

Modele środowiskowej pomocy psychiatrycznej w Polsce i na świecie

Rys historyczny - droga od azylu do środowiska

Historia opieki psychiatrycznej rozpoczęła się w czternastowiecznej Anglii. Od 1377 roku w szpitalu publicznym pod nazwą „Bethlem Royal Hospital” w Londynie zaczęto przyjmować pacjentów z chorobą psychiczną. Tam otaczano ich opieką i leczono na miarę ówczesnych możliwości. Przez wiele lat i stuleci to było jedyne miejsce schronienia dla osób doświadczających kryzysu psychicznego, stąd określano to miejsce jako azyl (asylum - przytułek). Pod koniec dziewiętnastego wieku w Anglii zaczęto budować z dala od większych miast „zakłady dla umysłowo i nerwowo chorych” według koncepcji samowystarczalnych miast-ogrodów, z miłą dla oka zabudową, w których kluczową rolę odgrywały obszary zielone, parki, ogrody i lasy mające pomóc w powrocie do równowagi psychicznej.

Na terenach polskich w 1875 w Kulparkowie pod Lwowem powstał pierwszy tego typu szpital psychiatryczny, w którym byli leczeni pacjenci z całej ówczesnej wschodniej Galicji. Z zakładzie prowadzono własną uprawę roślin oraz hodowlę zwierząt, przy których w ramach terapii pracowali chorzy. Pod tym względem instytucja była samowystarczalna. W latach 1903 - 1917 roku wybudowano w Kobierzynie pod Krakowem podobnie funkcjonujący Zakład dla Umysłowo i Nerwowo Chorych dla pacjentów z zachodniej Galicji. W tamtych czasach szpital był uznawany za najbardziej nowoczesny w Europie.

Wspomnienia Janiny Sroki - pracującej w szpitalu kobierzyńskim od 1934 roku w roli salowej i pielęgniarki do późnych lat siedemdziesiątych - opublikowane w książce Krystyny Rożnowskiej „Można oszaleć” (2017 Kraków, WAM) pozwalają zrozumieć rolę szpitala psychiatrycznego, jako „azylu” - schronienia i miejsca życia dla osób z chorobą psychiczną.

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

„W tamtych czasach wstydzono się chorych psychicznie, krewni chowali ich przed ludźmi, czasami zamykali. Bywało, że latami trzymali ich w stajni, w klatce czy komórce, jak zwierzęta. Przywożono do nas chorych w strasznym stanie, wyniszczonych, brudnych, zawszonych. By ich uspokoić, nalewało się w łazience ciepłej wody do wanny i godzinami się ich trzymało, pilnując przez cały czas. Oprawione w drewno termometry wskazywały temperaturę wody, kiedy już była chłodna, dolewało się ciepłej. Był to wówczas jedyny sposób postępowania z pacjentami w szale. Proszę sobie wyobrazić trzech czy czterech chorych w wannach (tyle wanien było w łazience), rękami i nogami rozbryzgujących wodę. Jak sobie z nimi poradzić? A nie wolno było nikogo z nich uderzyć, za to zwalniano z pracy. Raz pacjentka tak mnie pobiła, że dwa tygodnie chorowałam, porwała na mnie fartuch, sukienkę, inna znów wyrwała mi pęk włosów z głowy, bo ubzdurała sobie, że jestem kochanką jej męża. Trzeba było wszystko ścierpieć, cóż ona jest winna? To choroba.”

Słowa Janiny Sroki dosadnie odzwierciedlają dawną rzeczywistość, że osoby w kryzysie psychicznym często były traktowane, jak zwierzęta. Obawiano się ich „obłądu” i „szału”. Panowało przekonanie, że „wariaci byli groźni”, więc trzeba ich izolować i trzymać w zamknięciu. Dlatego zakład dla umysłowo i nerwowo chorych był azyłem w podwójnym znaczeniu, jako sposób ochrony chorych przed społeczeństwem i społeczeństwa przed chorymi. Osoby w kryzysie psychicznym spotykały się z opieką w zaniedbaniu oraz wyrozumiałością dla ich krzyku z bólu i agresji z lęku.

„Drugim sposobem leczenia była praca. Każdy sprawny chory, z którymi można było nawiązać kontakt, pracował w warsztatach szpitalnych... Prawie wszyscy chorzy pracowali, to było świetne lekarstwo.” Chorzy, po uwzględnieniu ich stanu zdrowia i zgodnie z zamiłowaniem, byli angażowani do różnych zadań, pracowali więc w ogrodzie, w parku, w polu, w drukarni lub introligatorni, w warsztatach: tkackim, szewskim, stolarskim, krawieckim, a

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

kobiety także w kuchni. Pacjentki zajmowały się też wyrabianiem guzików, haftem, koronkami oraz szyciem. Te zajęcia miały praktyczny i użyteczny charakter. Wspólna praca dawała poczucie bycia potrzebnym we wspólnocie.

„W soboty i niedziele, popołudniami, pacjenci i służba szpitalna urządzali wspólne zabawy. Bo personel mieszkał przecież tu, na miejscu, w obiektach wzniesionych dla pracowników. W budynku specjalnie przeznaczonym na teatr odbywały się występy zespołu teatralnego szpitala i prezentacje zaproszonych grup. Razem z chorymi przygotowywaliśmy sztuki na scenę, lekkie, zabawne przedstawienia, a raz w roku jasełka.”

„Mieliśmy własną orkiestrę, jeden zespół muzyczny tworzyli pacjenci, w drugim była także służba szpitalna. Niektórzy lekarze grali na fortepianie, były tańce, śpiewy... Chorzy też potrafia się bawić. W dużej sali teatralnej ustawiali się muzykanci, zwykle była to orkiestra złożona z pacjentów i salowych. Grali i wtedy zaczynały się tańce. .. Nawet chorzy z obniżonym nastrojem na zabawach ożywiali się, tańczyli, zalecali do siebie. Trzeba było ich pilnować, by nie przebrali miarki, bo przecież to byli mężczyźni i kobiety.”

Wspólna praca, zabawa i świętowanie było terapią poprzez uczestnictwo w życiu społecznym, konkretnie społeczności chorych i personelu szpitala. Razem tam mieszkali i pracowali, tworzyli wspólnotę życia.

„W tamtych czasach lekarze mówili, że choroba psychiczna jest chorobą duszy. Inne były treści urojeń, bo inny był świat. Wielu chorych utrzymywało, że są świętymi, może dlatego, że ludzie byli bardziej religijni, dużo też było urojeń na tle miłości czy zazdrości... Alkoholików jeszcze wtedy nie leczono. Przeważały psychozy, często na tle zmian pourazowych mózgu, schizofrenii też było niemało. Niewiele wiedziano o przyczynach chorób psychicznych, zresztą dotąd psychiatria bywa często bezradna wobec ludzkiego cierpienia.”

Wyłączną odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

„Z początku nie mieliśmy leków, poza wzmacniającymi, nasercowymi czy neurotoniną, ani nawet kaftanów bezpieczeństwa czy pasów, toteż zdarzało się, że chorzy demolowali sale, personel był atakowany, szyby powybijane. Dopiero tuż przed wojną wprowadzono pasy. Nie, to nie były, Boże broń, pasy do bicia. Metoda ta polegała na uspokojeniu chorego za pomocą mokrych prześcieradeł, którymi owijano go jak mumię i pozostawiano na dwie godziny, okrywając poduszkami, by się nie przeziębził.”

„W latach pięćdziesiątych zakonnice zastępowano pielęgniarkami świeckimi, do 1953 roku zwolniono wszystkie, ale potem, gdy przyszła „odwilż”, znów kilka przyjęto. Dawna atmosfera surowej dyscypliny i poświęcenia dla chorych odchodziła powoli w zapomnienie. Pracę w szpitalu regulowały przepisy, pracownicy żądali swoich uprawnień, określenia obowiązków i robili tylko to, do czego byli zobowiązani. Choć wtedy jeszcze niektórzy nie liczyli godzin pracy, kiedy byli chorym potrzebni.”

„Zmieniały się metody leczenia. Już w pierwszych latach powojennych wprowadzono „szoki”, czyli wstrząsy elektryczne.... Efekt następował dość szybko: pacjent niespokojny zwykle uspokajał się, otepiały - budził, ten kto nie mógł mówić, wypowiadał parę zdań, ale zazwyczaj wszyscy znów stopniowo wracali do poprzedniego stanu.”

„W leczeniu zaczęła dominować farmakoterapia. Dzisiaj stawia się prawie wyłącznie na leki, inne metody terapii zarzucono, choć nie wiem, czy słusznie...”

„Lubię tych moich chorych .. Współczuję im, chciałabym zmniejszyć im cierpienie. Przebywając tu, z czasem stają się coraz bardziej samotni, bo rodzina zwykle o nich zapomina, niektórzy wstydzą się psychicznie chorego krewnego. Matka bywa bardziej związana emocjonalnie z tak chorym dzieckiem i odwiedza je, dopóki starcza jej sił, ale dzieci przychodzą coraz rzadziej, wreszcie zupełnie o nich zapominają. I tak chorzy zostają do końca życia tylko z

Wyłączną odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.



Interreg
Polska-Słowacja
Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego



Mesto Svidnik



nami. Lekarze dawniej mówili, że pacjenci mają umysł dziecka, więc trzeba się nimi zajmować tak jak dziećmi...”

„Gdy tylko mam trochę czasu, zawsze chętnie rozmawiam z chorymi, opowiadają mi tak dziwne historie, że zdrowy człowiek z trudem je pojmuje. Trzeba dobrze natężyć wyobraźnię, by przyswoić sobie to, o czym mówią. I nie można pozostawić ich samych, zwłaszcza tych, którzy mają myśli samobójcze. ... Pacjenci zwykle cieszą się z wizyt, ale niektórzy nawet nie chcą słyszeć o opuszczeniu szpitala. Wszyscy jednak odczuwają swoje osamotnienie, inność i izolację. Może tylko chronicznie chorzy pozostają obojętni, choć kto wie... Trzeba umieć w każdej sytuacji pocieszyć chorego, nie wolno go zbywać. Oni, jak dzieci, instynktownie odczuwają życzliwość, lgną do niego, kto jest dla nich serdeczny”

„Znam takich, którzy mówią, że mnie zawdzięczają zdrowie, a przecież wyleczyli ich lekarze. Nie wiadomo co czasem może pomóc choremu, zdarza się, że jakieś słowa czy gesty stają się lekarstwem. Odwiedził mnie kiedyś dawny pacjent i powiedział, że jedno zdanie z jakiejś książki, którą mu czytałam, rozjaśniło mu umysł. Może przeczytałam je w porę, gdy już działały leki? Nie pamiętam nawet, jaką myśl zawierało, wiem tylko, że trzeba dużo z chorym rozmawiać, przebywać z nim...”

Osobiste wspomnienia i wyznania Janiny Sikory ukazują proces przemian w opiece psychiatrycznej na przykładzie szpitala psychiatrycznego w Kobierzynie oraz wskazują na istotną, wręcz kluczową rolę życzliwego i uważnego kontaktu z osobą doświadczającą kryzysu psychicznego. Leki przynoszą ulgę poprzez usunięcie objawów. Z medycznego punktu widzenia to jest wyleczenie. Tymczasem do pełnego wyzdrowienia, dobrostanu psychicznego, potrzebny jest jeszcze kontakt osobowy i życie wśród ludzi.

Stanisława Lebica - przełożona pielęgniarek w kobierzyńskim szpitalu - opisała początek rozwoju psychiatrii środowiskowej w Krakowie (patrz KR „Można oszaleć”).

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

Referat opracowany w ramach mikroprojektu finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Współpracy Transgranicznej Interreg V-A Polska-Słowacja 2014-2020

W latach siedemdziesiątych zaszły duże zmiany w polskiej psychiatrii, niektórzy nazywali ją rewolucją - rozpoczął się powrót pacjentów szpitali psychiatrycznych do społeczeństwa. Oczywiście tych, którzy poza lecznicą mogli w miarę normalnie funkcjonować. Zauważono bowiem, że długi pobyt w szpitalu w warunkach przecież nienaturalnych, gdzie każdy dzień ma podobny przebieg i rytm, a pacjenci są zwolnieni z jakichkolwiek obowiązków, czyni z nich osoby niesamodzielne, bezradne, oderwane od rzeczywistości, nieumiejące egzystować nawet wtedy, gdy stan ich zdrowia psychicznego się poprawia. Przebywając w szpitalu, znikają z życia społecznego, utykają w społecznej próżni, a ich kruche zazwyczaj relacje z bliskimi i środowiskiem zupełnie wygasają. A przecież efektem leczenia psychiatrycznego winien być właśnie powrót pacjenta do społeczeństwa.

Prawdziwy przełom w psychiatrii spowodowały pierwsze leki psychotropowe. Wyleczeni nimi pacjenci opuszczali szpital, jednak po pewnym czasie choroba zwykle wracała, więc znów trzeba było ich przyjmować, a kolejne leczenie tym samym medykamentem nie było już tak skuteczne. Zaczął się okres zwany psychiatrią drzwi obrotowych.

W kobierzyńskim szpitalu zmiany rozpoczęły się od przyjęcia polsko-amerykańskiego programu psychiatrycznego, na którego wprowadzenie otrzymano środki finansowe. Do pierwszego eksperymentu wytypowano pięciu chorych... przebywających w szpitalu od lat. Uczono ich prostych czynności niezbędnych w samodzielnym życiu: robienia zakupów, gotowania, prania, załatwiania spraw urzędowych. Po raz pierwszy zaczęto wyprowadzać pacjentów poza szpital, na spacer, do kawiarni, klubu czy do kina. Wypisywano ich też na przepustki do domu... (str. 73-75)

Organizowano też kilkudniowe wyjazdy pacjentów, pod opieką personelu, w góry albo do domów wczasowych. Udało się nawet znaleźć zatrudnienie dla kilku z nich, jeździli więc ze szpitala do pracy i zwykle okazywało się, że potrafią być dobrymi pracownikami. Zakładano

Wyłączną odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.



Interreg
Polska-Słowacja
Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego



Mesto Svidnik



hostele dla osób wychodzących ze szpitala: mieszkając w nich, uczyli się codziennych zajęć niezbędnych w samodzielnym życiu. Dla najlepiej przystosowanych do egzystowania poza szpitalem zabiegano o mieszkania, które nazwano chronionymi. Zamieszkiwało w nich po kilku osób - żyły tam samodzielnie, pod dyskretnym nadzorem psychologa czy pielęgniarki.

Takie zmiany wymagały też edukacji społecznej. Powołując się na statystyki, przekonywano, zwykle za pośrednictwem mediów, że chorzy psychicznie nie są bardziej niebezpieczni dla otoczenia niż ludzie uznani za normalnych, uczono tolerancji wobec nich i poszanowania ich godności.

W każdej dzielnicy i powiecie powstawały poradnie zdrowia psychicznego, zakładano oddziały dzienne, kluby pacjentów, szkolono pielęgniarki w opiece środowiskowej. Powstawały wówczas spółdzielnie chorych, szukano dla nich zatrudnienia, przekonując dyrektorów przedsiębiorstw i prezesów spółdzielni, że będą rzetelnymi pracownikami. Z jednej strony przełamywano opór pacjentów szpitala, obawiających się samodzielnego życia, a z drugiej - ludzi zdrowych, którzy nie chcieli przyjmować do swojego grona osób cierpiących kiedykolwiek na chorobę psychiczną. Z czasem również sami chorzy zaczęli zabiegać o swoje sprawy, tworzyli grupy wsparcia, kluby, warsztaty pracy twórczej.”

Model środowiskowej opieki psychiatrycznej na całym świecie jest w zarysie taki sam. W chwili wystąpienia ostrego kryzysu psychicznego osoba i jego rodzina otrzymują natychmiastowe wsparcie. Nawiązywany jest kontakt i w zależności od aktualnego stanu zdrowia psychicznego i możliwości dalsze leczenie jest prowadzone w warunkach domowych, mieszkania wspomaganego z łózkami kryzysowymi, względnie na oddziale stacjonarnym w szpitalu. Na leczenie składają się oddziaływania biologiczne, psychologiczne i społeczne według indywidualnych potrzeb. Celem jest nie tylko usunięcie objawów zaburzenia psychicznego, ale przywracanie lub poprawa jakości życia w więzi z innymi ludźmi i pełnieniem właściwych sobie

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

Referat opracowany w ramach mikroprojektu finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Współpracy Transgranicznej Interreg V-A Polska-Słowacja 2014-2020



Interreg
Polska-Słowacja
Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego



Mesto Svidnik



ról społecznych. Stąd opieka psychiatryczna zawiera także wsparcie rodziny, budowanie sieci społecznej, organizację czasu wolnego, naukę, rozwój kompetencji psycho-społecznych, wzmacnianie zaradności życiowej, aktywizację zawodową. W każdym kraju są inne uwarunkowania kulturowe, prawne, instytucjonalne, stąd różne rozwiązania organizacyjno-finansowe w ochronie zdrowia psychicznego. Od lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku wiadomo co należy zrobić, a tylko zawsze pozostaje aktualne pytanie, jak to osiągnąć w aktualnych czasach.

Z pozoru oczywisty fakt, że model kompleksowej, wielodyscyplinarnej, wielokierunkowej, środowiskowej opieki psychiatrycznej najlepiej odpowiada na potrzeby osób w i po kryzysie psychicznym oraz ich rodzinom, wcale nie zafunkcjonował systemowo w polskiej opiece psychiatrycznej i do dzisiaj jest wyzwaniem.

Rozpoczęte w latach siedemdziesiątych działania środowiskowe były raczej wyjątkiem od reguły. Obraz lecznictwa psychiatrycznego ilustruje reportaż NN pt. „Ludzie ludziom” z 1986 roku opisujący warunki panujące na oddziale psychiatrycznym szpitala w Kobierzynie. „Pacjenci... wychodzą z sal o szóstej rano i nie mają do nich wstępu do kolacji. Przez cały dzień, więcej niż trzydziestu, a może ponad czterdziestu chorych przebywa w jednym pomieszczeniu. Z jednej strony kilkoro zamkniętych drzwi do sal, z drugiej, także zamknięte, drzwi prowadzące na schody, parę krzeseł, stolików - to cała ich życiowa przestrzeń. Nie wychodzą na zewnątrz tygodniami, miesiącami, a niektórzy przez lata. Jakże monotonne muszą być ich dni, dzielone na segmenty tylko podawaniem leków i posiłków...” Na pytanie dziennikarki czemu przebywają na tym zatłoczonym korytarzu, a nie w Sali, pada odpowiedź pielęgniarki, żeby w dzień nie spali, bo co by robili w nocy. Opis spożywania posiłków jest następujący: „Jedzą. Przycupnęli, gdzie kto mógł, i siorbią zupę z metalowych misek. Jedni skulili się na łózkach, kilku siedzi na krzesłach, a miski oparli na kolanach lub postawili na kaloryferze”.

Wyłączną odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

Referat opracowany w ramach mikroprojektu finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Współpracy Transgranicznej Interreg V-A Polska-Słowacja 2014-2020

Ze wspomnieniami Janiny Sroki o wspólnych zabawach przy muzyce granej przez orkiestrę złożoną z pacjentów i personelu w czasach przedwojennych drastycznie kontrastuje scena z 1986 roku opisana przez dziennikarkę Krystynę Rożnowską w trakcie jej spotkania z pacjentami na oddziale. „Najlepiej zaśpiewajmy pani Czerwone maki. I zagrajmy. Ty, inżynier, na skrzypcach, Jacek na harmonii, a ja na puzonie... - rozdaje nieistniejące instrumenty. Wojtek układa duże ręce tak, jakby trzymał skrzypce. Jacek uniósł dłonie na wysokość piersi i rozłożył w bok niczym na harmonii. Dziadek przysuwa obie zwinięte ręce, pełniące teraz funkcję puzonu, do ust, a nogą wystukuje rytm. „Raz, dwa, trzy” - dyryguje zespołem, i każdy z nich, naśladując dźwięk odpowiedniego instrumentu, odtwarza melodię tej patriotycznej pieśni. Wypełniają urojoną muzyką gabinet, tłumiąc odgłosy dochodzące z korytarza. Oni już teraz nie przebywają w szpitalu psychiatrycznym, lecz gdzieś na estradzie, może na wiejskiej zabawie, czy weselu. Są rozbawieni i radośni.”

Psychiatrię drzwi obrotowych ilustruje następująca scena z reportażu Krystyny Rożnowskiej „Ludzie ludziom”.

„Pacjentka leży w pełnym słońcu oświetlającym przez otwarte okno jej cierpienie.

- Co się stało? - pytam.

Nie odpowiada, zatyka dłońmi usta i szlocha.

- Po co ja żyję? - wydusza z siebie po chwili. - Choruję od dziesięciu lat, ciągle tu wracam.

- Sama pani mieszka? - próbuję poprzez wspomnienia najbliższych jej osób zmotywować ją do życia.

- Nie, z matką, bratem i bratową, ale oni mnie nie lubią. Już mówiłam mamie, że chcę zamieszkać w pustym domu za wsią. Nie wrócę do nich ani nie chcę tu być. Nigdzie nie ma dla mnie miejsca, więc po co żyć? Po co żyć?

Jak jej odpowiedzieć? Co by dla niej mogło być zachętą do życia?

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.



Interreg
Polska-Słowacja
Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego



Mesto Svidnik



Nagle rzuca się na mnie, odsuwam się przerażona. Przyłgnęła do mnie i całuje moje policzki, ręce, przytula do nich swoją zapłakaną twarz, kurczowo trzymając mnie przy sobie. Siadam na brzegu jej łóżka, nie wiedząc, jak odpowiedzieć na ten nagły wybuch czułości. Uspokajam ją, głaszcząc po głowie. Przystaję płakać, przez chwilę patrzy w słońce, słucha moich słów. I choć tak nieumiejętnie przekonuję ją do życia, widzę, że chce uwierzyć w jego sens.

Przez salę przechodzi młody, przystojny lekarz, zatrzymuje się i rozmawia z chorymi. Jest powściągliwy w ruchach i obietnicach, lecz życzliwy i chyba lubiany przez pacjentki. Niektóre rzucają za nim żarliwe spojrzenia, brązowooka nie spuszcza z niego wzroku. Uwolniwszy się z uścisku spokojniejszej już chorej, podchodzę do niego i pytam o jej stan.

- To depresja popsychozy, chwila realnej oceny swojej sytuacji życiowej, braku perspektyw - stwierdza lakonicznie, odnajdując ją wzrokiem. - Trzeba będzie jej coś podać. - Wraca do dyżurki.

Pielęgniarka podaje jej lek, dziewczyna wkrótce zasypia, wzdycha przez sen. W słońcu skrzą się jej jasne włosy w tyłu barwach i odcieniach, ile mają ich nastroje ludzkiej duszy.”

Pacjentka ma potrzebę kontaktu i więzi, szuka nadziei odmiany życia, męczy się za sobą i ciężko jej w relacjach z bliskimi, czuje się nielubiana. W odpowiedzi na to lekarz podaje diagnozę nozologiczną z uzasadnieniem braku perspektyw. Zamiast nadziei i sensu ma do zaoferowania jedynie tabletki, po których pacjentka zasypia. Symbolicznie ta scena obrazuje funkcjonowanie psychiatrii biologicznej, która w latach dziewięćdziesiątych i późniejszych zdominowała opiekę psychiatryczną. Na wszystkie cierpienia i potrzeby psychiczne podaje się tabletkę, w takim lub innym kolorze. Starania reporterki, aby pocieszyć pacjentkę, podnieść ją na duchu, rozbudzić nadzieję i dać poczucie sensu życia okazują się płonne, bo nie może ona zaoferować trwałej więzi, poczucia przynależności, zbudować indywidualną rozmowę wieloosobowego oparcia społecznego, stworzyć warunki do doświadczenia poczucia sprawstwa w realizacji marzeń

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

Referat opracowany w ramach mikroprojektu finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Współpracy Transgranicznej Interreg V-A Polska-Słowacja 2014-2020

życiowych. Lekarz stara się pomagać realistycznie, na tyle, ile to jest możliwe, aby nie rozbudzać w pacjentce zbytnej nadziei, po której może przyjść jeszcze większe rozczarowanie i załamanie, a może nawet próba samobójcza. Uśpienie przez tak zwane „zalekowanie”, paradoksalnie jest pomocą, która jednak dla pacjentki nie ma sensu. Takie leczenie nie prowadzi do zdrowienia i godnego życia.

Psychiatria biologiczna, zbieżna z powszechnie panującym modelem medycznym, w którym lekarz jest ekspertem od diagnozowania chorób, wykonywania zabiegów i operacji, przepisywania leków usuwających objawy i przyczyny choroby. Rolą pacjenta jest wyrazić zgodę na zabiegi, zażywać leki i wykonywać inne zalecenia lekarskie. W ogólnokrajowych systemach organizacji i finansowania ochrony zdrowia, stosuje się ten model także do psychiatrii. Na całym świecie zdarza się, że politycy i urzędnicy kształtujący politykę zdrowotną w swoich krajach, nie rozumiejąc potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi i nie znając modelu bio-psycho-społecznego opieki psychiatrycznej dokonują rozszczepienia, że leczenie biologiczne, zwykle w formie farmakoterapii jest finansowane w ramach usług medycznych, zaś wsparcie psychospołeczne jest marginalizowane lub przekazywane do finansowania w innych resortach np. pomocy społecznej. Opieka psychiatryczna ograniczona do leczenia biologicznego nabiera charakteru „psychiatrii drwi obrotowych”. Pacjent z oddziału psychiatrycznego jest kierowany do poradni zdrowia psychicznego. Gdy leczenie polega jedynie na wizytach kontrolnych u lekarza, a pacjent nie ma naturalnego oparcia społecznego w swoim środowisku i nie zażywa regularnie leku, to szybko powtarza się kryzys psychiczny i pacjent wraca do szpitala na oddział stacjonarny. Tak dzieje się latami bez końca.

Raport Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dotyczący zdrowia psychicznego

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

Referat opracowany w ramach mikroprojektu finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Współpracy Transgranicznej Interreg V-A Polska-Słowacja 2014-2020

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w raporcie z 2001 roku pod tytułem “Zdrowie psychiczne: nowe rozumienie, nowa nadzieja” przyjmuje pozytywne rozumienie zdrowia psychicznego, jako dobrostanu, w którym człowiek realizuje swoje możliwości i potrafi poradzić sobie z różnorodnymi sytuacjami życiowymi, jest w stanie uczestniczyć w życiu społecznym oraz produktywnie pracować. Tym samym propaguje ideę, że zdrowie jest czymś więcej niż brakiem objawów chorobowych. Polityka zdrowotna państw i władz lokalnych powinna uwzględniać jednocześnie wymiar biologiczny, psychologiczny i społeczny w życiu jednostek i społeczeństw. Z racji użyteczności klinicznej, badawczej, prawnej, ubezpieczeniowej, administracyjnej opracowano Międzynarodową Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych, aktualnie w dziesiątej wersji (ICD-10) z listą zaburzeń psychicznych w rozdziale “F”.

Zgodnie ze współczesną wiedzą naukową, w odróżnieniu od wielu chorób somatycznych, zaburzenia psychiczne są uwarunkowane splotem czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych. Zaburzenia psychiczne charakteryzują się nie tylko odbiegającymi od normy procesami psychicznymi w sferze myślenia, emocji, motywacji i zachowania, ale także wiążą się z dużym cierpieniem psychicznym i zakłóceniem funkcjonowania w różnych sferach życia, osobistego, rodzinnego i społecznego. Stres i obciążenie zdrowotne, społeczne i ekonomiczne dotyka bezpośrednio osobę i jego najbliższych z rodziny, a pośrednio społeczność lokalną i całe społeczeństwo.

Szacuje się, że około 24% pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej zgłasza dolegliwości, które jakimś stopniu są symptomami zaburzeń psychicznych takich jak, niepokój, depresyjność, problemy z nadużywaniem substancji odurzających. Te zaburzenia czasami współwystępują z chorobami somatycznymi.

Zaburzenia psychiczne, którym towarzyszą kryzysy psychotyczne, skutkują często załamaniem linii życiowej, wypadnięciem z ról społecznych, trudnościami w kontynuowaniu

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.



Interreg
Polska-Słowacja
Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego



Mesto Svidnik



nauki i utrzymaniu zatrudnienia, dezorganizacją życia rodzinnego, ograniczeniem aktywności społecznej i narażeniem na stereotypy i uprzedzenia społeczne. W kryzysie psychicznym osłabia się sprawność poznawcza i obniżają kompetencje społeczna. Osoby po kryzysie psychicznym, po ustąpieniu u nich objawów psychotycznych, mogą być czasowo mniej produktywne i gorzej radzić sobie z wymaganiami życia codziennego w domu, w szkole, w pracy. Nieosiągnięcie wykształcenia na miarę możliwości oraz utrudnione funkcjonowanie na rynku pracy przyczyniają się do pogłębienia problemów finansowych, stwarzają ryzyko popadnięcia w ubóstwo i bezdomność. Jakość życia osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego i jego rodziny często się pogarsza. Bez kompleksowych i skoordynowanych działań pomocowych o charakterze biologicznym, psychologicznym i społecznym, zamiast zdrowienia, niepełnosprawność może się utrwaląć.

W związku z powyższym Światowa Organizacja Zdrowia WHO rekomenduje wdrożenie środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej. Kompleksowe i zróżnicowane w formie oddziaływania bio-psycho-społeczne mają być udzielane możliwie blisko miejsca zamieszkania, dostosowane o indywidualnych potrzeb osoby w kryzysie psychicznym i jej rodziny. Celem jest de-instytucjonalizacja opieki psychiatrycznej i integracja społeczna osób po kryzysie psychicznym sprzyjające ich zdrowieniu, samodzielności i poprawie jakości życia w integracji z rodziną i lokalną społecznością. Wsparcie środowiskowe ukierunkowane jest na uniknięcie długotrwałej hospitalizacji i opieki instytucjonalnej, które przyczyniają się do wykluczenia społecznego.

Na dobrą opiekę psychiatryczną składają się:

Diagnoza kliniczna, funkcjonalna. Zwykle diagnoza kliniczna ma charakter nozologiczny, polegający na przyporządkowaniu objawów do nazwy i kodu zaburzenia według klasyfikacji ICD. Uzupełnieniem jest diagnoza funkcjonalna (określająca poziom sprawności

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

Referat opracowany w ramach mikroprojektu finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Współpracy Transgranicznej Interreg V-A Polska-Słowacja 2014-2020

psychicznych i społecznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonalnej ICF). Proces diagnostyczny jest prowadzony przez zespół wielo-dyscyplinarny, który kończy się opracowaniem indywidualnego planu terapii (zdrowienia). Istotne znaczenie ma wczesna interwencja w kryzysach psychotycznych uruchamiana na podstawie zgłoszenia od członków rodziny, gdy osoba w kryzysie nie ma krytycyzmu swojej choroby, aby samej zwrócić się o pomoc.

Ciągłość opieki. Część zaburzeń psychicznych ma charakter przewlekły, z okresami remisji (polepszenia) i ponownego zaostrzenia objawów. Większego znaczenia nabiera wtedy ciągłość leczenia oparta na następujących zasadach:

- wyspecjalizowane placówki dla pacjentów z tą samą diagnozą i problemami zdrowia psychicznego
- wspieranie rozwoju umiejętności terapeutycznych profesjonalistów
- ten sam zespół terapeutyczny udzielający świadczeń dla pacjenta i jego rodziny
- grupy edukacyjne dla pacjentów i ich rodzin
- zróżnicowanie usług
- integrowanie opieki psychiatrycznej z podstawową opieką zdrowotną

Szeroki wachlarz świadczeń. Potrzeby osób po kryzysie psychicznym i ich rodzin są wielorakie i różnią się w zależności od etapu chorowania. Do zdrowienia konieczne jest nie tylko leczenie biologiczne /farmakoterapia/, ale także wsparcie psycho-społeczne. Rehabilitacja społeczna zawiera trening umiejętności poznawczych i społecznych, wsparcie socjalne i mieszkaniowe, doradztwo prawne, aktywizację zawodową. Świadczenia dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta i jego rodziny są oferowane przez zespół wielodyscyplinarny, mający odpowiednie warunki do pracy zespołowej.

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

Partnerstwo z pacjentami i ich rodzinami. Istotną rolę w kształtowaniu polityki zdrowia psychicznego i organizacji opieki psychiatrycznej odgrywają grupy lub organizacje reprezentujące osoby po kryzysie psychicznym i ich rodziny. Ich głos jest ważny, jako informacja zwrotna i wskazówka do podnoszenia jakości świadczeń. Osoby po kryzysie psychicznym, odpowiednio przygotowane, z sukcesem udzielają wsparcia innym pacjentom. Rodziny, odpowiednio wsparte w radzeniu sobie ze stresem, z powodzeniem wspomagają swoich bliskich, współpracując z profesjonalistami. Spokojna atmosfera, wzajemne zrozumienie i dobra komunikacja w rodzinie polepsza ich jakość życia i zmniejsza ryzyko nawrotu choroby. Pozytywne zaangażowanie rodziny i współpraca z zespołem terapeutycznym ma szczególnie istotne znaczenie w leczeniu schizofrenii, zaburzeń afektywnych, uzależnień od środków odurzających, zaburzeń odżywiania, w rehabilitacji osób z upośledzeniem umysłowym, w rozwiązywaniu problemów zdrowia psychicznego u dzieci i młodzieży.

Zaangażowanie lokalnej społeczności. Postawy zrozumienia i akceptacji w lokalnej społeczności pomagają w zdrowieniu i integracji społecznej. Uprzedzenia i negatywne stereotypy dotyczące osób chorujących psychicznie przyczyniają się do ich stygmatyzacji i odrzucenia, co sprzyja podtrzymaniu problemów ze zdrowiem psychicznym i dalszej przewlekłości.

Integracja opieki psychiatrycznej z podstawową opieką zdrowotną. Lekarze rodzinni i pielęgniarki środowiskowe często mają do czynienia w swojej pracy z osobami doświadczającymi niepokoju, obniżenia nastroju, reakcji na stres sytuacyjny oraz innych zaburzeń psychicznych. Potrzebne jest doskonalenie umiejętności pracowników podstawowej opieki zdrowotnej w dobrym kontakcie z pacjentami i rozpoznawania ryzyka zaburzeń psychicznych we współpracy z pracownikami środowiskowej opieki psychiatrycznej.

Wieloaspektowość opieki. W odróżnieniu od leczenia wielu chorób somatycznych, które wymagają jedynie oddziaływań biologicznych (zabiegi, leki), to terapia zaburzeń psychicznych

Wyłączną odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

jest kombinacją trzech oddziaływań: biologicznych (farmakoterapia), psychologicznych, społecznych. Sposób stosowania i łączenia tych oddziaływań zależy od indywidualnych problemów zdrowia psychicznego i potrzeb pacjenta. Istotne znaczenia ma monitorowanie efektywności, co i w jaki sposób przyczynia się do zdrowienia i poprawy jakości życia.

Dobre praktyki - Triest we Włoszech

W latach 70, dzięki radykalnemu podejściu psychiatriy Franco Basaglia w Trieście utworzono sieć usług psychiatrycznych, które miały stanowić alternatywę, a wręcz zastępstwo dla tradycyjnego psychiatrycznego leczenia szpitalnego. Basaglia był wyznawcą idei, mówiącej o tym, że zajmować należy się pacjentem, a nie chorobą. Postawienie nacisku na podmiotowość osób chorujących psychicznie pociągnęło za sobą szereg zmian, począwszy od oddania pacjentom ich przedmiotów osobistych, poprzez zrównanie pozycji między pacjentami a personelem medycznym, postawienie na partnerstwo a nie hierarchię, a kończąc na zamknięciu wszystkich szpitali psychiatrycznych i ustanowieniu zasady „otwartych drzwi”.

Dzisiejszy system opieki zdrowia psychicznego w Trieście jest uznawany za modelowy w kontekście leczenia środowiskowego i wyznaczający standardy opieki psychiatrycznej na arenie międzynarodowej. Osią tej opieki są cztery Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego, które obejmują terytorium zamieszkałe przez 240 000 osób, czyli na jedno ŚCZP przypada 60 tys. mieszkańców. Cechą charakterystyczną Centrum jest dostępność 24 godzin na dobę, 7 dni w tygodniu, a każde z nich prowadzi zespół składający się z około 40-45 osób, w którego skład wchodzi pielęgniarki, psychiatry, psychologowie, pracownicy socjalni i terapeuci rehabilitacji. W związku z tym, że ŚCZP działają przez całą dobę, w nocy dyżuruje dwóch pracowników służby zdrowia, którzy opiekują się podopiecznymi zajmującymi od 4 do 8 łóżek dostępnych w każdym ŚCZP. Łóżka mają charakter tymczasowy i służą dla osoby w kryzysie jako miejsce odpoczynku, wsparcia lub oderwania od systemu rodzinnego w razie potrzeby. Do systemu opieki

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.



Interreg
Polska-Słowacja
Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego



Mesto Svidník



środowiskowej należy również 6 łóżek psychiatrycznych w szpitalu ogólnym. Dzięki takiemu rozwiązaniu pacjenci w ostrym kryzysie mogą zostać przyjęci w nocy (ŚCZP przyjmuje pacjentów od 8.00 do 20.00 bez żadnych formalności). Pobyt na oddziale szpitalnym jest możliwie jak najkrótszy, a pacjenci często są przewożeni do Centrum Zdrowia Psychicznego w przeciągu 24 godzin od przyjęcia. Oddział szpitalny może przyjąć pacjenta pod przymusem na okres nie dłuższy niż tydzień, a o ewentualnym przedłużeniu takiej formy leczenia decyduje burmistrz miasta na podstawie opinii dwóch psychiatrów. Pomimo leczenia przymusowego pacjent znajduje się w placówce, w której obowiązuje zasada „otwartych drzwi”, a wszelkie sytuacje kryzysowe z agresywnym pacjentem są rozwiązywane w trakcie spokojnych i nierzadko długotrwałych negocjacji. Nie stosuje się form przymusu bezpośredniego, tj. pasów, kaftanów, izolatki.

W Centrum pacjent jest traktowany jako gość, a relacja z zespołem ma charakter partnerski. Nad zapewnieniem ciągłości terapeutycznej, która jest jednym z założeń triesteńskiego ŚCZP, dba cały zespół, który regularnie odbywa spotkania, podczas których omawiane są przypadki pacjentów. Ponadto, przy centrum działa ośrodek opieki dziennej, w którym prowadzone są programy treningowe, warsztaty i inne aktywności dla beneficjentów. W związku z tym, że jedną z zasad ŚCZP jest praca z siecią użytkownika (rodziną, bliskimi), dostępne są grupy samopomocowe dla rodzin i szeroko pojętych beneficjentów, co ma na celu nie tylko wsparcie i edukację osób w sieci pacjenta, ale też aktywne zaangażowanie ich w proces leczenia, co zapobiega marginalizacji osoby chorującej psychicznie. Cały system koordynowany przez Departament Zdrowia Psychicznego zajmuje się nie tylko zdrowiem psychicznym, oferując wachlarz usług psychiatryczno-psychologicznych, ale również rehabilitacją społeczną i zawodową oraz profilaktyką w regionie. Ścisła współpraca z organizacjami pozarządowymi pozwala na koordynowanie 60 miejsc w mieszkaniach chronionych i wspieranych na terenie

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

Referat opracowany w ramach mikroprojektu finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Współpracy Transgranicznej Interreg V-A Polska-Słowacja 2014-2020



Interreg
Polska-Słowacja
Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego



Mesto Svidnik



działania ŚCZP, natomiast aktywna współpraca z 13 firmami działającymi na kształt spółdzielni społecznych wspomaga aktywizację zawodową osób korzystających z systemu.

Innowacyjność opisanego modelu polega głównie na tym, że zmiany wychodzą od uniwersalnych wartości i potrzeb samych pacjentów. Wyróżnia się najważniejsze założenia triesteńskiego modelu leczenia zaburzeń psychicznych:

1. Pomaganie osobie, a nie leczenie choroby,
2. Respektowanie wszystkich praw obywatelskich użytkowników,
3. Utrzymanie ról społecznych i sieci wsparcia,
4. Wspieranie procesu zdrowienia i integracji społecznej,
5. Odwoływanie się do praktycznych potrzeb użytkowników,
6. Zmiana postaw w społeczeństwie.

Wprowadzenie powyższych zmian doprowadziło do zamknięcia wszystkich szpitali psychiatrycznych w Trieście, znaczącego spadku leczenia w trybie przymusowym, które na dzień dzisiejszy utrzymuje się na poziomie 10 osób na 100 000. Ponadto satysfakcja użytkowników z oferowanych usług utrzymuje się na poziomie 75%. Programy profilaktyczne prowadzone przez Departament Zdrowia Psychicznego, skierowane na zapobieganie samobójstwom przyczyniły się do zmniejszenia współczynnika samobójstw o połowę, czyli z 25 do 12 na 100 000 osób w ciągu 20 lat .

Dobre praktyki - Zachodnia Laponia w Finlandii

W Zachodniej Laponii od lat 80. XX wieku rozwijana jest środowiskowa opieka psychiatryczna inspirowana badaniami profesora Yrjö Alanena i jego zespołu w Klinice Psychiatrycznej w Turku. Celem badań miało być opracowanie wszechstronnego i zorientowanego psychoterapeutycznie modelu leczenia pacjentów z ostrymi objawami psychotycznymi i ich rodzin. Wypracowany model nosi nazwę Need-Adapted Approach

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

Referat opracowany w ramach mikroprojektu finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Współpracy Transgranicznej Interreg V-A Polska-Słowacja 2014-2020

(Podejście Dostosowane do Potrzeb) i zakłada, że proces terapeutyczny każdego pacjenta jest wyjątkowy i powinien zostać dopasowany do potrzeb, jakie zgłasza konkretny pacjent. Podstawę tego podejścia stanowi holistyczne spojrzenie na osobę chorującą, jak i całościowy proces leczenia. Polega on na:

1. Szybkiej i wczesnej interwencji niezależnie od zgłaszanych objawów,
2. Dostosowaniu terapii do unikalnych potrzeb każdego pacjenta i jego rodziny,
3. Integrowaniu różnych metod terapeutycznych (terapii systemowej, indywidualnej, grupowej, psychodynamicznej, etc.) w jednym procesie leczenia,
4. Traktowaniu podejścia terapeutycznego jako podstawowego elementu pracy całego personelu,
5. Zachowaniu ciągłości w procesie terapeutycznym,
6. Ciągłym monitorowaniu wyników leczenia pacjenta .

Od 1996 używa się nazwy „Otwarty Dialog” do opisanego podejścia terapeutycznego skoncentrowanego na całej rodzinie i sieci społecznej pacjenta według założeń NAA. „Otwarty Dialog” czerpie z różnych modeli terapeutycznych np. systemowej terapii rodzin, teorii dialogowej czy społecznego konstruktywizmu.

Wprowadzenie powyższych zasad wymagało również zmian w funkcjonowaniu szpitala psychiatrycznego w Keropudas. Przede wszystkim od połowy lat 80. do 1995 roku 90% personelu medycznego zajmującego się pacjentami zarówno ambulatoryjnymi jak i hospitalizowanymi przeszło kursy psychoterapii – rodzinnej lub indywidualnej psychoterapii psychodynamicznej wzbogaconej o założenia Podejścia Dopasowanego do Potrzeb. W 1987 roku założono w szpitalu psychiatrycznym multidyscyplinarny zespół do pracy ambulatoryjnej, który składał się z psychiatry, psychologa i dwóch pielęgniarek. Do zadań zespołu należało zorganizowanie w przeciągu 24 godzin od nawiązania kontaktu pierwszego spotkania terapeutycznego z każdym

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

pacjentem skierowanym do szpitala. W spotkaniu uczestniczyli również członkowie rodziny, a wszelkie decyzje dotyczące terapii były ustalane wraz z całym systemem w obecności pacjenta, jeszcze przed podjęciem decyzji o hospitalizacji. Dodatkowo pierwsze spotkania miały charakter zapoznawczy i nie polegały na postawieniu diagnozy, a bardziej na osobistych doświadczeniach i przeżyciach osoby w kryzysie. Równoległe ze zmianą w podejściu do pacjenta w Keropudas w przeciągu dekady (1983-1993) zmniejszono liczbę łóżek psychiatrycznych z 299 do 55, natomiast dwukrotnie zwiększono liczbę personelu odpowiedzialnego za leczenie pacjentów w trybie ambulatoryjnym. W momencie spadku liczby łóżek stacjonarnych wzrosło zapotrzebowanie na wizyty w środowisku pacjenta. Aby sprostać tym potrzebom wprowadzono mobilne zespoły do spraw psychoz, radzenia sobie z ostrymi stanami i zachowaniem ciągłości terapeutycznej w przypadku dłuższego utrzymywania się objawów.

Według danych uzyskanych z badań, zastosowanie podejścia otwartego dialogu w opiece nad osobami z kryzysem psychicznym przynosi bardzo pozytywne rezultaty. Wyniki wskazują, że po 5 latach od pierwszego epizodu psychozy u większości obserwowanych pacjentów nie stwierdzono utrzymywania się objawów psychotycznych, a jedynie 1/3 zażywała leki, ponadto aż 83% badanych wróciło do aktywności przedchorobowej, czyli na nowo podjęli pracę lub naukę. Skrócono również okres trwania nieleczonej psychozy do 3 tygodni. Jakko Seikkula twierdzi, że za zaobserwowane zmniejszenie występowania schizofrenii w rejonie Zachodniej Laponii (z 35/100 000 do 2/100 000) odpowiada szybka interwencja, wychwytywanie objawów prodromalnych i praca z siecią, co z kolei wpływa na skrócenie czasu trwania psychozy do okresu nieodpowiadającego kryteriom diagnostycznym schizofrenii (zarówno w klasyfikacji DSM IV-TR i ICD-10 minimum 6 miesięcy utrzymywania się objawów psychotycznych).

Ruch „Experienced – Involvement” EX-IN (asystenci zdrowia)

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

Referat opracowany w ramach mikroprojektu finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Współpracy Transgranicznej Interreg V-A Polska-Słowacja 2014-2020

WHO w 2005 roku ogłosiła, iż aktywny udział osób z doświadczeniami psychiatrycznymi i ich rodzin podnosi jakość opieki psychiatrycznej. Na fali założeń WHO dotyczących włączania beneficjentów systemu w rozwój opieki psychiatrycznej, ale też szukania alternatywnych metod w psychiatrii, w Niemczech w latach 2005-2007 powstał projekt edukacyjno-rozwojowy EX-IN w ramach europejskiego Programu Leonardo Da Vinci.

Model „EX-IN” (ang. Experienced Involvement) zakłada, że osoby, które przeżyły kryzys psychiczny (np. psychozy) po odpowiednim przeszkoleniu będą mogły wykorzystać własne doświadczenie chorobowe, aby wspomagać innych pacjentów w kryzysie. Osoby po szkoleniu EX-IN uzyskują ustrukturyzowaną wiedzę, którą dzielą się z chorującymi, ponadto stanowią dowód, że satysfakcjonujące życie z poważną chorobą psychiczną jest możliwe, w związku z czym zaszczepiają nadzieję w pacjentach.

Osoby po kursie EX-IN mogą w szczególności:

- a) wspomagać chorujących w szpitalach psychiatrycznych i centrach kryzysowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
- b) pełnić rolę „rzecznika pacjenta” w systemie opieki psychiatrycznej,
- c) dostarczać wiedzy personelowi medycznemu opartej na doświadczeniu choroby,
- d) wspomagać zespół w tworzeniu planów terapeutycznych skierowanych na potrzeby,
- e) edukować i przełamywać stereotypy na temat zaburzeń psychicznych funkcjonujących w społeczeństwie.

Aktualnie w programy szkoleniowe EX-IN zaangażowane są: Norwegia, Szwecja, Wielka Brytania, Holandia, Niemcy, Słowacja, Szwajcaria, Austria, Bułgaria. Na tej liście znajduje się również Polska, która od kilku lat szkoli „Ekspertów przez Doświadczenie” np. we Wrocławiu, Krakowie, Gdańsku. Jednak, jak do tej pory nie było miejsca dla ekspertów typu EX-IN (asystentów zdrowienia) w polskim systemie opieki psychiatrycznej.

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego 2017-2022 w Polsce

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego został uchwalony na mocy Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia

Cele programu są następujące:

1. Zapewnienie wielostronnej opieki:

- upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej,
- upowszechnienie różnych form pomocy i wsparcia społecznego,
- aktywizacja zawodowa,
- skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy,
- wsparcie psychologiczno-pedagogiczne uczniów, rodziców i nauczycieli.

2. Zapobieganie stygmatyzacji i dyskryminacji:

- opracowanie zasad przedstawiania osób z zaburzeniami psychicznymi w mediach,
- działania informacyjno-edukacyjne dotyczące poszanowania praw osób z zaburzeniami psychicznymi.

3. Sprawdzanie i ocena skuteczności działań:

- analizowanie sprawozdań dotyczących realizacji zadań wynikających z programu.

Zalecanym rozwiązaniem organizacyjnym w psychiatrycznej opiece zdrowotnej jest Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP)

CZP realizuje środowiskową opiekę psychiatryczną, której celem jest:

- poprawa jakości leczenia psychiatrycznego – jego dostępności, ciągłości, kompleksowości, dostosowania do potrzeb, możliwej do osiągnięcia skuteczności i godziwości warunków świadczenia pomocy;

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

Referat opracowany w ramach mikroprojektu finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Współpracy Transgranicznej Interreg V-A Polska-Słowacja 2014-2020



Interreg
Polska-Słowacja
Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego



Mesto Svidnik



- pomoc chorym w odzyskiwaniu zdrowia, pozycji społecznej, oczekiwanej jakości życia;
- tworzenie warunków do społecznej integracji osób z zaburzeniami psychicznymi oraz przeciwdziałanie stygmatyzacji i wykluczeniu;
- ograniczenie rozmiarów i negatywnych skutków hospitalizacji;
- uruchomienie inicjatyw i zasobów lokalnej społeczności na rzecz ochrony zdrowia psychicznego.

Kompleksowość opieki świadczonej przez CZP wynika:

- z indywidualizacji i koordynacji pomocy udzielanej poszczególnym chorym;
- ze zróżnicowania udostępnianych świadczeń zdrowotnych;
- z koordynacji świadczeń zdrowotnych i społecznych;
- z dostosowania struktury organizacyjnej do potrzeb lokalnej wspólnoty społecznej.

CZP dla dorosłych tworzy się w celu zapewnienia opieki, docelowo na obszarze zamieszkałym przez nie więcej niż 200 tys. mieszkańców z zastrzeżeniem, że liczba ta może być odpowiednio dostosowana do szczególnych uwarunkowań terytorialnych występujących na danym obszarze lub innych okoliczności uzasadniających inną liczbę mieszkańców. Gęstość sieci (rozmieszczenie) CZP oraz zasięg ich terytorialnej odpowiedzialności określa plan umiejscowienia CZP.

Odpowiedzialność terytorialna oznacza zobowiązanie do objęcia opieką każdego zgłaszającego się po pomoc mieszkańca określonego administracyjnie obszaru działania CZP. Umiejscowienie CZP – pozaszpitalna infrastruktura CZP co do zasady powinna być w całości zlokalizowana na obszarze odpowiedzialności terytorialnej. W przypadku braku dostępu do bazy szpitalnej na tym obszarze, dopuszczalne jest zapewnienie (w szczególności umowa z

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

Referat opracowany w ramach mikroprojektu finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Współpracy Transgranicznej Interreg V-A Polska-Słowacja 2014-2020

podwykonawcą, konsorcjum) całodobowych świadczeń szpitalnych CZP dla dorosłych w szpitalu najbliższym temu obszarowi.

Pomoc w przypadkach nagłych (stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała, lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia) i pilnych (jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia) – CZP zapewnia, w miarę możliwości, natychmiastową pomoc w przypadkach nagłych, a w przypadkach pilnych – w czasie nie dłuższym niż 72 godziny.

Pierwsza rejestracja chorego następuje w ambulatorium CZP, poza wyjątkowymi okolicznościami związanymi z ryzykiem dla życia chorych albo dla zdrowia lub życia innych osób.

Podmiot prowadzący CZP może również posiadać umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia uzależnień.

CZP dla dorosłych składa się co najmniej z zespołu:

- ambulatoryjnego (przychodni) – zadania: porady lekarskie i psychologiczne, indywidualna i grupowa pomoc psychoterapeutyczna, czynności pielęgniarские, interwencje socjalne;
- środowiskowego (mobilnego) – zadania: wizyty domowe, terapia indywidualna i grupowa, praca z rodziną, treningi umiejętności, budowanie sieci oparcia społecznego, zajęcia i turnusy rehabilitacyjne;

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.



Interreg
Polska-Słowacja
Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego



Mesto Svidnik



- dziennego – zadania: hospitalizacja dzienna psychiatryczna w celu zintensyfikowania oddziaływań diagnostycznych, terapeutycznych lub rehabilitacyjnych;
- szpitalnego – zadania: całodobowa opieka szpitalna w sytuacjach nacechowanych znacznym nasileniem zaburzeń lub związanym z nimi ryzykiem – podstawowym i docelowym rozwiązaniem są świadczenia oddziału psychiatrycznego w lokalnym szpitalu ogólnym.

Punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny zapewnia szybką rejestrację, koordynację świadczeń oraz w koniecznych przypadkach interwencję kryzysową – jest dostępny przez 7 dni w tygodniu, w miarę możliwości przez całą dobę.

CZP ściśle współdziała w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych i społecznych pacjentów z podmiotami świadczącymi oparcie społeczne, aktywizację społeczno-zawodową i inne aktywności pomocowe na terenie odpowiedzialności terytorialnej centrum.

Inne zespoły o zadaniach wyspecjalizowanych mogą być w miarę możliwości udostępniane przez CZP dla wybranych grup chorych (np. zespoły: dla zaburzeń nerwicowych, psychogeriatryczne, rehabilitacyjne) lub w celu realizacji niezbędnych świadczeń szczególnych (np. pomoc kryzysowa, hostele, turnusy).

Alternatywne formy wsparcia i leczenia (wobec tradycyjnych, np.: mieszkania kryzysowe) można tworzyć w centrum, jeżeli regulacje prawne, dostępne środki i posiadane kompetencje na to pozwalają i jeżeli odpowiadają one na realne zapotrzebowanie osób objętych opieką.

Zespół dziecięco-młodzieżowy może, jeżeli uzasadniają to potrzeby i zasoby lokalne, funkcjonować w ramach jednego podmiotu leczniczego, w integracji z CZP dla dorosłych (wyspecjalizowany zespół dziecięco-młodzieżowy CZP);

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

Referat opracowany w ramach mikroprojektu finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Współpracy Transgranicznej Interreg V-A Polska-Słowacja 2014-2020



Bibliografia:

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

Referat opracowany w ramach mikroprojektu finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Współpracy Transgranicznej Interreg V-A Polska-Słowacja 2014-2020



Interreg
Polska-Słowacja
Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego



Mesto Svidnik



Krystyna Rożnowska, *Można oszaleć. Osobliwy świat szpitala psychiatrycznego*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2017

Jaakko Seikkula i Birgitta Alakare, Podejście oparte na Otwartym Dialogu (Open-Dialogue Approach); red. Mariusa Romme i Sandry Escher, *Psychosis as a Personal Crisis: An Experience-Based Approach* pod redakcją, Routledge, 2012. Chapter 11. *Open dialogues with patients with psychosis and their families*; Jaakko Seikkula and Birgitta Alakare.

Andrzej Cechnicki, W stronę psychoterapeutycznie zorientowanej psychiatrii środowiskowej — 30 lat doświadczeń krakowskich; *Psychoterapia* 3 (150) 2009 strony: 43–55

Marek Balicki, prezentacja na temat „Triest – sukces deinstytucjonalizacji i opieki środowiskowej?”, Wolskie Centrum Zdrowia Psychicznego w Warszawie, 2016

Model Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego Fundacji Leonardo, projekt „Deinstytucjonalizacja – szansą na dobrą zmianę” program PO WER 4.1

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 (Dz.U. 2017 poz. 458) str.24 - 26

Wyłącznie odpowiedzialność za zawartość niniejszej publikacji ponoszą jej autorzy i nie może być ona utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

Referat opracowany w ramach mikroprojektu finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Współpracy Transgranicznej Interreg V-A Polska-Słowacja 2014-2020