



# 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”.

## 7.2 Zdrowie psychiczne zintegrowane z podstawowymi świadczeniami zdrowotnymi

Integracja zdrowia psychicznego z podstawowymi świadczeniami zdrowotnymi jest zasadniczym elementem reformy w zakresie zdrowia psychicznego (473). Zintegrowana opieka pomaga zwiększyć dostępność i zmniejszyć stygmatyzację. Oznacza to, że problemy ze zdrowiem fizycznym i psychicznym mogą być często leczone jednocześnie. Dzięki temu świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego są znacznie lepiej dostępne, ponieważ podstawowe świadczenia zdrowotne są zwykle realizowane bliżej miejsca zamieszkania pacjentów. Dlatego integracja wspiera realizację celów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Integracja zdrowia psychicznego z podstawową opieką zdrowotną jest uznanym celem politycznym od lat 70. XX wieku (474). Może być realizowana na różne sposoby, na różnych poziomach i w ramach różnych usług (475, 476).

W kolejnych sekcjach omówiono, w jaki sposób strategie integracji opieki w zakresie zdrowia psychicznego mogą być i są stosowane w różnych kontekstach, w tym w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznych programów zdrowotnych i w szpitalach ogólnych.

### 7.2.1 Zdrowie psychiczne w podstawowej opiece zdrowotnej

Na podstawowych poziomach opieki odpowiednie działania w zakresie zdrowia psychicznego zostały wskazane w Kompendium powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego WHO (zob. *sekcja 5.1.3 Dowody na potrzeby kształtowania polityki i praktyk*) i są realizowane w ramach programu mhGAP WHO (306).

W praktyce interwencje te mogą być wdrażane w ramach podstawowej opieki zdrowotnej poprzez zwiększenie liczby personelu zajmującego się zdrowiem psychicznym na jeden z dwóch głównych sposobów:

- przez rozwijanie kompetencji personelu medycznego w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie identyfikowania, diagnozy i leczenia zaburzeń psychicznych, w tym u dzieci, młodzieży, dorosłych i osób starszych (zob. łącznie odpowiedzialności za zdrowie fizyczne i psychiczne w podstawowej opiece zdrowotnej); lub

- przez rozwijanie sieci i włączanie świadczeniodawców opieki nad zdrowiem psychicznym do placówek podstawowej opieki zdrowotnej (zob. *Dodawanie personelu do podstawowej opieki zdrowotnej*).

W obu przypadkach współpraca między świadczeniodawcami opieki nad zdrowiem psychicznym i świadczeniodawcami podstawowej opieki zdrowotnej może mieć różną intensywność – od działania niezależnie i po prostu kierowania pacjentów do poszczególnych świadczeń, po pracę w ramach tego samego zespołu w celu zapewnienia opieki w jednym miejscu, według wspólnego planu leczenia lub opieki (477).

*Zintegrowana opieka jest wykonalna, przystępna cenowo i optymalna.*

W przypadku większości powszechnych zaburzeń wykazano, że zintegrowana opieka sprawowana przez personel podstawowej opieki zdrowotnej przeszkolony w zakresie zdrowia psychicznego zapewnia lepsze wyniki zdrowotne w porównaniu ze zwykłą podstawową opieką zdrowotną (przeczytaj *doświadczenie Amiry*) (296). Jest to również wykonalne, przystępne cenowo i optymalne, w tym w krajach o niskich i średnich dochodach (478).

Integracja nie przebiega jednak bez jakichkolwiek trudności. Do najczęściej zgłaszanych barier należą (479, 258):

- stygmatyzujące postawy pracowników służby zdrowia i społeczeństwa wobec zdrowia psychicznego;
- niewystarczające szkolenia i nadzór nad pracownikami służby zdrowia;
- duże obciążenie pracą personelu podstawowej opieki zdrowotnej;
- niska świadomość w kwestii zdrowia psychicznego w społeczności;
- niewielkie zainteresowanie i motywacja pracowników służby zdrowia do wprowadzania zmian;
- brak lub niespójna dostępność podstawowych leków psychotropowych;
- rozdzielne zarządzanie i przywództwo w zakresie opieki nad zdrowiem psychicznym i fizycznym; oraz
- ograniczone i niesprawiedliwe finansowanie.

## OPOWIADANIE

## Dołącz do nas: razem zapoczątkujemy renesans zdrowia psychicznego!



### Doświadczenie Amiry

Moje doświadczenie depresji poporodowej było niezwykle trudne i bolesne. Jak każda matka, z niecierpliwością czekałam na narodziny pierwszego dziecka. Ale zamiast odczuwać radość z jego obecności, pograżałam się w smutku, izolacji i niechęci. W tamtym czasie termin „zdrowie psychiczne” nie był zbyt często używany w Jordanii.

Przez długi czas cierpiałam. Moja depresja przekształciła się w stan przewlekły z powodu mojej niewiedzy i niewiedzy otoczenia. Byłam wyczerpana bólem psychicznym i kilkakrotnie próbowałam odebrać sobie życie.

Zastanawiałam się, czy rozwiązaniem mojego cierpienia nie byłaby psychoterapia. Bałam się jednak stygmatyzacji. Zdecydowałam się odwiedzić prywatną przychodnię zdrowia psychicznego i założyłam nikab, aby nikt, kto mnie znał, mnie nie rozpoznał. W tym miejscu napotkałam inny rodzaj cierpienia: wysokie ceny i nękanie. Nie było mnie stać na opiekę, której potrzebowałam, przez co doświadczałam nawrotów i porażek. Ostatecznie zdecydowałam się udać do państwowej przychodni zdrowia psychicznego, ale nawet tam dochodziło do łamania praw człowieka. Wszyscy cierpieliśmy, ale nikt nie odważył się odezwać. Powrót do zdrowia był powolny.

Wreszcie, z Bożym miłosierdziem, mój kraj zobowiązał się do dbania o zdrowie psychiczne i włączył opiekę nad zdrowiem psychicznym do świadczeń oferowanych przez lokalną przychodnię. Byłam jedną z pierwszych osób objętych tą opieką. Wielospecja-

listyczny zespół zapewnił mi terapię psychologiczną i rehabilitację środowiskową, aby pomóc mi stać się aktywnym członkiem społeczności.

Specjaliści z przychodni uwierzyli w nasze umiejętności i zostaliśmy zaproszeni przez WHO na warsztaty dotyczące praw człowieka. Byłam zaskoczona i zaszczyczona, mogąc poznać inne osoby z doświadczeniem niepełnosprawności psychicznej, które były zastraszane i stygmatyzowane przez społeczeństwo. Postanowiliśmy założyć stowarzyszenie Our Step, aby wspierać prawa osób z zaburzeniami psychicznymi do integracji społecznej. Nasza sytuacja zaczyna wreszcie być dostrzegana. Aktywnie uczestniczyliśmy w procesie opracowania pierwszej od 11 lat krajowej strategii Jordanii w zakresie zdrowia psychicznego.

Od ponad 15 lat zajmuję się rzecznictwem i podnoszeniem świadomości na temat problemów osób z zaburzeniami psychicznymi. Cieszę się, że po raz pierwszy mogłam reprezentować te osoby w Radzie Powierniczej Najwyższej Rady ds. Ochrony Praw Osób Niepełnosprawnych, po wcześniejszej pracy nad nowelizacją ustawy o prawach osób niepełnosprawnych, zgodnie z Konwencją o prawach osób niepełnosprawnych, którą Jordania ratyfikowała w 2008 roku.

Osiągnęliśmy wiele, ale przed nami jeszcze długa droga do pełnej realizacji praw osób z zaburzeniami psychicznymi. Nie wahaj się. Dołącz do nas: razem zapoczątkujemy renesans zdrowia psychicznego!

**Amira Ali Al-Jamal**, Jordania

Duże obciążenie pracą może być szczególnie trudną przeszkodą do pokonania. Pracownicy podstawowej opieki zdrowotnej są często przeciążeni nawet przed włączeniem do swoich harmonogramów opieki nad zdrowiem psychicznym, która przecież może być stosunkowo czasochłonna.

### **Łączenie odpowiedzialności za zdrowie fizyczne i psychiczne w podstawowej opiece zdrowotnej**

Pierwszym i najbardziej powszechnym sposobem integracji zdrowia psychicznego z podstawową opieką zdrowotną jest szkolenie jej personelu medycznego w zakresie opieki nad zdrowiem psychicznym, tak aby mógł on łączyć dotychczasową opiekę nad zdrowiem fizycznym z opieką nad zaburzeniami psychicznymi (zob. ramka 7.8 *Zintegrowana podstawowa opieka nad zdrowiem psychicznym w Islamskiej Republice Iranu*).

Personel podstawowej opieki zdrowotnej musi rozwinąć kompetencje w zakresie opieki nad zdrowiem psychicznym poprzez szkolenia przed rozpoczęciem pracy, szkolenia w miejscu pracy lub oba rodzaje szkoleń (zob. sekcja 5.4.2 *Wzmacnianie kompetencji świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej*). Nawet po przeszkoleniu osoby te – jako niespecjaliści – muszą mieć wsparcie w postaci świadczeń specjalistycznych, czy to w szpitalach ogólnych, czy też w ramach świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego opartych na społeczności lokalnej. Wsparcie to powinno obejmować konsultacje, poprawę jakości opieki, a w razie potrzeby również skierowania. W krajach, w których liczba specjalistów jest ograniczona i są oni nadmiernie rozproszeni, szczególnego znaczenia nabierają technologie cyfrowe, które mogą ułatwiać zdalny nadzór i mentoring.



## STUDIUM PRZYPADKU

RAMKA 7.8

### Zintegrowana podstawowa opieka nad zdrowiem psychicznym w Islamskiej Republice Iranu

Od dziesięcioleci Islamska Republika Iranu stopniowo włącza opiekę nad zdrowiem psychicznym do krajowego systemu podstawowej opieki zdrowotnej. Począwszy od 1989 r., pracownikom środowiskowym (znanym lokalnie jako „behvarzes”) przydzielono obowiązki w zakresie zdrowia psychicznego, w tym aktywne wyszukiwanie przypadków i kierowanie pacjentów do dalszego leczenia. Lekarze pierwszego kontaktu zostali przeszkoleni i otrzymali wsparcie w zakresie świadczenia opieki nad zdrowiem psychicznym w ramach swojej codziennej praktyki, a osoby z bardziej złożonymi problemami są kierowane do psychiatrów i innych specjalistów w dziedzinie zdrowia psychicznego w okręgowych lub regionalnych ośrodkach zdrowia.

Model ten sprawdził się dobrze na obszarach wiejskich, ale był mniej skuteczny w miastach, zwłaszcza na obrzeżach dużych aglomeracji, gdzie infrastruktura zdrowotna i zasoby ludzkie były bardzo ograniczone. W 2014 r. przyjęto nowe ramy integracji, koncentrujące się w szczególności na przezwycięzeniu wyzwań w peryferyjnych obszarach miejskich. W tym nowym modelu wprowadzono dwie nowe kategorie świadcze-

niodawców w zakresie zdrowia psychicznego, którzy mieli pracować wraz z lekarzami pierwszego kontaktu:

- „moragheb-e salamat” pełnią rolę wielozadaniowych pracowników środowiskowych. Stanowią oni miejski odpowiednik funkcjonujących na obszarach wiejskich „behvarzes” i mają podobne obowiązki w zakresie zdrowia psychicznego;
- psychologowie z tytułem magistra psychologii klinicznej zapewniają świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego w miejskich centrach zdrowia. Odpowiadają za edukację społeczeństwa w zakresie profilaktyki pierwotnej, psychoedukację osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin, zapewnianie krótkich interwencji psychologicznych i telefoniczne rozmowy kontrolne z osobami, które tego potrzebują, a także, gdy jest to uzasadnione, kierowanie osób do służb społecznych.

Oceny nowego modelu pokazują, że przyczynił się on do zwiększenia dostępności i dostępu do opieki nad zdrowiem psychicznym w peryferyjnych obszarach miejskich.

Źródła: Ahmed Hajebi, dyrektor ds. zdrowia psychicznego i zażywania substancji psychoaktywnych, Ministerstwo Zdrowia i Edukacji Medycznej, Islamska Republika Iranu, komunikacja osobista, kwiecień 2022 r.; Smith, 2020 (480).

Zintegrowana opieka sprawowana przez niespecjalistów stanowi podstawę programu mhGAP WHO, który jest wdrażany w celu wzmocnienia umiejętności i zwiększenia skali opieki nad zdrowiem psychicznym w przypadku zaburzeń o priorytetowym znaczeniu występujących wśród młodzieży, dorosłych i osób starszych w warunkach niespecjalistycznych na całym świecie (zob. [sekcja 5.4.2 Wzmacnianie kompetencji świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej](#)) (305). Badania pokazują, że inicjatywa ta prowadzi do pogłębienia wiedzy, poprawy postaw i dodawania pewności siebie świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej po szkoleniu; skutkuje też poprawą u osób cierpiących na zaburzenia psychiczne i wzrostem

ich zaangażowania w leczenie (308). Wykazano również, że pomaga zmniejszyć różnice w leczeniu i zwiększyć skuteczny zasięg w przypadku zaburzeń psychicznych o priorytetowym znaczeniu (zob. [ramka 7.9 mhGAP w Nepalu: zmniejszanie różnic w leczeniu](#)).

Chociaż mhGAP najczęściej wykorzystuje się do zwiększania skali opieki nad zdrowiem psychicznym w odniesieniu do ogółu populacji, może być również stosowany wobec określonych grup, takich jak uchodźcy (zob. [ramka 7.10 mhGAP w Turcji: zwiększanie skali opieki nad uchodźcami](#)) czy młodzież. Na przykład w Islamskiej Republice Iranu mhGAP-IG jest wykorzystywany do wzmocniania

kompetencji lekarzy rodzinnych w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży i dodawania im pewności siebie, tak aby mogli oni samodzielnie leczyć zaburzenia o priorytetowym znaczeniu, zamiast kierować je do specjalistycznych ośrodków.

Istnieje również wersja humanitarna mhGAP-IG (mhGAP-HIG), która jest powszechnie stosowana przez międzynarodowe organizacje pozarządowe reagujące na sytuacje kryzysów humanitarnych (481). Wykorzystano ją na przykład do zwiększenia skali opieki nad zdrowiem psychicznym w kontekście niestabilnego i dotkniętego konfliktem obszaru Libii (482). W tym przypadku Ministerstwo Zdrowia, WHO, Międzynarodowy Komitet Ratunkowy, Międzynarodowy Korpus Medyczny i inni partnerzy

współpracowali nad dostosowaniem materiałów mhGAP-HIG do lokalnego kontekstu, angażując zainteresowane strony już na wczesnym etapie w celu podniesienia świadomości i zwiększenia wsparcia dla programu. Niespecjalistyczni pracownicy służby zdrowia z 20 placówek podstawowej opieki zdrowotnej przeszli szkolenie w zakresie mhGAP-HIG; a lokalni psychologowie i psychiatry zostali również przeszkoleni w zakresie nadzoru nad mhGAP i administrowania nim w celu zwiększenia jego zrównoważoności. Po zakończeniu szkoleń uruchomiono mobilne zespoły, które rotacyjnie uzupełniały braki kadrowe w różnych obszarach kraju, w których świadczenia były ograniczone lub w ogóle nie istniały.

## STUDIUM PRZYPADKU

RAMKA 7.9

### mhGAP w Nepalu: zmniejszanie różnic w leczeniu

W Nepalu program mhGAP został wdrożony jako część kompleksowego planu opieki nad zdrowiem psychicznym w dystrykcie Chitwan. Niespecjaliści pracujący w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej zostali przeszkoleni i objęci nadzorem w zakresie rozpoznawania, diagnozowania i rozpoczynania leczenia zaburzeń psychicznych o priorytetowym znaczeniu z wykorzystaniem podręcznika mhGAP-IG. Inne strategie w ramach pakietu Chitwan obejmowały między innymi podnoszenie świadomości, aktywne poszukiwanie przypadków w społeczności, oparte na dowodach niespecjalistyczne doradztwo w społeczności; a także usprawnienie systemów skierowań, dostarczania leków i monitorowania w ramach świadczeń.

Plan przyczynił się do stworzenia lepszych możliwości opieki nad zdrowiem psychicznym i zwiększenia zasięgu leczenia. Po wdrożeniu planu w dystrykcie odsetek osób w społeczności korzystających z leczenia wzrósł z 3% do 53% w przypadku psychozy, z 0% do 12% w przypadku depresji, z 1% do 12% w przypadku

epilepsji i z 0% do 8% w przypadku zaburzeń związanych z używaniem alkoholu.

Interwencje w ramach planu Chitwan przyniosły wymierne rezultaty. Rok po rozpoczęciu leczenia u osób z depresją, zaburzeniami związanymi z używaniem alkoholu i psychozą zaobserwowano poprawę w zakresie objawów i codziennego funkcjonowania. Poprawa wśród osób cierpiących na depresję była w szczególności związana z wartością dodaną terapii psychologicznej prowadzonej przez doradców środowiskowych. W przypadku wszystkich zaburzeń połączenie interwencji po stronie popytu i podaży zachęciło osoby tego potrzebujące do podjęcia leczenia i korzystania z opieki.

Co ważne, osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne i ich opiekunowie postrzegali świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego zapewniane w Chitwan w ramach podstawowej opieki zdrowotnej jako dostępne, akceptowalne i skuteczne.

Źródła: Jordans et al., 2019 (265); Luitel et al., 2020 (483).

## STUDIUM PRZYPADKU

RAMKA 7.10

### mhGAP w Turcji: zwiększanie skali opieki nad uchodźcami

Szacuje się, że w 2021 r. w Turcji przebywało 3,7 mln uchodźców syryjskich objętych tymczasową ochroną, która uprawnia ich do bezpłatnej podstawowej opieki zdrowotnej. Wiadomo, że uchodźcy są bardziej narażeni na zaburzenia psychiczne. A jednak często mają mniejszy dostęp do opieki.

Już w 2016 r. Turcja rozpoczęła stosowanie programu mhGAP, aby szkolić syryjskich i tureckich lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w celu zapewnienia podstawowej opieki nad zdrowiem psychicznym za pośrednictwem ośrodków zdrowia dla uchodźców oraz świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego opartych na społeczności lokalnej.

Do 2021 r. przeszkolono prawie 2600 lekarzy w 29 prowincjach (spośród 81 prowincji), w których mieszkała duża liczba uchodźców. Oznacza to, że przy użyciu mhGAP przeszkolono około 8% tureckich lekarzy

Źródło: Kahiloğullari et al., 2020 (484).

pierwszego kontaktu pracujących w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej (2100 osób) i ponad 50% syryjskich lekarzy (561 osób).

Jak wynika z ocen, ponad 95% uczestników uznało szkolenie za przydatne i korzystne. Szkolenie przyczyniło się do statystycznie istotnego wzrostu poziomu wiedzy wśród tureckich i syryjskich lekarzy; stwierdzono również, że uczestniczący w nim lekarze zwracali większą uwagę na potrzeby ludzi w zakresie zdrowia psychicznego, co skutkowało zidentyfikowaniem i podjęciem leczenia w przypadku większej liczby osób z zaburzeniami psychicznymi. Zaobserwowano, że większość lekarzy przestrzega standardów opieki określonych podczas szkolenia. A 96% osób, które otrzymały świadczenia od nowo wyszkolonych lekarzy, wyraziło zadowolenie z jakości zapewnionej na ich rzecz opieki nad zdrowiem psychicznym.

Program przyczynił się do zapewnienia pracownikom większych możliwości i dodania im pewności siebie oraz do rozwinięcia ścieżki skierowań między świadczeniodawcami społecznymi a placówkami systemu opieki zdrowotnej. Był również pomocny, jeżeli chodzi o podniesienie świadomości w kwestii znaczenia zdrowia psychicznego i zwiększenie dostępu do świadczeń dla uchodźców i migrantów. Tylko w 2020 r. dzięki tej inicjatywie dostęp do potrzebnych im świadczeń uzyskało ponad 1000 osób cierpiących na zaburzenia psychiczne.

### Dodawanie pracowników w ramach podstawowej opieki zdrowotnej

Drugim sposobem integracji zdrowia psychicznego z podstawową opieką zdrowotną jest włączenie świadczeniodawców opieki nad zdrowiem psychicznym do placówek podstawowej opieki zdro-

wotnej. W zależności od kontekstu i dostępnych zasobów tym dodatkowym personelem mogą być psychiatry lub psycholodzy dziecięcy lub dla dorosłych, pielęgniarki przeszkolone w zakresie zdrowia psychicznego dzieci lub dorosłych, pracownicy socjalni, opiekunowie medyczni, pracownicy środowiskowi lub inni świadczeniodawcy społeczni przeszkoleni w zakresie opieki nad zdrowiem psychicznym.

Personel ten może pracować w pełnym wymiarze godzin w jednej przychodni (na przykład, gdy do personelu dodaje się opiekuna medycznego lub niespecjalistycznego doradcę) lub dzielić swój czas między kilka przychodni (na przykład, gdy psychiatra lub pielęgniarka psychiatryczna prowadzi przychodnie zdrowia psychicznego co dwa tygodnie w różnych placówkach podstawowej opieki zdrowotnej).

## STUDIUM PRZYPADKU

RAMKA 7.11

### Sri Lanka: zatrudnienie pracowników społecznych zajmujących się zdrowiem psychicznym w ramach podstawowej opieki zdrowotnej

W wyniku tsunami na Oceanie Indyjskim, jakie miało miejsce w 2004 r., w Sri Lance odnotowano wyraźne potrzebę i zainteresowanie zdrowiem psychicznym. To z kolei doprowadziło do utworzenia nowej kategorii pracowników społecznych, zwanych „opiekunami środowiskowymi”. Wspomniani opiekunowie są bezpośrednio powiązani z systemem podstawowej opieki zdrowotnej i technicznie podlegają personelowi zajmującemu się zdrowiem psychicznym w szpitalach rejonowych. Do tej pory udzielili wsparcia

Źródło: Kakuma et al., 2011 (298).

tysiącom osób z zaburzeniami psychicznymi żyjących w społeczności. Byli oni również odpowiedzialni za znaczną część skierowań do szpitalnych oddziałów psychiatrycznych; w niektórych regionach odpowiadali nawet za trzy czwarte wszystkich skierowań.

Chociaż program nie był kontynuowany, z oceny przeprowadzonej w 2010 r. wynika, że 128 opiekunów środowiskowych w trzech regionach zajmowało się ponad 1500 osobami z zaburzeniami psychicznymi.

Aby lepiej zająć się kwestią zdrowia psychicznego, kraje nie tylko zwiększają liczbę pracowników w poradniach podstawowej opieki zdrowotnej, ale też zatrudniają pracowników społecznych w ramach systemu opieki zdrowotnej. Placówki podstawowej opieki zdrowotnej mogą rozszerzyć swój zasięg w zakresie zdrowia psychicznego dzięki sieciom nadzorowanych pracowników niespecjalistycznych działających w społeczności (zob. ramka 7.11 Sri Lanka: zatrudnienie pracowników społecznych zajmujących się zdrowiem psychicznym w ramach podstawowej opieki zdrowotnej).

### Opieka zintegrowana

Opieka zintegrowana stanowi jeden z konkretnych i dobrze zbadanych przykładów drugiego rodzaju podejścia do integracji (485). Jest to model integracji składający się z wielu komponentów, którego skuteczność, jeśli chodzi o leczenie depresji i innych powszechnych zaburzeń psychicznych, została szeroko udokumentowana – także w krajach o niskich i średnich dochodach (17).

W modelach opieki zintegrowanej zespół opieki zdrowotnej dzieli się zadaniami, a główną rolę odgrywa opiekun medyczny, który zajmuje się koordynacją opieki.

Na przykład w opiece zintegrowanej, w przypadku depresji, zwykle osoby z depresją:

- identyfikuje się przy użyciu zweryfikowanego narzędzia oceny depresji (zadanie to często wykonywane jest przez opiekuna medycznego);
- są kierowane do odpowiednich zasobów w społeczności w celu zaspokojenia ich potrzeb społecznych i uwzględnienia odpowiednich uwarunkowań (to zadanie również często wykonywane jest przez opiekuna medycznego);
- otrzymują oparte na dowodach interwencje psychologiczne (w krajach o niskich i średnich dochodach zadanie to często wykonywane przez opiekuna medycznego lub, jeśli jest dostępny, przez niespecjalistycznego doradcę);
- otrzymują farmakoterapię, jeśli jest to wskazane (zadanie wykonywane przez lekarza pierwszego kontaktu); oraz
- korzystają z możliwości monitorowania ich depresji w trakcie całego procesu leczenia. Takie monitorowanie odbywa się poprzez wykonywanie tego samego pomiaru na początku każdej wizyty i rejestrowanie wyników w prostym rejestrze, który jest regularnie sprawdzany w celu wprowadzenia stosownych zmian w opiece. Zmiany mogą obejmować zwiększenie intensywności opieki lub skierowanie do specjalistów.

W ramach opieki zintegrowanej specjalista ds. zdrowia psychicznego regularnie doradza opiekunowi medycznemu i lekarzowi pierwszego kontaktu oraz nadzoruje ich pracę. We wszystkich przypadkach plany opieki są dostosowane do potrzeb i preferencji danej osoby.

Opiekę zintegrowaną stosowano w różnych programach na całym świecie, w tym w programach ukierunkowanych na integrację opieki nad depresją w ramach opieki nad określonymi zaburzeniami fizycznymi, takimi jak cukrzyca (486).

Większość przypadków opieki zintegrowanej zrealizowano w krajach o wysokim dochodzie, ale również kraje o niskich i średnich dochodach zdobywają coraz większe doświadczenie z opieką łączoną, w tym w odniesieniu do psychozy (442, 487).

W środowiskach dysponujących zarówno znacznymi, jak i ograniczonymi zasobami opieka zintegrowana zapewnia holistyczne podejście do najważniejszych społecznych, psychologicznych i medycznych aspektów opieki. Wykazano, że taka opieka jest nawet skuteczniejsza i bardziej opłacalna niż rutynowa integracja zdrowia psychicznego z podstawową opieką zdrowotną (488). Opieka łączona wymaga jednak dodatkowych zasobów (przede wszystkim czasu opiekuna medycznego), co stanowi barierę dla zwiększenia skali takiego podejścia.

## 7.2.2 Zdrowie psychiczne w specjalistycznych programach zdrowotnych

Włączenie zdrowia psychicznego do programów zdrowotnych ukierunkowanych na konkretne choroby fizyczne lub skierowanych do konkretnych populacji okazało się wykonalne i opłacalne; co więcej, przyczynia się ono do poprawy zdrowia psychicznego i fizycznego (486, 489, 490). Zapewnienie opieki w tym samym miejscu i w tym samym czasie przez tego samego lekarza lub ten sam zespół terapeutyczny pomaga znacznie ograniczyć wyzwania logistyczne związane z koniecznością korzystania z co najmniej dwóch systemów opieki i umożliwia bardziej holistyczną opiekę skoncentrowaną na osobie. Co ważne, może również pomóc dotrzeć ze

świadczaniem do osób o szczególnych potrzebach, które są narażone na większe ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych.

### Zdrowie psychiczne w świadczeniach ukierunkowanych na konkretne choroby

Osoby z chorobami współistniejącymi, które otrzymują wsparcie w ramach modeli opieki zintegrowanej, częściej osiągają lepsze wyniki w zakresie zdrowia i doświadczają lepszej jakości życia, samoopieki oraz w większym stopniu przestrzegają zaleceń dotyczących leczenia i zdrowia psychicznego (476).

W ramach globalnych celów w zakresie HIV/AIDS podkreślono w szczególności potrzebę lepszej integracji zdrowia psychicznego i opieki społecznej ze świadczeniami związanymi z HIV, w tym świadczeniami prowadzonymi przez społeczności (491). Istnieje wiele możliwości integracji – od świadczeń ukierunkowanych na profilaktykę HIV i testowanie w kierunku HIV, przez rozpoczęcie i prowadzenie leczenia, aż po świadczenia związane z supresją wirusa i opieką nad osobami żyjącymi z HIV (166). W wytycznych agencji rozwoju dotyczących opieki nad chorymi na gruźlicę również zaleca się włączenie świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego do programów walki z gruźlicą, od szkoleń po leczenie (167).

Istnieje wiele dowodów na to, że integracja, na przykład poprzez dzielenie się zadaniami z niespecjalistycznymi pracownikami służby zdrowia, może poprawić zdrowie psychiczne osób żyjących z HIV, nawet w bardzo odległych społecznościach znajdujących się w niekorzystnej sytuacji (492). Może również poprawić zdrowie fizyczne społeczności osób zarażonych HIV, dzięki zmniejszeniu ryzyka zakażenia wirusem i ograniczeniu powiązanej z nim stygmatyzacji oraz dzięki zwiększeniu skali przestrzegania zaleceń dotyczących leczenia antyretrowirusowego.

*Włączenie zdrowia psychicznego do programów walki z HIV może zapobiec niemal milionowi nowych zakażeń do 2030 r.*

Włączenie opieki nad zdrowiem psychicznym do programów walki z gruźlicą może przynieść podobne korzyści. Na przykład w Pakistanie stwierdzono, że zapewnienie doradztwa psychologicznego osobom z objawami depresji i zaburzeniami lękowymi, zgłaszającym się do poradni specjalizujących się w leczeniu gruźlicy, zmniejsza zarówno wspomniane objawy, jak i poprawia wyniki w zakresie zakończenia leczenia gruźlicy (493).

Jak wynika z badań, włączenie zdrowia psychicznego do programów walki z HIV może obniżyć wskaźnik zakażeń HIV o 10–17%, co z dużym prawdopodobieństwem pozwoli zapobiec niemal milionowi nowych zakażeń do 2030 r. (494). W przypadku gruźlicy w badaniach przewiduje się jeszcze większy spadek (13–20%) wskaźników zakażeń, co może pozwolić zapobiec nawet 14 milionom zakażeń do 2030 r.

Poza programami zwalczania HIV i gruźlicy istnieje wiele innych możliwości włączenia kwestii zdrowia psychicznego do programów opieki ukierunkowanych na konkretne choroby, w tym programów dotyczących chorób niezakaźnych lub zaniedbanych chorób tropikalnych (174, 168).

W Republice Południowej Afryki opracowano zintegrowany model zarządzania chorobami przewlekłymi w celu zwiększenia wydajności systemów i poprawy ich opłacalności oraz radzenia sobie z chorobami współistniejącymi (495). Realizację tego modelu ułatwia Adult Primary Care – narzędzie wspomagające podejmowanie decyzji klinicznych, z którego mogą korzystać świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej, aby zapewnić osobom dorosłym kompleksową, wysokiej jakości opiekę kliniczną podczas każdej konsultacji. Model ten ma charakter innowacyjny, ponieważ umożliwia świadczeniodawcom równoczesne leczenie wszystkich chorób przewlekłych – zarówno fizycznych, jak i psychicznych. Zamiast na przykład prowadzić odrębne poradnie specjalizujące się w cukrzycy, nadciśnieniu, HIV i zdrowiu psychicznym, placówka podstawowej opieki zdrowotnej wykorzystuje rutynowe konsultacje, aby zapewnić ciągłą opiekę nad wszystkimi tymi chorobami jednocześnie. W przypadku osób z chorobami współistniejącymi podejście to ułatwia opiekę pod względem logistycznym,

a także umożliwia bardziej holistyczne i skoncentrowane na osobie podejście do sprawowanej opieki.

## Zdrowie psychiczne w świadczeniach ukierunkowanych na konkretne populacje

Tak jak zdrowie psychiczne można zintegrować z programami dotyczącymi chorób fizycznych, tak samo można je zintegrować ze świadczeniami zdrowotnymi skierowanymi do określonych grup, w tym kobiet, rodziców i opiekunów, dzieci, młodzieży i osób starszych.

Programy na rzecz zdrowia kobiet mogą w dyskretny sposób umożliwić kobietom dotkniętym przemocą seksualną, która stanowi bardzo istotny czynnik ryzyka rozwoju zaburzeń psychicznych, nie tylko dostęp do opieki w zakresie zdrowia reprodukcyjnego, ale także opieki nad zdrowiem psychicznym. Takie programy są często udostępniane populacjom dotkniętym konfliktami zbrojnymi i przymusowymi przesiedleniami.

Również programy związane z okresem okołoporodowym stanowią dobrą platformę do edukowania rodziców i opiekunów na temat zdrowia psychicznego, przesiewowego badania tych osób pod kątem zaburzeń psychicznych, zapewniania podstawowych rodzajów terapii i wsparcia rówieśniczego (496).

Włączenie zdrowia psychicznego do programów związanych z okresem okołoporodowym jest szczególnie istotne, ponieważ zły stan zdrowia psychicznego matki jest powszechnym zjawiskiem i wpływa zarówno na matki, jak i na niemowlęta (zob. *sekcja 6.3.2 Ochrona i promowanie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży*) (497).

Zaburzenia psychiczne matki (i ojca) można leczyć, w tym z pomocą wyszkolonych niespecjalistów, w ramach świadczeń zdrowotnych dla matek i niemowląt (498). Na przykład w Ugandzie przeszkolone i nadzorowane położne w placówkach opieki okołoporodowej przeprowadzają badania przesiewowe kobiet w ciąży w kierunku depresji okołoporodowej, a następnie leczą osoby, które uzyskały wynik pozytywny, poprzez terapię rozwiązywania problemów w grupach, prowadzoną podczas zaplanowanych wizyt prenatalnych. W badaniach wykazano znaczną poprawę wyników klinicznych i funkcjonalnych leczonych kobiet już po sześciu miesiącach (499).

### 7.2.3 Zdrowie psychiczne w szpitalach ogólnych

Niezależnie od tego, w jakim stopniu świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego są dostępne w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, niezbędne jest zapewnienie wyspecjalizowanych świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego na poziomie opieki specjalistycznej. Bez nich inwestycje w podstawową opiekę zdrowotną prawdopodobnie nie będą miały trwałego charakteru (258). Zapewnienie świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego na poziomie opieki specjalistycznej stanowi filar reformy w zakresie zdrowia psychicznego.

*Zapewnienie świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego na poziomie opieki specjalistycznej stanowi filar reformy w zakresie zdrowia psychicznego.*

Świadczenia na poziomie specjalistycznym – w ramach których można zatrudniać zarówno specjalistów, jak i niespecjalistów – mogą być zapewniane przez szpitale ogólne (jak omówiono w tej sekcji) lub w formie szeregu świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego opartych na społeczności lokalnej (jak omówiono w sekcji 7.3 *Świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego oparte na społeczności*).

Szpitale ogólne odgrywają wieloaspektową rolę w systemie zdrowia psychicznego, która może obejmować następujące elementy:

- **opiekę ambulatoryjną** w celu diagnozowania i leczenia osób w każdym wieku (w tym dzieci i osób starszych) wykazujących złożone, odporne na leczenie i ciężkie objawy, których nie można leczyć w ramach podstawowej opieki zdrowotnej;
- **krótkoterminową opiekę szpitalną** dla doświadczających ciężkich epizodów lub kryzysów zdrowia psychicznego osób, które mogą odnieść korzyść z hospitalizacji. Może się to odbywać przy wykorzystaniu szpitalnych oddziałów ratunkowych, lub gdy zasoby są bardzo ograniczone, przy wykorzystaniu łóżek psychiatrycznych na oddziałach ogólnych;
- **wsparcie udzielane niespecjalistom** w podstawowej opiece zdrowotnej poprzez szkolenia, nadzór wspierający i mentoring;

- **wsparcie opieki długoterminowej** sprawowanej nad żyjącymi w społeczności osobami cierpiącymi na przewlekłe zaburzenia psychiczne w sytuacji, gdy funkcjonujące środowiskowe służby ds. zdrowia psychicznego nie są w stanie zapewnić takim osobom wystarczającej pomocy;
- **łącznikową opiekę psychiatryczną** dla osób hospitalizowanych z powodu problemów ze zdrowiem fizycznym;
- **mobilne zespoły** zapewniające świadczenia środowiskowe lub kryzysowe w społeczności.

Świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego zapewniane w szpitalach ogólnych są zazwyczaj akceptowane przez społeczność. Te istniejące w ośrodkach miejskich w dużych dzielnicach mogą być trudno dostępne dla odległych społeczności, ale są znacznie dostępnejsze i zdecydowanie lepsze niż instytucje psychiatryczne.

*Świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego zapewniane w szpitalach ogólnych są dostępnejsze niż instytucje psychiatryczne.*

Doświadczenie pokazuje, że możliwe jest zapewnienie wysokiej jakości opieki nad zdrowiem psychicznym w szpitalach ogólnych i że może ona uzupełniać inne świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego oparte na społeczności lokalnej (zob. ramka 7.12 *Republika Dominikańska: przyznanie szpitalom regionalnym głównej roli*). Na przykład w Brazylii świadczenia szpitalne są uzupełnieniem lokalnych centrów zdrowia psychicznego w danej społeczności dzięki rezerwowaniu ograniczonej liczby łóżek specjalnie dla osób skierowanych, zwykle ze względu na sytuację kryzysową, w jakiej się znajdują, lub z powodu współistniejących chorób, które wymagają zarówno opieki psychiatrycznej, jak i medycznej. Tylko pracownicy centrów zdrowia psychicznego w danej społeczności mogą poprosić o takie łóżko, co zapobiega niewłaściwemu wykorzystaniu i niepotrzebnym hospitalizacjom (500).

W Brazylii i poza nią kraje pokazały, że świadczenia szpitalne mogą być zapewniane w sposób nieprzymusowy, z poszanowaniem autonomii i preferencji pacjenta dotyczących leczenia oraz przy wsparciu jego powrotu do zdrowia (500).

**STUDIUM PRZYPADKU**

RAMKA 7.12

**Republika Dominikańska: przyznanie szpitalom regionalnym głównej roli**

Republika Dominikańska prowadzi reformę systemu opieki nad zdrowiem psychicznym od 2014 roku. Od początku nadrzędnym celem krajowego planu dotyczącego zdrowia psychicznego, który ma wsparcie na poziomie politycznym i prawodawczym i podlega nadzorowi Ministerstwa Zdrowia Publicznego, jest zamknięcie jedyne w kraju szpitala psychiatrycznego przy jednoczesnym rozbudowaniu sieci świadczeń opartych na społeczności lokalnej, obejmujących świadczenia kliniczne i wsparcie w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej, a także ośrodki dzienne i usługi mieszkalnictwa wspomaganego w celu wsparcia procesu rehabilitacji psychospołecznej.

Oddziały specjalizujące się w zdrowiu psychicznym prowadzone w szpitalach ogólnych odgrywają kluczową rolę w realizacji krajowych planów reformy w zakresie zdrowia psychicznego. Te jednostki interwencji kryzysowej zostały stworzone w odpowiedzi na zamknięcie szpitala psychiatrycznego, początkowo dla obszaru metropolitalnego stolicy, a następnie również dla reszty kraju. Obecnie jednostki te obsługują wszystkie osoby z zaburzeniami psychicznymi, którym nie można zapewnić odpowiedniego leczenia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

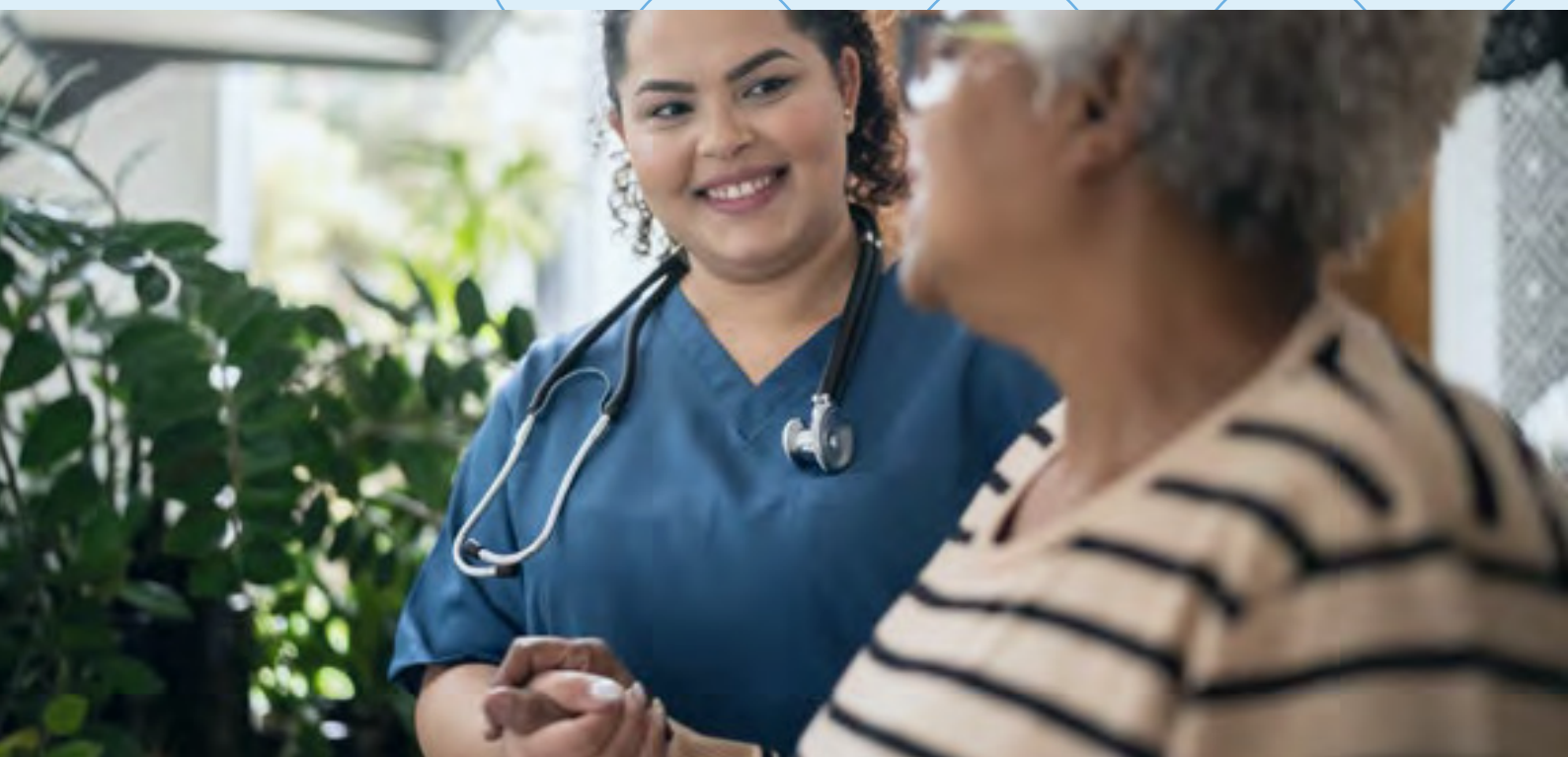
Jednostki szpitalne zapewniają:

- świadczenia kryzysowe, w tym w razie potrzeby łóżka na pobyty krótkoterminowe;
- ambulatoryjną opiekę psychiatryczną i psychologiczną dla osób, które zostały wypisane ze szpitala, ale nie zostały jeszcze skierowane do przychodni; oraz
- łącznikową psychiatrię i psychologię zdrowia z innymi świadczeniami szpitalnymi.

Szpitalne oddziały specjalizujące się w zdrowiu psychicznym są ściśle powiązane z placówkami zarówno podstawowej, jak i specjalistycznej opieki zdrowotnej, zapewniając podstawę dla systemu skierowań, który obejmuje wszystkie trzy poziomy opieki.

Od 2008 r. liczba oddziałów specjalizujących się w zdrowiu psychicznym w szpitalach rejonowych wzrosła z 9 do 15, a liczba dostępnych krótkoterminowo łóżek – z 76 do 113. Ogólnie oddziały te stanowią ponad połowę (53%) wszystkich łóżek dla osób z zaburzeniami psychicznymi dostępnych w sektorze publicznym w kraju, w porównaniu z 33% w 2008 roku.

Źródła: PAHO, komunikacja osobista, styczeń 2022; Ministerio de Salud, 2019 (501); WHO, 2021 (454).



## 7.3 Świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego oparte na społeczności

Świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego oparte na społeczności, takie jak świadczenia w szpitalach ogólnych, są częścią systemu opieki specjalistycznej i – w porównaniu z instytucjami psychiatrycznymi – przynoszą lepsze wyniki (426).

Świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego oparte na społeczności to zróżnicowany zbiór świadczeń obejmujących opiekę kliniczną i wsparcie kliniczne, rehabilitację psychospołeczną i usługi mieszkaniowe, jak opisano w poniższych sekcjach.

Odgrywają one istotną rolę w realizowaniu świadczeń interwencyjnych w celu zapewnienia opieki i wsparcia w domach pacjentów lub w przestrzeni publicznej, a także w celu rozpowszechniania informacji na temat zdrowia psychicznego oraz angażowania w działania profilaktyczne i promocyjne w zakresie zdrowia psychicznego.

### 7.3.1 Centra zdrowia psychicznego i zespoły ds. zdrowia psychicznego organizowane w danej społeczności

Opiekę kliniczną i wsparcie kliniczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym świadczenia

kryzysowe i interwencyjne, często zapewnia się za pośrednictwem centrów zdrowia psychicznego i zespołów ds. zdrowia psychicznego w danej społeczności, ale można je też zapewnić w punktach drop-in. We wszystkich przypadkach centra zdrowia psychicznego i zespoły ds. zdrowia psychicznego organizowane w danej społeczności mogą zapewniać kontakt z usługami wsparcia rówieśniczego (zob. *sekcja 7.3.2 Usługi wsparcia rówieśniczego*).

### Centra zdrowia psychicznego organizowane w danej społeczności

W wielu krajach centra zdrowia psychicznego organizowane w danej społeczności stanowią podstawę opieki środowiskowej. Centra te są zazwyczaj obsługiwane przez wielodyscyplinarne zespoły i muszą współpracować z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, lokalnymi szpitalami i organizacjami spoza sektora zdrowia (zob. *ramka 7.13 Peru: kompleksowa opieka środowiskowa nad zdrowiem psychicznym*).



## STUDIUM PRZYPADKU

RAMKA 7.13

**Peru: kompleksowa opieka środowiskowa nad zdrowiem psychicznym**

W 2013 r. Ministerstwo Zdrowia Peru oszacowało, że zaburzenia psychiczne były bardzo rozpowszechnione, ale jednocześnie niewiele osób miało dostęp do potrzebnej opieki. Tak rozpoczęto serię reform służących zapewnieniu wszystkim dostępu do opieki nad zdrowiem psychicznym. Po wprowadzeniu postępowego prawodawstwa mającego na celu włączenie opieki nad zdrowiem psychicznym do krajowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych oraz zabezpieczenie praw osób z zaburzeniami psychicznymi, organy ds. zdrowia publicznego przyjęły wielotorowe podejście do wdrażania kompleksowej opieki środowiskowej w całym kraju (zob. rysunek).

Podstawowym elementem podejścia w Peru jest sieć centrów zdrowia psychicznego w danej społeczności, która w latach 2015–2021 wzrosła dziewięciokrotnie, obejmując swoim zasięgiem wszystkie regiony. W każdym z takich centrów pracuje wielodyscyplinarny zespół, który obsługuje populację około 100 000 osób, zapewniając leczenie i rehabilitację w zakresie zdrowia psychicznego dorosłych, młodzieży i dzieci. Centra organizują działania społeczne obejmujące promocję zdrowia psychicznego i inicjatywy profilaktyczne. Wspierają również świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej poprzez szkolenia i pomoc techniczną.

Uzupełnieniem centrów zdrowia psychicznego w danej społeczności jest 30 oddziałów specjalistycznych w szpitalach ogólnych i 55 mieszkań chronionych (*hogares protegidos*), które zapewniają zakwaterowanie i całodobową opiekę osobom o stosunkowo wysokich potrzebach pod względem wsparcia lub dysponujących słabym systemem wsparcia rodzinnego, a także kobietom będącym ofiarami przemocy domowej. Oddziały specjalistyczne w szpitalach ogólnych oferują jedynie krótkoterminową hospitalizację.

Łącznie centra zdrowia psychicznego w danej społeczności, mieszkania chronione i oddziały specjalistyczne w szpitalach ogólnych umożliwiają osobom, które w innym przypadku zostałyby umieszczone w szpitalu

psychiatrycznym, pozostanie w ich lokalnej społeczności. Placówki te odgrywają zatem ważną rolę w zapewnieniu dostępnej i akceptowalnej opieki nad zdrowiem psychicznym.

Ministerstwo Zdrowia planuje dalszą rozbudowę sieci, aby zapewnić wszystkim dostęp do kompleksowej opieki środowiskowej w zakresie zdrowia psychicznego.

RYSUNEK

**Rozwój opieki nad zdrowiem psychicznym w Peru w latach 2014–2020.****ZASOBY LUDZKIE**

	2014	2020
Liczba pracowników na 100 000 mieszkańców		
• Zasoby ludzkie ogółem	12,4	28
• Psychiatra	0,8	4
• Psycholog	5,1	19
• Pielęgniarka zajmująca się zdrowiem psychicznym	6,1	3,9

**ŚWIADCZENIA OPARTE NA SPOŁECZNOŚCI LOKALNEJ**

	2015	2021
• Centra zdrowia psychicznego organizowane w danej społeczności	23	208
• Mieszkania chronione	6	55

**WYDATKI NA ZDROWIE PSYCHICZNE**

	2014	2020
• Udział w całkowitych wydatkach rządowych na opiekę zdrowotną w %	0,3%	2,3%

Źródło: Ministerio de Salud, 2021 (502). Źródło danych z rysunku: Atlas zdrowia psychicznego, WHO, niepublikowane dane surowe, 2014 i 2020.

Centra zdrowia psychicznego w danej społeczności mogą zajmować się szeregiem zaburzeń psychicznych u dorosłych, dzieci i młodzieży. Ich struktura może się różnić w zależności od kraju, ale zazwyczaj pełnią one wieloaspektową rolę we wspieraniu pacjentów (zob. rys. 7.4). W takich centrach pacjenci zwykle mogą otrzymać pomoc w stanach ostrych lub nawrotach utrudniających funkcjonowanie, mogą też zostać przyjęci na krótki pobyt. Przyjęcia mogą mieć także charakter opieki wytchnieniowej. Pacjenci mogą uczęszczać do centrum w ciągu dnia na regularne badania kontrolne i otrzymywać opiekę medyczną lub psychologiczną w formie świad-

czeń dziennych czy też brać udział w terapiach grupowych i programach powrotu do zdrowia.

Często centra zdrowia psychicznego w danej społeczności oferują również przestrzenie i działania mające na celu wspieranie uczestnictwa pacjentów w życiu społeczności (503). Na przykład w Brazylii każde centrum posiada część wspólną do spotkań, interakcji i spożywania posiłków, a także pokoje do indywidualnego doradztwa i sale do zajęć grupowych. Niektóre centra organizują też zajęcia i wydarzenia dla społeczności lokalnej, wykorzystując przestrzeń publiczną, np. parki, domy kultury lub muzea.

RYS. 7.4

## Przykłady świadczeń, które mogą być realizowane przez centra zdrowia psychicznego w danej społeczności

### LECZENIE

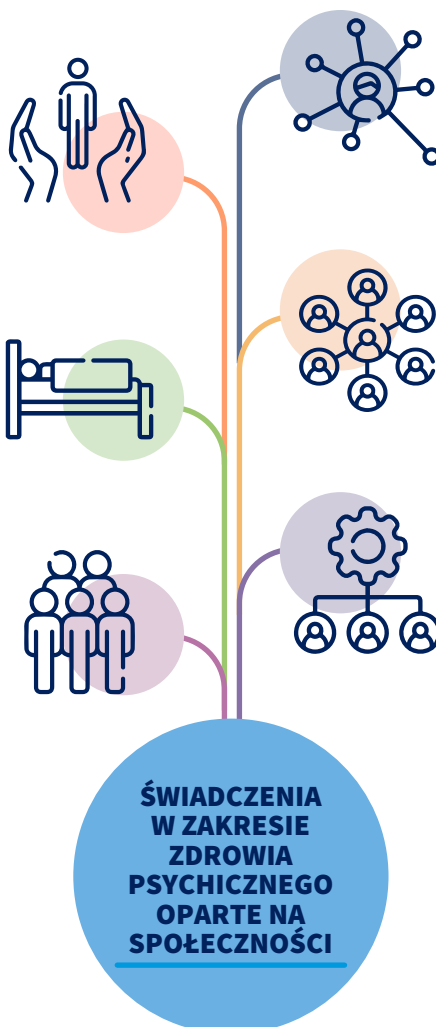
- Konsultacje
- Terapie indywidualne i grupowe
- Wsparcie w kontynuacji leczenia
- Opieka dzienna
- Wizyty domowe
- Leki (przepisywanie i dostarczanie)

### OPIEKA CAŁODOBOWA

- Krótkoterminowa opieka w nagłych wypadkach

### DZIAŁANIA ŚRODOWISKOWE

- Kampanie uświadamiające
- Szkolenia



### KOORDYNACJA

- Na różnych poziomach i w różnych środowiskach opieki zdrowotnej
- Z partnerami społecznymi w zakresie mieszkalnictwa i wsparcia społecznego

### WŁĄCZENIE SPOŁECZNE

- Wydarzenia społeczne i kulturalne
- Działania edukacyjne
- Działalność gospodarcza

### GRUPY WSPARCIA

- Grupy wsparcia rówieśniczego
- Grupy wsparcia dla rodzin
- Grupy wsparcia dla opiekunów

## Zespoły ds. zdrowia psychicznego w danej społeczności

W niektórych krajach świadczenie środowiskowej opieki klinicznej i wsparcia odbywa się za pośrednictwem zespołów ds. zdrowia psychicznego w danej społeczności. Zespoły te mogą pracować w różnych placówkach, takich jak szpitale ogólne, poradnie podstawowej opieki zdrowotnej lub centra zdrowia organizowane w danej społeczności. Mogą istnieć różne zespoły dla różnych grup wiekowych. Mogą one też zapewniać świadczenia w środowiskach niezwiązanych z opieką zdrowotną, takich jak więzienia, a w razie potrzeby mogą oferować opiekę domową.

Członkowie zespołu ds. zdrowia psychicznego w danej społeczności współpracują, aby zaspokoić różnorodne potrzeby osób cierpiących na zaburzenia psychiczne. Wypełniają lukę między opieką świadczoną przez lekarzy pierwszego kontaktu w ramach podstawowej opieki zdrowotnej a opieką szpitalną. Pomagają pacjentom unikać hospitalizacji w kryzysowych momentach.

Zespoły ds. zdrowia psychicznego mogą również przeprowadzać specjalistyczne wczesne interwencje dla osób w stanie klinicznym wskazującym na wysokie ryzyko rozwoju psychozy, często łącząc opiekę domową z udziałem rodziny i przyjaciół (zob. *ramka 7.14 Świadczenia dla osób z pierwszym epizodem psychozy*). W krajach o wysokim dochodzie specjalistyczna wczesna interwencja w przypadku psychozy staje się standardem. Ekspertki sugerują, że tego rodzaju działania zapobiegawcze można zaadaptować do uwarunkowań właściwych dla krajów o niskich i średnich dochodach poprzez włączenie zasad i elementów terapeutycznych wczesnej interwencji do

funkcjonujących w tych krajach świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego (504, 505).

W zależności od dostępnych zasobów zespoły mogą być duże i w pełni wielosektorowe, składając się np. z psychiatry, psychologa, pielęgniarki psychiatrycznej, pracownika socjalnego i terapeuty zajęciowego, lub mogą być znacznie mniejsze i składać się z jednego lub dwóch specjalistów ds. zdrowia psychicznego, którzy koncentrują się na konkretnych świadczeniach.

Zespoły ds. zdrowia psychicznego w danej społeczności jako służby specjalistyczne i skoncentrowane na konkretnych obszarach mogą pełnić różne istotne funkcje w ramach sieci świadczeń opartych na społeczności. Do ich zadań mogą należeć:

- szkolenie, nadzorowanie i wspieranie niespecjalistycznych świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej;
- świadczenie interwencji klinicznych na rzecz osób, które doświadczają zaburzeń zbyt złożonych, aby można się było nimi zająć w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, ale które niekoniecznie wymagają hospitalizacji; oraz
- prowadzenie działań prewencyjnych i promocyjnych w ich rejonie.

W niektórych krajach, gdzie podstawowa opieka zdrowotna prowadzona jest przez pielęgniarki, które nie mogą przepisywać leków psychotropowych, ważną funkcją zespołów ds. zdrowia psychicznego w danej społeczności może być zapewnienie wstępnej diagnozy i usług przepisywania leków, co przyczynia się do zapobiegania wizytom w szpitalu (zob. *ramka 7.15 Zespoły ds. zdrowia psychicznego w społeczności w Gruzji*).



## STUDIUM PRZYPADKU

RAMKA 7.14

### Świadczenia dla osób z pierwszym epizodem psychozy

W ciągu ostatnich trzech dekad zaczęto wdrażać oparte na dowodach programy wczesnego zapobiegania psychozie i programy interwencyjne dla nastolatków i młodych dorosłych doświadczających pierwszego epizodu psychozy. Pionierem w tym względzie była Australia, ale również w innych krajach o wysokim dochodzie na całym świecie uruchomiono szereg świadczeń w odniesieniu do wczesnej psychozy. Takie świadczenia są zazwyczaj dostępne 24 godziny na dobę, siedem dni w tygodniu, z możliwością skierowania z dowolnego źródła i jednym telefonicznym punktem kontaktowym.

Pierwszy etap opieki obejmuje bezpośrednią diagnozę młodej osoby. Spotkanie odbywa się zwykle w domu młodej osoby z udziałem rodziny, przyjaciół i innych osób wspierających, aby spróbować zrozumieć, co się dzieje i jakiego rodzaju wsparcia potrzebuje ta młoda osoba.

Następnie wielodyscyplinarny zespół zapewnia intensywną opiekę domową w ramach zarządzania przypadkiem. Opieka w domu umożliwia przyjaciołom i rodzinie pomoc młodej osobie stosowną do potrzeb, a specjaliści ds. zdrowia psychicznego zapewniają regularne wsparcie.

Interwencje psychospołeczne różnią się w zależności od potrzeb danej osoby. Na przykład, w miarę postępów w zdrowieniu, doradztwo może pomóc młodej osobie w nauce praktycznych sposobów zapobiegania kolejnym epizodom, takich jak radzenie sobie ze stresem i rozpoznawanie wczesnych sygnałów ostrzegawczych. Leczenie obejmuje również pracę z daną osobą, aby ustalić, co jest dla niej ważne w procesie zdrowienia. Może to oznaczać powrót do szkoły, znalezienie pracy lub zakwaterowania, uzyskanie wsparcia finansowego czy też nawiązanie nowych znajomości. Do osiągnięcia tych celów wykorzystuje się doradztwo indywidualne, zajęcia grupowe i terapie oparte na aktywności.

Chociaż nacisk kładzie się na świadczenia środowiskowe, czasem część leczenia obejmuje pobyt w szpitalu w trakcie epizodu psychozy, zanim możliwe będzie kontynuowanie opieki domowej. Opieka całodobowa jest świadczona w miejscu przyjaznym dla młodzieży i w większości przypadków jest jedynie krótkoterminowa.

Źródło: Orygen Youth Health, 2021 (506).

Zespoły ds. zdrowia psychicznego w danej społeczności są zazwyczaj mobilne, dzięki czemu mogą dotrzeć do różnych placówek na danym obszarze. To z kolei częściowo zmniejsza obciążenie finansowe pacjentów, a tym samym zachęca ich do podejmowania leczenia wymagającego stałej opieki.

Jest to szczególnie ważne na obszarach wiejskich, gdzie na przykład dostęp do lokalnej przychodni może być stosunkowo łatwy, podczas gdy dostęp do najbliższego szpitala może być zbyt trudny lub kosztowny.

Świadczenia zapewniające przez zespoły ds. zdrowia psychicznego w danej społeczności niekoniecznie są dostępne przez całą dobę i każdego dnia, co może być dla niektórych osób niedogodne, jednak zazwyczaj są one realizowane w oparciu o umówione wizyty w wyznaczone dni.

Obecność takich zespołów ds. zdrowia psychicznego w danej społeczności może przyczynić się do znacznego zmniejszenia liczby osób wymagających opieki szpitalnej, a inwestowanie w ten poziom opieki jest często opłacalne i pomaga zapobiec przeciążeniu szpitali.

## STUDIUM PRZYPADKU

RAMKA 7.15

### Zespoły ds. zdrowia psychicznego w społeczności w Gruzji

W Gruzji zespoły ds. zdrowia psychicznego zapewniają świadczenia na poziomie specjalistycznym mające na celu opiekę nad dorosłymi z poważnymi zaburzeniami psychicznymi w pobliżu ich miejsca zamieszkania.

Każdy zespół przyjmuje skierowania z ambulatoryjnych centrów zdrowia psychicznego, jeśli u danej osoby zdiagnozowano zaburzenie psychiczne i jeśli osoba ta spełnia określone kryteria (np. kilka wcześniejszych hospitalizacji). Następnie zespoły zapewniają szereg świadczeń w zakresie leczenia i rehabilitacji.

W całym kraju działają 32 zespoły ds. zdrowia psychicznego organizowane w społeczności, które obsługują 28 lokalizacji. Zespoły pracują w mobilnych gabinetach i zapewniają opiekę nad zdrowiem psychicznym osobom dorosłym (w wieku co najmniej 18 lat) na podstawie ich świadomej zgody. Pacjenci mogą odwiedzać mobilne gabinety, aby skonsultować się z psychiatrą, dokonać przeglądu przepisanych leków psychotropowych lub odnowić receptę na takie leki czy też aby uzyskać podstawową psychoedukację i dostęp do wsparcia psychospołecznego w rozwiązywaniu problemów społecznych.

Zespoły ds. zdrowia psychicznego w społeczności w Gruzji mają charakter wielodyscyplinarny i składają się z co najmniej trzech specjalistów. Jeden z członków pełni funkcję lidera zespołu i nadzoruje całościowy przebieg pracy. W skład zespołu wchodzi obowiązkowo psychiatra, a pozostałymi członkami mogą być pracownicy socjalni, psychologowie, pielęgniarki lub lekarze stażyści.

W latach 2015–2022 odnotowano wzrost liczby zespołów ds. zdrowia psychicznego w społeczności w Gruzji z 3 w Tbilisi do 32 w różnych okręgach kraju. Cała sieć zespołów ds. zdrowia psychicznego w społeczności obejmuje 33 psychiatrów i 66 pomocniczych specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego zapewnia opiekę środowiskową nad zdrowiem psychicznym na rzecz populacji Gruzji liczącej ponad 3,7 miliona osób.

Ten rozwój był możliwy dzięki nadaniu przez Ministerstwo Zdrowia priorytetu opiece środowiskowej nad zdrowiem psychicznym, w tym dwunastokrotnemu zwiększeniu budżetu przeznaczanego na zespoły ds. zdrowia psychicznego w danej społeczności.

Źródła: E. Chkonia, G. Geleishvili i N. Makhashvili, Gruzja, komunikacja osobista, 2021–2022.

Często jeden z członków zespołu przyjmuje rolę koordynatora opieki lub psychologa prowadzącego, współpracując z poszczególnymi osobami w celu opracowania planów opieki.

Zespoły te mogą przyczynić się do zwiększenia liczby osób korzystających ze świadczeń w zakre-

sie zdrowia psychicznego oraz ich zadowolenia z jakości tych świadczeń. Poprawiają też ciągłość i elastyczność opieki. Co więcej, osoby objęte opieką zespołów znacznie rzadziej trafiają do szpitala lub korzystają z usług opieki społecznej niż osoby korzystające ze standardowej opieki w zakresie zdrowia psychicznego (507).