niespecjalistycznych doradców, którzy ukończyli studia licencyjne z psychologii, natomiast nie mieli przygotowania klinicznego. Stwierdzono, że dodanie interwencji psychologicznej znacznie poprawiło wyniki leczenia osób z depresją i zaburzeniami lękowymi (461). Gdyby więcej specjalistycznych placówek opieki włączyło tego rodzaju niespecjalistyczne doradztwo oparte na dowodach do swojej rutynowej praktyki, byłyby one lepiej przygotowane, aby kierować wdrażaniem tych interwencji w podstawowej opiece zdrowotnej i na poziomie społeczności oraz aby skuteczniej wspierać ten proces.

Programy poradnictwa niespecjalistycznego mogą być i coraz częściej rzeczywiście są wdrażane w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej i innych środowiskach opartych na społeczności lokalnej, w tym poprzez niezależne świadczenia zapewniane przez organizacje pozarządowe.

Badania pokazują, że programy te mogą zwiększyć możliwości podstawowych placówek ds. zdrowia psychicznego i znacznie poprawić opiekę. Na przykład jeden z programów w północno-zachodniej prowincji RPA polegał na tym, że pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej identyfikowały osoby z depresją wśród pacjentów z chorobami przewlekłymi w ramach programu opieki łączonej. Osoby z łagodnymi lub umiarkowanymi objawami depresji były przez nie kierowane

do niespecjalistycznych doradców w celu uzyskania ustrukturyzowanego doradztwa opartego na terapii poznawczo-behawioralnej. Badanie wykazało istotne klinicznie zmniejszenie objawów w 12 miesięcy po interwencji. Osoby objęte terapią zgłaszały poczucie większego upodmiotowienia i lepszego przygotowania do radzenia sobie z problemami społecznymi (462).

Doradztwo niespecjalistyczne może zwiększyć możliwości podstawowych placówek ds. zdrowia psychicznego i znacznie poprawić opiekę.

Na obszarach wiejskich w stanie Maharasztra w Indiach w ramach programu Atmiyata przeszkoleni wolontariusze ze społeczności identyfikują i wspierają członków społeczności cierpiących na powszechne zaburzenia psychiczne oraz doradzają tym osobom. Wolontariusze ci oferują techniki rozwiązywania problemów i aktywacji behawioralnej. Ułatwiają również dostęp do opieki nad zdrowiem psychicznym i świadczeń socjalnych (finansowych), zwiększają świadomość społeczności na temat kwestii zdrowia psychicznego i promują dbanie o dobrostan. W ramach programu Atmiyata oferuje się świadczenia stanowiące uzupełnienie formalnego sektora zdrowia. Podejście to jest obiecujące, jeśli chodzi o zwiększenie akceptowalności opieki, ograniczenie niepełnosprawności oraz poprawę jakości życia, a także uczestnictwa społecznego osób z depresją i zaburzeniami lękowymi (463, 464).

Programy niespecjalistycznego doradztwa psychologicznego mogą być również wykorzystywane w celu dotarcia do określonych grup osób, które mogą być szczególnie narażone na depresję lub zaburzenia lękowe, w tym nowych rodziców, uchodźców lub osób żyjących z HIV/AIDS (zob. [ramka 7.5 „Ławki przyjaźni” dla zdrowia psychicznego](#)). Wprowadzoną niedawno obiecującą innowacją jest zastosowanie pojedynczego podejścia interwencyjnego do wspólnych problemów, które obejmują szereg zaburzeń psychicznych (terapia transdiagnostyczna) (465, 466). Podejście to zostało z powodzeniem przetestowane wśród ofiar przemocy w tak zróżnicowanych krajach, jak Kolumbia, Etiopia, Irak, Tajlandia, Ukraina i Zambia.

STUDIUM PRZYPADKU

RAMKA 7.5

Ławki przyjaźni dla zdrowia psychicznego

W Zimbabwie projekt „Friendship Bench” [Ławka przyjaźni] od ponad 20 lat przyczynia się do integracji zdrowia psychicznego z innymi programami zdrowotnymi. Projekt ten wykorzystuje terapie oparte na rozwiązywaniu problemów prowadzone przez wolontariuszy społeczności, znanych jako „babcie”, w celu leczenia „kufungisisa” (co dosłownie oznacza „zbyt intensywne myślenie” i jest lokalnym pojęciem w języku shona odnoszącym się do niepsychotycznych zaburzeń psychicznych).

„Babcie przyjaźni” są szkolone, aby doradzać podczas zorganizowanych 45-minutowych sesji na drewnianych ławkach na terenie przychodni podstawowej opieki zdrowotnej, gdzie ludzie mają dostęp do świadczeń związanych z różnymi chorobami, w tym HIV/AIDS, gruźlicą, chorobami niezakaźnymi i zaniedbanymi chorobami tropikalnymi. Pacjenci są kierowani do ławek przez lekarzy prowadzących, a po pierwszej sesji są zapraszani przez babcie na maksymalnie pięć kolejnych sesji. W zależności od potrzeb mogą oni również korzystać z wizyt domowych, dołączyć do terapii grupowej lub zostać skierowani do specjalisty.

Wykazano, że podejście stosowane w ramach „Friendship Bench” znacząco zmniejsza objawy depresji i zaburzeń lękowych w porównaniu ze zwykłym standardem opieki. Uważa się również, że prowadzi

to do poprawy w odniesieniu do współwystępujących chorób, w tym pod względem przestrzegania terapii antyretrowirusowej w leczeniu HIV.

Od 2006 r. w ramach „Friendship Bench” przeszkolono ponad 600 babć, które następnie zapewniły bezpłatną terapię dziesiątkom tysięcy osób w ponad 70 społecznościach w Zimbabwie. Teraz można je znaleźć także w wielu innych krajach.

Zaprojektowano również wersję programu skierowaną do młodzieży, ponieważ niewielu nastolatków korzystało z pierwotnego projektu – czy to dlatego, że nie odwiedzali przychodni podstawowej opieki zdrowotnej, czy też dlatego, że wstydziło się prosić o pomoc u babci. „Youth Friendship Bench” [Młodzieżowa Ławka Przyjaźni] jest skierowana do osób w wieku 16–19 lat i wykorzystuje studentów psychologii i socjologii w roli „kolegów”, którzy w miejsce babć prowadzą terapie oparte na rozwiązywaniu problemów. Szkolenie doradców przebiega w taki sam sposób, ale z dodatkowym naciskiem na takie zagadnienia, jak używanie narkotyków, seks i związki. „Koledzy” zgłaszali, że udaje im się nawiązać dobre relacje ze swoimi rozmówcami, i twierdzą, że postrzegają swoją pracę jako znaczącą i pilną; potrzebne są jednak dalsze badania nad doświadczeniami odbiorców pomocy.

Źródła: Chibanda et al., 2016 (467); Wallén et al., 2021 (468).

Samopomoc

Jak wspomniano w rozdziale 5: Podstawy do wprowadzenia zmian, interwencje samopomocowe mogą być prowadzone z udziałem osoby wspierającej (samopomoc ze wsparciem) albo bez wsparcia czy zachęt (samopomoc bez wsparcia). Zarówno specjaliści, jak i osoby niebędące specjalistami mogą odgrywać rolę we wspieraniu interwencji samopomocowych dla osób z depresją lub zaburzeniami lękowymi. Mogą na przykład moderować dyskusje, demonstrować techniki i wspierać dane osoby w pracy z materiałami samopomocowymi; mogą to robić zarówno osobiście, jak i zdalnie.

Interwencje samopomocowe pomagają wyposażyć dane osoby w narzędzia i taktyki, których potrzebują, aby rozpoznawać pojawiające się problemy ze zdrowiem psychicznym oraz radzić sobie z nimi (przeczytaj doświadczenia Nour w rozdziale 5). Tego rodzaju interwencje można szybko wprowadzić w odniesieniu do dużej liczby osób, co czyni je szczególnie przydatnymi w zwiększaniu skali zapewnianej opieki (zob. [ramka 7.6 Poprawa dostępu do terapii psychologicznych – inicjatywa „Improving Access to Psychological Therapies” \(IAPT\)](#)), w tym w krajach dotkniętych kryzysem (zob. [ramka 7.7 Step-by-Step: wsparcie samopomocy przy leczeniu depresji – Liban](#)).

STUDIUM PRZYPADKU

RAMKA 7.6

Poprawa dostępu do terapii psychologicznych – inicjatywa „Improving Access to Psychological Therapies” (IAPT)

IAPT to ogólnokrajowy program terapii psychologicznych opartych na dowodach dla osób z zaburzeniami lękowymi lub depresją realizowany w Wielkiej Brytanii. Program ten został uruchomiony w 2008 r. jako usługa dla osób dorosłych, ale od tego czasu rozszerzono go o komponent dla dzieci i młodzieży, w tym w celu realizacji w szkołach. Około 1,25 miliona skierowań każdego roku sprawia, że jest to zdecydowanie największy na świecie finansowany publicznie i systematycznie wdrażany program terapii psychologicznej opartej na dowodach naukowych. Program ten stał się wzorem dla utworzenia podobnych usług w Australii, Kanadzie, Japonii i Norwegii.

IAPT opiera się na modelu opieki progresywnej, w której oferuje się stopniowo coraz intensywniejsze formy terapii stosownie do potrzeb pacjenta. Na początku oferowana jest terapia o niskiej intensywności, w postaci samopomocy ze wsparciem opartej

na zasadach terapii poznawczo-behawioralnej (CBT). Samopomoc ma charakter psychoedukacyjny i prowadzona jest przez telefon, w formie komputerowej terapii poznawczo-behawioralnej, w dużych grupach lub indywidualnie. Świadczona jest przez niespecjalistycznych pomocników zwanych „praktykami dobrostanu psychicznego” [Psychological Well-being Practitioners], którzy zapewniają ustandaryzowane interwencje oparte na dowodach. Praktycy ci działają w oparciu o powiązane narzędzia oceny kompetencji w zakresie diagnostyki i leczenia.

Osoby, u których nie nastąpiła poprawa po samopomocy, są kierowane na intensywniejsze terapie psychologiczne prowadzone przez wykwalifikowanych terapeutów.

Na podstawie przeglądu 60 badań wykazano znaczną poprawę w zakresie depresji i zaburzeń lękowych wśród osób korzystających z IAPT.

Źródło: Wakefield et al., 2021 (469).

Nawet książki i materiały samopomocowe bez wsparcia mogą być użyteczne w zwiększaniu skali wsparcia psychologicznego w przypadku powszechnych zaburzeń psychicznych. Badania pokazują, że korzystanie z książek samopomocowych może przyczynić się do zmniejszenia objawów depresji u dorosłych, w tym w perspektywie długoterminowej (470). Interwencje bez wsparcia są jednak zwykle mniej skuteczne niż te ze wsparciem (471). Wykazano również, że terapia

komputerowa, w ramach której zapewnia się terapię poznawczo-behawioralną w celu leczenia depresji i zaburzeń lękowych za pośrednictwem internetu, jest skuteczna, akceptowalna i praktyczna dla osób z dobrym dostępem do internetu. Terapia komputerowa ze wsparciem oparta na terapii poznawczo-behawioralnej zapewnia takie same korzyści jak konwencjonalna terapia poznawczo-behawioralna prowadzona osobiście (472).

STUDIUM PRZYPADKU

RAMKA 7.7

Step-by-Step: wsparcie samopomocy przy leczeniu depresji – Liban

Step-by-Step to nowa cyfrowa interwencja samopomocowa WHO. W jej ramach zapewniono psychoedukację za pomocą opowiadanej historii i wykorzystuje interaktywne ćwiczenia, aby nauczyć osoby korzystające z tej interwencji technik terapeutycznych, które pomagają zmniejszyć objawy depresji. Skupiono się na aktywacji behawioralnej w połączeniu z zarządzaniem stresem (np. za pomocą ćwiczeń oddechowych), zwiększaniem wsparcia społecznego oraz zapobieganiem nawrotom.

Kiedy Liban został dotknięty serią kryzysów w 2020 r., Ministerstwo Zdrowia Publicznego i partnerzy przetestowali dostosowaną kulturowo wersję programu Step-by-Step o nazwie „Khoutweh-Khoutweh” wśród obywateli Libanu i syryjskich uchodźców. Zastoso-

wano format samopomocy ze wsparciem. Nadzorowani doradcy niespecjalistyczni zapewniali osobom z objawami depresji nie więcej niż 15 minut zdalnego doradztwa (telefonicznie lub za pośrednictwem wiadomości online) tygodniowo. Osoby, które ukończyły program, uznały go za odpowiedni, akceptowalny i korzystny (przeczytaj doświadczenia Nour w rozdziale 5).

Dwa duże randomizowane badania kontrolowane na poziomie ogólnokrajowym sugerują, że interwencja była skuteczna w zmniejszaniu objawów depresji oraz poprawie funkcjonowania i samopoczucia. Obecnie interwencja ta jest oferowana przez rząd jako rutynowe świadczenie.

Źródło: Cuijpers et al., w druku (472).