



Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej

Psychiatryczna opieka środowiskowa w Polsce

Raport



Pod redakcją:

ze strony Instytutu Psychiatrii i Neurologii
doc. dr hab. Joanny Meder
prof. dr. hab. Marka Jaremy



ze strony Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
prof. dr. hab. Aleksandra Araszkiwicza

Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej

**Psychiatryczna
opieka środowiskowa w Polsce
raport**

pod redakcją
Joanny Meder,
Marka Jaremy
i Aleksandra Araszkiwicza

Warszawa 2008

PSYCHIATRYCZNA OPIEKA ŚRODOWISKOWA W POLSCE

Pod redakcją:

ze strony Instytutu Psychiatrii i Neurologii
doc. dr hab. Joanny Meder i prof. dr hab. Marka Jaremy

ze strony Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
prof. dr hab. Aleksandra Araszkiewicza

© Copyright by Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2008

termedia
wydawnictwa
medyczne

Wszystkie prawa zastrzeżone.

Żaden z fragmentów tej książki nie może być publikowany w jakiegokolwiek formie bez wcześniejszej pisemnej zgody wydawcy. Dotyczy to także fotokopii i mikrofilmów oraz rozpowszechniania za pośrednictwem nośników elektronicznych.

Termedia Wydawnictwa Medyczne
ul. Wenedów 9/1
61-614 Poznań
tel./faks +48 61 822 77 81
e-mail: termedia@termedia.pl
<http://www.termedia.pl>

projekt okładki: Olga Reszelska

skład i łamanie: studio graficzne TERMEDIA
druk: Zakład Poligraficzny *Moś i Łuczak* sp.j.

ISBN: 978-83-89825-33-9

Wydawca dołożył wszelkich starań, aby cytowane w podręczniku nazwy leków, ich dawki oraz inne informacje były prawidłowe. Wydawca ani autor nie ponoszą odpowiedzialności za konsekwencje wykorzystania informacji zawartych w niniejszej publikacji. Każdy produkt, o którym mowa w książce, powinien być stosowany zgodnie z odpowiednimi informacjami podanymi przez producenta. Ostateczną odpowiedzialność ponosi lekarz prowadzący.

Spis treści

Wstęp	5
Środowiskowa opieka psychiatryczna w Polsce	7
Zmiany w systemie opieki psychiatrycznej na świecie	12
Model optymalny psychiatrycznej opieki środowiskowej – światowe rekomendacje	15
Kierunki zmian w polskim modelu psychiatrycznej opieki środowiskowej	17

Wstęp

Zdrowie psychiczne jest jednym z najważniejszych zasobów współczesnego społeczeństwa. Przemiany polityczno-ekonomiczne z końca ubiegłego wieku przynoszą Polsce wiele szans, ale również zagrożeń w sferze społecznej. Zmiany stylu życia, pracy, budowania więzi rodzinnych i społecznych sprawiają, że zdrowie psychiczne Polaków wystawiane jest na ciągłe próby, którym coraz częściej nie może podołać. W 2006 r. w Polsce pomocy w placówkach psychiatrycznych udzielono ok. 4% ludności (1,5 mln osób), w Europie ok. 11%¹. Na tę różnicę składają się ograniczenia systemowe i społeczne. Z jednej strony dostępność do porad psychiatrycznych jest ograniczona, z drugiej – ze względu na miejsce osób chorych psychicznie w świadomości społecznej – zgoda i gotowość na korzystanie z tego typu porad niska. Dlatego tak ważne jest zbudowanie optymalnego zintegrowanego systemu opieki i pomocy osobom z chorobami psychicznymi.

Na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci system opieki psychiatrycznej przeszedł znaczącą metamorfozę. Środowiska medyczne na całym świecie wskazują psychiatrię środowiskową jako model bliższy potrzebom chorego, a także bardziej efektywny w porównaniu z opieką zinstytucjonalizowaną zarówno ze względu na skuteczność terapeutyczną, jak i wykorzystanie środków finansowych przeznaczanych na opiekę psychiatryczną. Środowiskowy model opieki psychiatrycznej pozwala choremu na wykorzystywanie zasobów lokalnego środowiska, czerpanie siły ze znanego otoczenia. Nie wymaga – tak jak w przypadku opieki instytucjonalnej – budowania nowych relacji, znajdowania się w nowym środowisku. Skupia się na maksymalnym wykorzystaniu możliwości, jakie dają wypracowane wcześniej przez chorego więzi społeczne, jednocześnie zapewniając opiekę i pomoc terapeutyczną. Głównym zadaniem opieki środowiskowej jest umożliwienie osobie z chorobą psychiczną funkcjonowania w społeczeństwie, a więc możliwości uczenia się, pracy. Planowanie i wdrażanie systemu opartego na psychiatrii środowiskowej wymaga zintegrowanego podejścia i ścisłej współpracy resortów zdrowia, edukacji, pracy i pomocy społecznej. Tylko takie podejście daje gwarancję stworzenia optymalnej opieki odpowiadającej potrzebom chorych i umożliwiającej im podjęcie – w ramach swoich możliwości – trudu jak najpełniejszego funkcjonowania w społeczeństwie.

Od wielu lat instytucje unijne we współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia prowadzą prace, których celem jest wdrożenie nowoczesnych rozwiązań w systemach opieki psychiatrycznej, wprowadzenie narodowych programów opieki psychiatrycznej oraz dokończenie reformy systemu instytucjonalnej opieki psychiatrycznej o korzeniach sięgających czasów wiktoriańskich.

Również w Polsce prowadzone są prace, których celem jest wprowadzenie środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej do systemu opieki zdrowotnej i społecznej. I chociaż liczba dostępnych chorym współczesnych form leczenia, będących podstawą tego modelu, nadal jest zbyt mała, z każdym rokiem zachodzą zmiany, które przybliżają nas do osiągnięcia poziomu europejskiego.

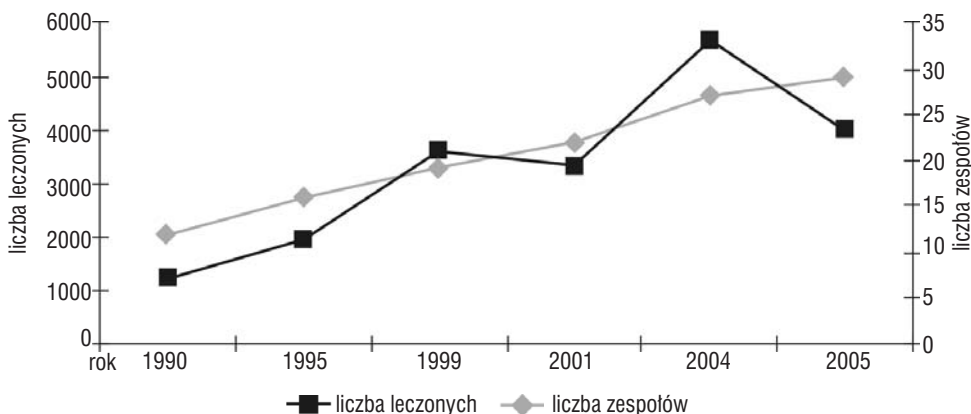
Niniejsze opracowanie ma na celu przedstawienie obecnego systemu opieki psychiatrycznej oraz wskazanie zasadności kontynuacji działań zmierzających do pełnego wdrożenia modelu psychiatrycznej opieki środowiskowej w Polsce.

Środowiskowa opieka psychiatryczna w Polsce

W Polsce pierwsze działania mające na celu zmianę sposobu opieki nad osobami z chorobami psychicznymi zostały podjęte na przełomie lat 60. i 70. XX w. Zgodnie z obowiązującym w tych czasach trendem, główny nacisk był położony na zmiany prowadzące do stworzenia systemu opartego na psychiatrycznej opiece środowiskowej. Od lat 70. sukcesywnie rośnie liczba łóżek psychiatrycznych w szpitalach ogólnych oraz w zakładach opiekuńczo-leczniczych i zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych przy jednoczesnym trendzie spadkowym liczby łóżek w szpitalach psychiatrycznych. Zauważalny jest również rozwój form ambulatoryjnych, poradni, oddziałów opieki dziennej i zespołów leczenia środowiskowego.

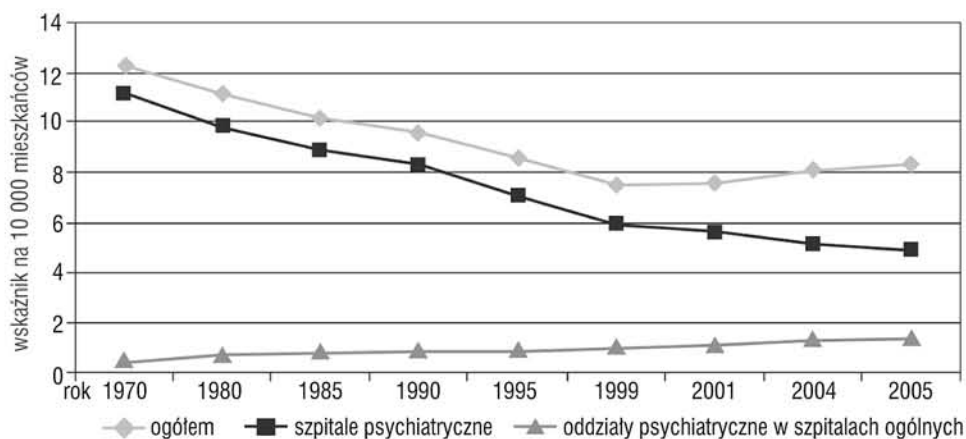
Struktura opieki psychiatrycznej w Polsce

Struktura lecznictwa psychiatrycznego w Polsce nadal wskazuje na przewagę tradycyjnego modelu opieki nad osobami z chorobami psychicznymi. Pomimo zmian, jakie zaszły od 1970 r., znakomita większość chorych jest objęta opieką instytucjonalną, a więc leczeniem pełnodobowym. W 2005 r. opieką pośrednią, czyli opieką na oddziałach dziennych, oddziałach opieki środowiskowej, hostelach, oddziałach opieki domowej, było objętych ok. 20 000 chorych, co stanowiło jedynie 1,2% wszystkich chorych leczonych w tym roku. Leczeniem w zespołach opieki środowiskowej objętych zostało 3988 osób². Analiza danych statystycznych wskazuje co prawda na ciągły wzrost liczby osób objętych tym rodzajem opieki, jednak wynika to bardziej ze zwiększania się ogólnej liczby leczonych psychiatrycznie niż ze zwiększającego się udziału opieki środowiskowej w systemie ochrony zdrowia psychicznego.



Ryc. 1. Leczeni w zespołach opieki środowiskowej vs liczba zespołów. Źródło: Instytut Psychiatrii i Neurologii, Rocznik Statystyczny 2005, tabl. 5.85., tabl. 5.87., str. 205, 207

Przekształcanie polskiego systemu opieki psychiatrycznej z tradycyjnej, tj. instytucjonalnej, w model środowiskowy przebiega bardzo powoli. Analizując sytuację, należy jednak zauważyć pozytywny trend zmian głównych wskaźników. Systematycznie maleje liczba łóżek w szpitalach psychiatrycznych, co oznacza, że mimo wzrostu liczby placówek z 34 w 1970 r. do 54 w 2005 r., duże ośrodki są przekształcane w mniejsze z mniejszą liczbą łóżek, co z kolei ułatwia poprawienie jakości opieki nad chorym. Również wskaźnik liczby szpitalnych łóżek psychiatrycznych (liczony jako stosunek liczby łóżek rzeczywistych do liczby ludności w przeliczeniu na 10 000 mieszkańców) zmniejszył się z 12,3 w 1970 r. do wartości 8,3 w 2005 r.³ Taki wynik plasuje jednak Polskę nadal powyżej średniej europejskiej, która w 2001 r. wyniosła 4,4/10 000 mieszkańców⁴. Oznacza to potrzebę dalszych zmian strukturalnych i uzupełnienia niedoborów w zasobach środowiskowego leczenia psychiatrycznego.



Ryc. 2. Psychiatryczne łóżka rzeczywiste wg rodzaju zakładu, wskaźnik na 10 000 mieszkańców.
Źródło: Instytut Psychiatrii i Neurologii, Rocznik Statystyczny 2005, tabl. 5.86., str. 206

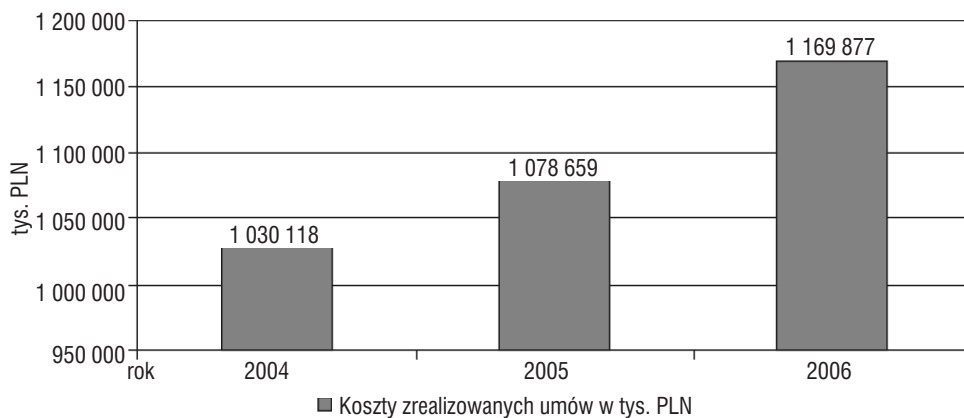
W Polsce w ramach opieki środowiskowej funkcjonuje jedynie 29 zespołów, głównie w dużych miastach. Niestety, dostęp do tej formy opieki nie jest równomierny w całym kraju. Najlepsza, choć daleka od optymalnej, jest sytuacja w województwie mazowieckim, gdzie działa 9 zespołów. Kolejne, pod względem liczby funkcjonujących zespołów, są województwa podlaskie (4), małopolskie i dolnośląskie (po 3), kujawsko-pomorskie i lubelskie (po 2), lubuskie, opolskie, pomorskie, śląskie, warmińsko-mazurskie i zachodniopomorskie (po 1). W województwach łódzkim, podkarpackim, świętokrzyskim i wielkopolskim ta forma opieki nie jest dostępna dla chorych (dane z 2005 r.)⁵. Działające zespoły są niejednolite pod względem struktury. Taka sytuacja wymaga zmiany. Niektóre z zespołów składają się jedynie z lekarza psychiatry, co zaprzecza idei interdyscyplinarności i holistycznej opieki nad chorym.

W 2005 r. pracownicy zespołów przeprowadzili 94 111 wizyt, z czego prawie 57% odbyło się w środowisku chorego. Porad udzielały najczęściej pielęgniarki (37%), następnie lekarze (30%) i psycholodzy (18%)⁶. Pacjenci byli najczęściej objęci opieką długoterminową – ponad 6 miesięcy – 62%⁷.

Koszty opieki psychiatrycznej

Koszty opieki psychiatrycznej ponoszone przez Narodowy Fundusz Zdrowia wykazują stały wzrost. Wynika to przede wszystkim z coraz większej liczby osób, którym pomoc jest udzielana – w latach 1990–2005 wskaźnik rozpowszechnienia leczonych w opiece ambulatoryjnej wzrósł o 124%, natomiast wskaźnik rozpowszechnienia hospitalizacji o 50%. W tych samych latach wskaźnik zapadalności w lecznictwie ambulatoryjnym wzrósł o 131%, natomiast w lecznictwie całodobowym o 90%⁸.

W latach 2004–2006 koszty poniesione przez NFZ na świadczenia w rodzaju: leczenie psychiatryczne i uzależnień (PSY), zwiększyły się o 13%, osiągając w 2006 r. kwotę 1 169 877 060 złotych. Stanowi to 3,2% kosztów świadczeń zdrowotnych poniesionych przez NFZ⁹. Zarówno w Unii Europejskiej, jak i w innych krajach rozwiniętych wskaźnik ten oscyluje w okolicach 10% całkowitych wydatków na ochronę zdrowia¹⁰.



Ryc. 3. Koszty zrealizowanych umów w rodzaju: leczenie psychiatryczne i uzależnień.
Źródło: Raport NFZ 2004, Raport NFZ 2006

Ze względu na strukturę opieki psychiatrycznej świadczenia realizowane są przede wszystkim przez jednostki instytucjonalnej opieki psychiatrycznej niespełniające współcześnie obowiązujących wytycznych. Niestety, ze względu na sposób raportowania nie są dostępne szczegółowe dane wskazujące na koszty funkcjonowania 29 zespołów opieki środowiskowej.

Wpływ przekształcenia systemu opieki psychiatrycznej z instytucjonalnej w środowiskową został po raz pierwszy zanalizowany w 1994 r. przez M. Knappa

i wsp. Przeprowadzone badanie miało na celu porównanie kosztów opieki nad chorymi z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi prowadzonej jako leczenie szpitalne oraz leczenie środowiskowe (*Daily Living Programme*). Głównym wynikiem badania było wykazanie znaczącej różnicy w kosztach leczenia na korzyść leczenia środowiskowego nie tylko w krótkim horyzoncie czasowym, lecz również w opiece średnioterminowej. Kolejną konkluzją było to, że większość oszczędności dotyczyło wydatków ponoszonych przez *National Health Fund*¹¹. W kolejnym badaniu kosztów leczenia ponoszonych w ramach psychiatrycznej opieki środowiskowej (Merson i wsp. 1996) wykazano, że tradycyjna opieka kosztuje nawet o 130% więcej niż opieka środowiskowa podobnej grupy pacjentów¹², natomiast w przeprowadzonym w 2001 r. przez Marshalla przeglądzie systematycznym wykazano efektywność kosztową opieki środowiskowej na poziomie 65%¹³.

Rozpatrując koszty opieki psychiatrycznej prowadzonej w modelu środowiskowym, należy również pamiętać o jakości opieki zapewnianej osobom chorym. Przy założeniu, że koszty opieki psychiatrycznej prowadzonej w oparciu o model środowiskowy będą nawet na takim samym poziomie jak dotychczas, warto – ze względu na efektywność terapii, jakość życia chorych i ich lepsze funkcjonowanie w społeczeństwie – przeprowadzić reformę.

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego

Bardzo znaczącym wydarzeniem stało się uchwalenie 23 lipca 2008 r. ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Jej zapisy pozwolą na rozpoczęcie prac w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) na lata 2009–2013. Kluczowa z punktu widzenia rozwoju opieki psychiatrycznej w Polsce jest zwłaszcza realizacja celu 2. NPOZP – „Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej, zintegrowanej i dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form pomocy niezbędnych do życia w środowisku społecznym (w tym rodzinnym, zawodowym) poprzez systemowe upowszechnienie:

- środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej,
- zróżnicowanych form pomocy i wsparcia społecznego,
- udziału w życiu zawodowym,
- koordynacji różnych form opieki i pomocy”¹⁴.

W wytycznych dotyczących cytowanego powyżej celu autorzy Programu zawierają główne rekomendacje Światowej Organizacji Zdrowia, co stanowi słuszny kierunek przy tworzeniu podstaw dla dobrze funkcjonującego, odpowiadającego na potrzeby chorych systemu psychiatrycznej opieki środowiskowej. Wśród działań, których wdrożenie jest niezbędne, umieszczono:

1. „Utworzenie sieci centrów (ośrodków) zdrowia psychicznego, zapewniających kompleksową (w tym szpitalną) opiekę dla mieszkańców (dorosłych oraz dzieci i młodzieży) określonego terytorium [...] i przejęcie przez nią odpowiedzialności za zapewnienie i koordynację opieki:

- struktura organizacyjna centrum jest dostosowana do lokalnych potrzeb zdrowotnych ludności,
- centrum zdrowia psychicznego zatrudnia wielospecjalistyczny zespół terapeutyczny, koordynujący całość opieki nad pacjentem,
- opieka szpitalna jest zapewniana głównie na oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych.

2. Zmniejszenie dużych szpitali psychiatrycznych i przekształcenie ich w placówki wyspecjalizowane (m.in. profilowane, rehabilitacyjne, opiekuńcze, hostelowe).

3. Zapewnienie kadr o zróżnicowanych i wysokich kompetencjach odpowiadających potrzebom opieki środowiskowej (zwłaszcza: psychiatrów, psychiatrów dzieci i młodzieży, psychologów klinicznych, pielęgniarek, pracowników socjalnych, psychoterapeutów, terapeutów środowiskowych, specjalistów i instruktorów terapii/psychoterapii uzależnień).

4. Dostosowanie sposobu finansowania świadczeń zdrowotnych do wymagań środowiskowego modelu opieki.

5. Zapewnienie współpracy i ciągłości opieki nad osobami korzystającymi ze świadczeń placówek podlegających różnym resortom (cywilnych, mundurowych, więziennych)¹⁵.

Wdrożenie powyższych działań pozwoli nam zbliżyć się do standardów panujących w krajach Unii Europejskiej. Zaproponowane w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego rozwiązania wpłyną pozytywnie zarówno na proces deinstytucjonalizacji, jak i osiągnięcie wyznaczonych przez organizacje międzynarodowe wskaźników dostępności opieki psychiatrycznej. Ważnym efektem będzie również zniesienie dysproporcji w dostępie do opieki psychiatrycznej w zależności od miejsca zamieszkania osoby chorej, a co za tym idzie – zapewnienie ciągłej opieki i monitorowania stanu zdrowia pacjenta¹⁶. Implementacja zadań z zakresu psychiatrycznej opieki środowiskowej zawartych w Programie daje osobom z chorobami psychicznymi szansę na godne życie bez izolacji od lokalnej społeczności, możliwość rehabilitacji społecznej oraz poczucia przynależności do społeczeństwa.

Zmiany w systemie opieki psychiatrycznej na świecie

Historię opieki psychiatrycznej na świecie można podzielić na trzy etapy¹⁷:

- etap I – instytucjonalizacja (od XIX w. do połowy XX w.),
- etap II – początki systemów opieki psychiatrycznej (ok. 1945–1970),
- etap III – dalsza ewaluacja systemów opieki psychiatrycznej (od 1970 r.).

Początkowo – od XIX w. do połowy XX w. – wszelkie działania koncentrowały się na zinstytucjonalizowaniu opieki psychiatrycznej poprzez stworzenie sieci szpitali psychiatrycznych, a dla zamożniejszych mieszkańców Europy sanatoriów oraz ośrodków SPA. W drugim etapie – datowanym od końca II wojny światowej do lat 70. – zaczęto rozwijać koncepcję otwartych ośrodków współdziałających z otoczeniem. W Wielkiej Brytanii, która była prekursorem zmian w Europie, wprowadzona została również formuła dziennej opieki przy szpitalach psychiatrycznych. Kolejnym krokiem ku reformie systemu opieki psychiatrycznej podjętym przez władze brytyjskie było uchwalenie w 1959 r. *Mental Health Act* oraz ogłoszenie dwa lata później *The Hospital Plan for England and Wales*, który wzywał do ograniczania liczby łóżek w dużych instytucjach psychiatrycznych „azylach” na rzecz łóżek psychiatrycznych w szpitalach ogólnych oraz szpitalnej opieki dziennej i ośrodków środowiskowych¹⁸. Na początku lat 60. XX w. także w Stanach Zjednoczonych nastąpiła szybka redukcja łóżek psychiatrycznych, co zaowocowało przeniesieniem osób chorych z instytucji zamkniętych do społeczeństwa¹⁹. Brak przygotowanego wydajnego systemu opieki środowiskowej sprawił, że najciężej chorzy pozostali bez pomocy, gdyż nieprzyzwyczajeni do funkcjonowania w społeczeństwie nie potrafili korzystać z oferowanych rozwiązań²⁰. Podobna sytuacja miała miejsce we Włoszech, gdzie po uchwaleniu w 1978 r. tzw. *Law 180* zamknięte zostały szpitale psychiatryczne. Doświadczenia drugiego etapu rozwoju opieki psychiatrycznej można podsumować jako próby znalezienia konsensusu między opieką zinstytucjonalizowaną a opieką opartą na ośrodkach środowiskowych bez uwzględnienia potrzeb i możliwości osób chorych. Od początku lat 70. XX w. środowiska medyczne wraz ze Światową Organizacją Zdrowia pracują nad stworzeniem optymalnego modelu opieki psychiatrycznej. Rekomendowany model zakłada rozwój pionowy struktur oraz udział w opiece nad osobami chorymi specjalistów z wykształceniem pozamedycznym²¹. Lata 80. XX w. w wielu krajach europejskich oraz w Stanach Zjednoczonych poświęcono na opracowanie programów i przeprowadzenie działań, których celem było stworzenie środowiska odpowiedniego dla osób z chorobami psychicznymi. Zwrócono szczególną uwagę na dopasowanie oferowanych programów do stanu chorego tak, by opieką zostali objęci wszyscy chorzy przebywający poza szpitalami.

Obecnie w krajach europejskich nie ma jednego, przeważającego systemu opieki psychiatrycznej. Funkcjonujące w poszczególnych krajach rozwiązania są dopasowywane do potrzeb osób chorych oraz odpowiadają możliwościom strukturalno-ekonomicznym danego państwa. Niemniej jednak, założenia modelu psychia-

trycznej opieki środowiskowej zawsze stanowią podstawę dla implementowanych poszczególnych rozwiązań.

Austria

National Hospital Plan ogłoszony w 1997 r. zakłada opracowanie przez każdy z landów własnego planu zawierającego rozwiązania z zakresu psychiatrii środowiskowej. Ostatnie uaktualnienie (2001 r.) przewiduje tworzenie oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych. Obecnie istnieje kilka takich oddziałów, kolejne są na etapie planowania. Ze względu na uwarunkowania historyczne, w Austrii przeważa opieka w ośrodkach zamkniętych, nie tylko w psychiatrii, ale również i innych dziedzinach medycyny²².

Grecja

National Health Plan uchwalony w 1997 r. Głównymi wytycznymi w kierunkach zmian w greckiej opiece psychiatrycznej są: kontynuacja deinstytucjonalizacji i destygmatyzacji, stworzenie systemu opieki psychiatrycznej obejmującej cały kraj, kontynuacja rozwoju ośrodków podstawowej opieki zdrowotnej oraz oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych, intensyfikacja rozwoju jednostek rehabilitacyjnych, tworzenie i rozwój inicjatyw pacjenckich w celu promocji społecznej i ekonomicznej oraz zawodowej reintegracji osób z ciężkimi chorobami psychicznymi, a także określenie szczegółowych wytycznych i procedur ochrony praw pacjenta²³.

Włochy

Po reformie w 1978 r., skutkującej zamknięciem szpitali psychiatrycznych, kolejnym podjętym działaniem było stworzenie lokalnych „Departamentów Zdrowia Psychicznego”, które swoim działaniem obejmować będą obszar zamieszkały przez ok. 100 000 mieszkańców. Głównymi zadaniami organizacji są: promocja zdrowia psychicznego; prewencja nawrotów oraz ich konsekwencji zarówno psychologicznych, jak i społecznych, objęcie opieką rodzin osób chorych oraz prewencja samobójstw i samoagresji²⁴.

Holandia

W opracowanej przez holenderski rząd strategii zdrowia psychicznego największy nacisk położono na stworzenie systemu opieki psychiatrycznej, który jest dostosowany do potrzeb osoby chorej. System uwzględnia jej sytuację społeczną i kulturową, zapewnia dostęp zarówno do leczenia medycznego i psychiatrycznego, jak również wsparcia socjalnego; odpowiada zasadzie odwróconego lejka – przypadki, których terapia może być prowadzona na poziomie lokalnym, prowadzone są przez lekarzy pierwszego kontaktu ze wsparciem psychologów i pracowników

socjalnych, przypadki ciężkie leczone są przez specjalistów w regionalnych centrach umiejscowionych w szpitalach ogólnych; terapia najcięższych przypadków prowadzona jest na poziomie krajowym w szpitalach uniwersyteckich²⁵.

Wielka Brytania

Wielka Brytania kontynuuje działania zmierzające ku deinstytucjonalizacji²⁶. System psychiatrycznej opieki środowiskowej został w ciągu ostatnich 20 lat znacząco poszerzony poprzez utworzenie środowiskowych zespołów zdrowia psychicznego (*Community Mental Health Teams – CMHT*) oraz wyspecjalizowanych zespołów interwencyjnych (*Assertive Outreach Teams, Crisis Resolution Teams, Early Intervention in Psychosis Teams*)²⁷. Zgodnie z *The Mental Health Policy Implementation Guide* zespół CMHT stanowi podstawę systemu opieki. Jest stworzony na potrzeby od 10 000 do 60 000 osób w zależności od poziomu chorobowości w danym regionie oraz odległości niezbędnych do pokonania. Każdy z pracowników zespołu powinien mieć nie więcej niż 35, natomiast cały zespół ok. 300–350 podopiecznych. Do zadań zespołu należy wielospecjalistyczna opieka nad osobami chorymi, monitorowanie i ocena stanu chorego, a także ułatwienie kontaktu z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej²⁸.

Model optymalny psychiatrycznej opieki środowiskowej – światowe rekomendacje

Zdrowie psychiczne znalazło się w ostatnich latach na pierwszych miejscach agend spotkań instytucji międzynarodowych. Rozpoczynając od całkowicie poświęconemu tej tematyce raportowi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*, przez kolejną publikację WHO z 2003 r. *What are the arguments for community-based mental health care?*, kończąc na opublikowanych w 2005 r. przez kraje członkowskie Regionu Europejskiego WHO, Unię Europejską i Radę Europy dokumentach *Mental Health Declaration for Europe* oraz *Mental Health Action Plan for Europe*²⁹. W odpowiedzi na wezwania zawarte w obu dokumentach Komisja Europejska opublikowała pod koniec 2005 r. *Green Paper: Improving the mental Health of the population: Towards a strategy on mental Health for the European Union*. Jest to dokument, który w założeniu ma stanowić podstawę do prac nad wspólną europejską strategią zdrowia psychicznego. Podsumowania dotychczasowych opracowań dokonano w kolejnej publikacji WHO – *Mental Health Policy and Practice across Europe. The future direction of mental health care*.

Motywy przewodnim wymienionych powyżej publikacji jest zdecydowany zwrot ku tworzeniu systemów opieki psychiatrycznej opartych na modelu opieki środowiskowej.

Światowa Organizacja Zdrowia w raporcie z 2001 r. wśród rekomendacji wskazuje opiekę środowiskową jako model o lepszych od instytucjonalnego efektach terapeutycznych oraz umożliwiający osiągnięcie lepszej jakości życia osób chorych. Podkreśla efektywność kosztową takiego rozwiązania, a także wskazuje go jako respektujący prawa i godność osób z chorobami psychicznymi. Według WHO nie bez znaczenia jest zarówno prewencyjne znaczenie placówek psychiatrycznej opieki środowiskowej, jak i ich rola w zmniejszaniu stygmy powodowanej chorobą psychiczną. Krokiem zalecanym przez organizację jest zastąpienie dużych szpitali psychiatrycznych placówkami psychiatrycznej opieki środowiskowej ze wsparciem zaplecza szpitalnego zapewnionego w szpitalach ogólnych³⁰. W opublikowanym dwa lata później dokumencie – *What are the arguments for community-based mental health care?* – autorzy na podstawie analizy ponad 140 publikacji naukowych z lat 1980–2003 formułują rekomendacje dla tworzenia narodowych systemów opieki psychiatrycznej. Wśród najważniejszych znajduje się wskazanie modelu zrównoważonego jako głównej wytycznej dla tworzenia nowoczesnej opieki psychiatrycznej. W modelu tego typu główny ciężar spoczywa na placówkach psychiatrycznej opieki środowiskowej, jednak z dosyć dużą rolą wspierającą jednostek szpitalnych. Oznacza to, że opieka psychiatryczna jest prowadzona przez ogólne ośrodki zdrowia, natomiast interwencje wymagające hospitalizacji przeprowadzane są tylko w sytuacjach tego wymagających, a sam pobyt chorego w szpitalu powinien być jak najkrótszy³¹. Tym samym rekomendacje te wpisują się w założenia

psychiatrycznej opieki środowiskowej opisane przez Beckera i Vázquez-Barquero w 2001 r. i obejmujące:

- proces deinstytucjonalizacji i likwidacji szpitali psychiatrycznych starego typu,
- rozwój alternatywnych rozwiązań i programów środowiskowych,
- integrację z ośrodkami podstawowej opieki zdrowotnej,
- integrację z systemem opieki społecznej i środowiskowej³².

Wśród zobowiązań określonych na lata 2005–2015 w podpisanej przez ministrów zdrowia krajów członkowskich europejskiego regionu WHO deklaracji *Mental Health Declaration for Europe* znalazło się wspieranie rozwoju ośrodków psychiatrii środowiskowej zastępujących opiekę w dużych sprofilowanych ośrodkach psychiatrycznych³³. Deklaracja znalazła swoją kontynuację w przyjętym w tym samym roku Planie Działania (*Mental Health Action Plan for Europe*). W zakresie opieki psychiatrycznej zaleca się rozwój systemu opartego na ośrodkach psychiatrii środowiskowej wzbogaconych o dostęp do łóżek szpitalnych w szpitalach ogólnych ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb emocjonalnych, ekonomicznych oraz edukacyjnych rodzin, bliskich i przyjaciół osób chorych, gdyż właśnie te grupy są bardzo często źródłem wsparcia dla chorych, a przez to i same potrzebują pomocy. Wśród proponowanych działań wskazane jest stworzenie ośrodków opieki środowiskowej dostępnych 24 godz. na dobę, umożliwiających dostęp do wielospecjalistycznego personelu dla osób z takimi poważnymi chorobami psychicznymi, jak schizofrenia, choroba afektywna dwubiegunowa, ciężka depresja lub otępienie³⁴. W Zielonej Księdze deinstytucjonalizacja i podążanie w rozwoju systemów opieki psychiatrycznej w kierunku podstawowej opieki zdrowotnej, ośrodków środowiskowych i szpitali ogólnych jest również wskazane jako działanie wspierające społeczną integrację osób chorych i jako takie zalecane³⁵.

Powyższa analiza dokumentów opracowanych na przestrzeni ostatnich lat jasno wskazuje, że model psychiatrycznej opieki środowiskowej zdefiniowany jako system oparty na podstawowej opiece zdrowotnej, lokalnych ośrodkach środowiskowych ze wsparciem hospitalizacyjnym zapewnianym przez lokalne szpitale ogólne spełnia kryteria skutecznej opieki psychiatrycznej dostosowanej do potrzeb osób chorych i ich bliskich. Jako taki został przyjęty przez instytucje europejskie oraz WHO za optymalny i jest zalecany jako standard dla tworzenia strategii zdrowia psychicznego w państwach członkowskich.

Kierunki zmian w polskim modelu psychiatrycznej opieki środowiskowej

Planowanie zmian w opiece psychiatrycznej musi być prowadzone z uwzględnieniem podstawowych postulatów psychiatrii środowiskowej. System, który będzie wdrażany, powinien gwarantować osobom chorym opiekę pozwalającą na funkcjonowanie we własnym środowisku i zapewniającą możliwie wysoką jakość życia w połączeniu z poszanowaniem ich godności i praw.

Zgodnie z założeniami psychiatrycznej opieki środowiskowej zmianie ulec powinno podejście do terapii chorego jako procesu znacznie szerszego niż jedynie aspekty klinicznej kontroli choroby, obejmującego także funkcjonowanie chorego w społeczeństwie oraz pomoc w codziennych zadaniach. Ważne jest również objęcie pomocą osób najbliższych choremu, które bardzo często stanowią podstawową siłę w opiece nad chorym, a przez to same potrzebują pomocy.

Organizacja systemu opieki środowiskowej będzie wymagała – tak jak jest to praktykowane na świecie – umiejscowienia zadań na poziomie lokalnym, w środowisku własnym osób potrzebujących wsparcia, jedynie z koordynacją działań na poziomie centralnym. Bardzo ważna jest integracja opieki psychiatrycznej ze strukturami podstawowej opieki zdrowotnej oraz wypracowanie procedur umożliwiających bezkonfliktową współpracę na linii systemów: zdrowotnego i opieki społecznej.

Etap pierwszy – stworzenie ogólnopolskiej sieci poradni zdrowia psychicznego

Zmiany prowadzące ku środowiskowemu modelowi opieki psychiatrycznej wymagają w pierwszej kolejności przygotowania ludności do funkcjonowania w lokalnym środowisku, które będzie wspierało osoby z zaburzeniami psychicznymi. W tym celu niezbędne jest prowadzenie działań edukacyjnych, lecz przede wszystkim umożliwienie osobom chorym prowadzenie terapii w miejscu zamieszkania. Dlatego pierwszym etapem procesu przekształcania polskiego systemu opieki psychiatrycznej powinno być stworzenie ogólnopolskiej sieci poradni zdrowia psychicznego (określone w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego – Centra Zdrowia Psychicznego). Znaczna poprawa niezbędna jest również w dostępności do psychiatrycznych zespołów środowiskowych.

Dla społeczeństwa polskiego 29 zespołów to liczba stanowczo za mała. Jeśli przyjąć cytowane w tym opracowaniu wytyczne władz brytyjskich, takich jednostek powinno być w Polsce ponad 600. Poradnie zdrowia psychicznego oraz zespoły opieki środowiskowej jako główny element systemu wymagają zorganizowania w pierwszej kolejności. Największą obecnie potrzebą jest zapewnienie społeczeństwu lepszego dostępu do zespołu terapeutycznego oraz – w przypadku konieczności terapii – utrzymanie jej ciągłości, a co za tym idzie, podniesienie skuteczności.

Uzyskanie pożądaných efektów wymaga stworzenia sieci placówek, których liczba zapewni objęcie opieką jednej poradni ok. 1500 dorosłych osób³⁶. Bardzo ważna jest również standaryzacja poradni pod kątem specjalizacji personelu (ujednolicenie zespołów), godzin funkcjonowania (czynna codziennie) oraz wyrównanie całej sieci pod kątem odległości od miejsca zamieszkania chorego (jedna poradnia powinna objąć swoim działaniem obszar zamieszkały przez ok. 50 000 mieszkańców)³⁷. Istotne jest także doprowadzenie do lepszej współpracy poradni z innymi ośrodkami opieki psychiatrycznej oraz instytucjami opieki społecznej.

Poradnie zdrowia psychicznego powinny być finansowane z funduszy wojewódzkich przyznawanych zarządzeniem wojewody, natomiast zarządzanie nimi powinno zostać powierzone kierownikom poradni.

Głównymi zadaniami poradni zdrowia psychicznego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej powinny być:

- prowadzenie opieki czynnej,
- zapewnienie opieki zespołu leczenia domowego,
- prowadzenie grup edukacyjnych,
- współpraca z opieką społeczną w celu aktywizacji zawodowej osób chorych.

Wśród zadań przewidzianych w ramach opieki czynnej znajduje się stały nadzór nad grupą osób wymagających aktywnej opieki, w tym również prowadzenie rejestru tych osób umożliwiającego kontrolę procesu terapeutycznego (np. terminy wizyt, terminy podawania leku, jeśli wymaga podania w poradni itp.) oraz zawierającego informacje umożliwiające szybki kontakt z chorym, oprócz danych teledoresowych również informacje o zmianie miejsca pobytu (np. wyjazd). Brak kontaktu z chorym lub jego nieobecność w ustalonym terminie spotkania powinny powodować wdrożenie działań administracyjnych, takich jak wizyta asystenta socjalnego w celu poznania przyczyn nieobecności. Jednym z zadań opieki czynnej prowadzonej w ramach poradni zdrowia psychicznego jest również zawężenie grupy osób, które zostają poddane hospitalizacji. W tym celu w każdej poradni powinny zostać powołane Zespoły Leczenia Domowego, których zadaniem będzie aktywna opieka nad chorymi rozumiana jako konsultacje specjalistyczne w domu chorego oraz prowadzenie terapii w środowisku chorego. Hospitalizacje powinny być zarezerwowane jedynie dla przypadków, w których żadna z dostępnych w domu chorego form terapii nie daje efektu.

Poradnie zdrowia psychicznego muszą wychodzić do społeczeństwa, prowadzić otwarte grupy edukacyjne – spotkania ze specjalistami, prelekcje związane ze zdrowiem psychicznym organizowane raz w tygodniu w poradni i nagłaśniane w miejscach publicznych. Prowadzenie takich działań pozwoli na aktywne poszukiwanie osób, które potrzebują wsparcia specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego. Mogą być ponadto elementem włączania chorych w życie lokalnego społeczeństwa.

Ostatnim, lecz równie ważnym zadaniem poradni zdrowia psychicznego będzie ścisła współpraca z instytucjami opieki społecznej, mająca na celu prowadzenie ak-

tywizacji zawodowej osób chorych. Jednym z głównych założeń psychiatrii środowiskowej jest umożliwienie chorym funkcjonowania w ich lokalnych społecznościach, a także – w miarę możliwości każdego z pacjentów – powrót do aktywnego życia, w tym również życia zawodowego. Rolę poradni zdrowia psychicznego można w takim przypadku określić jako integratora opieki nad osobą chorą. Z jednej strony zadaniem jest nadzorowanie postępów terapii, z drugiej czuwanie nad szybkością i zakresem powrotu osoby chorej do społeczeństwa.

Osoby, które nie będą chciały lub nie będą mogły podjąć pracy, powinny być skierowane do współpracujących z poradniami zdrowia psychicznego Warsztatów Terapii Zajęciowej lub Środowiskowych Domów Samopomocy. W pracy w domu z najcięższymi chorymi będą pomagały zespoły specjalistycznych usług opiekuńczych.

Działające w ten sposób i współpracujące Centra nikogo nie pozostawią samego, a każdy chory uzyska pomoc adekwatną do jego potrzeb.

Etap drugi – tworzenie hosteli i mieszkań chronionych

W drugim etapie zmian wskazane jest tworzenie ośrodków, które pozwolą na ponowne, stopniowe wdrażanie osób chorych do funkcjonowania w społeczeństwie. Biorąc pod uwagę potrzeby kolejnych faz leczenia, środowiskowy model opieki przewiduje opiekę w hostelach, gdzie chorzy mają całodobową opiekę wyspecjalizowanego personelu, oraz w mieszkaniach chronionych, gdzie chorzy przechodzą kolejny etap wdrażania w samodzielne życie z czasową pomocą personelu (codzienne wizyty). Ze względu na niezadowalający poziom akceptacji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi³⁸, również na tym etapie niezbędne jest prowadzenie zakrojonych na szeroką skalę działań edukacyjnych. Jedynie uzyskanie przyzwolenia lokalnej społeczności na uruchomienie hostelu lub mieszkania chronionego jednoznacznie z akceptacją chorych pozwoli na pełne wykorzystanie zalet środowiskowego modelu opieki. Będzie miało pozytywny wpływ na skuteczność działań terapeutycznych i rehabilitacyjnych, znacząco skracając czas niezbędny do uzyskania najpełniejszego możliwego poziomu funkcjonowania osoby chorej w środowisku.

Większość chorych po wyjściu z oddziału pełnodobowego będzie potrzebowała dokończenia leczenia w trybie dziennym. Istnieje pilna potrzeba zwiększenia liczby i dostępu do Oddziałów Dziennych dla każdego chorego, nawet tego, który mieszka w oddalonej wsi. Rozwiązaniem jest zorganizowanie sieci małych busów przywożących pacjentów do Oddziałów. Takie busy przypisane do ośrodków bardzo ułatwiają aktywną opiekę, kontakt z rodziną pacjenta czy szybką interwencję medyczną.

Etap trzeci – zmiana struktury zasobów opieki psychiatrycznej

Dopiero po zbudowaniu sprawnie funkcjonującej w opisanym powyżej zakresie sieci poradni zdrowia psychicznego możliwe będzie rozpoczęcie trzeciego etapu przekształcania systemu opieki psychiatrycznej i dopasowanie go do wymogów

europjskich. Zmniejszenie liczby izolowanych szpitali psychiatrycznych na rzecz oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych jest obecnie wyzwaniem. Należy jednak pamiętać, by likwidacja tego typu placówek nastąpiła dopiero po uruchomieniu ośrodków o kompetencjach umożliwiających przejście chorych i przygotowanie ich do funkcjonowania w społeczeństwie. Zgodnie z szacunkami Instytutu Psychiatrii i Neurologii docelowo zasoby opieki psychiatrycznej powinny być uzupełnione o 1500 łóżek na oddziałach psychiatrycznych, 1400 łóżek na oddziałach dla osób uzależnionych, 7000 miejsc na oddziałach opieki dziennej, 2000 łóżek na oddziałach opiekuńczo-leczniczych, 1500 miejsc w hostelach, 400 zespołów leczenia środowiskowego oraz 200 poradni. Bardzo ważne jest także dostosowanie zasobów i struktury kadr w zawodach istotnych dla psychiatrycznej opieki środowiskowej.

Tabela 1. Oczekiwane zatrudnienie. Źródło: Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, załącznik 3

Zawód	Oczekiwania		Stan obecny liczba
	wskaźnik/100 tys. mieszkańców	liczba	
psychiatra	10,0	4000	2700
psychiatra dzieci i młodzieży	1,0	400	206
psycholog kliniczny	9,5	3800	1400
pracownik socjalny	10,0	4000	300
pielęgniarka	35,0	14 000	10 000
terapeuta zajęciowy/terapeuta środowiskowy	8,0	3200	560
psychoterapeuta z certyfikatem	2,0	800	500
specjalista i instruktor terapii odwykowej	3,0	1200	1000

Istotną kwestią jest konsekwentna edukacja społeczeństwa mająca na celu zmniejszenie stygmy i poziomu dyskryminacji społecznej osób z chorobami psychicznymi. Opublikowane w sierpniu 2008 r. wyniki badania opinii publicznej (Wciórka B, Wciórka J, *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie. Komunikat z badań*, CBOS) wskazują na niewystarczające przygotowanie polskiego społeczeństwa do przyznania prawa osobom z chorobami psychicznymi do pełnego uczestniczenia w życiu społecznym. Choroba psychiczna nadal postrzegana jest jako wstydliva. Zmiana tej postawy jest jednym z wyzwań, jakie stoi przed naszym społeczeństwem. Przewiduje się również współpracę ze stowarzyszeniami pacjentów, ich opiekunów i rodzin, klubami pacjenta oraz instytucjami wspierającymi prawa pacjentów, organizacjami prowadzącymi grupy wsparcia i wszelkie działania prowadzone na rzecz osób z chorobami psychicznymi. Organizacje te są niezmiernie ważnym partnerem w opiece nad osobami chorymi psychicznie, a działania podejmowane wspólnie są niezbędne do wzrostu świadomości społecznej.

Wdrożenie w 2009 r. Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego znacząco poprawi sytuację i pozwoli na aktywne podjęcie działań kierujących polską opieką psychiatryczną w stronę rozwiązań europejskich i światowych. Ważne jest, aby czerpiąc z doświadczeń innych państw, podążać drogą wolną od zbyt pochopnych działań, pamiętając, że zmiany, które wprowadzamy, mają wpływ na konkretnych ludzi i ich rodziny. Ludzi, którzy z racji wyjątkowości swojej choroby, są bardziej narażeni na wykluczenie społeczne i dyskryminację.

Przypisy

- ¹ Wciórka B, Wciórka J. *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie. Komunikat z badań*, Centrum Badań Opinii Społecznej, 2008.
- ² Instytut Psychiatrii i Neurologii (2006). *Zakłady Psychiatrycznej oraz Neurologicznej Opieki Zdrowotnej, Rocznik Statystyczny 2005*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, tabl. 5.86., 206.
- ³ Instytut Psychiatrii i Neurologii (2006). *Zakłady Psychiatrycznej oraz Neurologicznej Opieki Zdrowotnej, Rocznik Statystyczny 2005*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, tabl. 5.86., 206.
- ⁴ Amaddeo F, Becker T, Fioritti A, Burti L, Tansella M (2007). *Mental Health Policy and Practice across Europe. The future direction of mental health care: Reforms in community care: the balance between hospital and community-based mental health care*, World Health Organization, 236.
- ⁵ Instytut Psychiatrii i Neurologii (2006). *Zakłady Psychiatrycznej oraz Neurologicznej Opieki Zdrowotnej, Rocznik Statystyczny 2005*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, tabl. 2.50., 146.
- ⁶ Instytut Psychiatrii i Neurologii (2006). *Zakłady Psychiatrycznej oraz Neurologicznej Opieki Zdrowotnej, Rocznik Statystyczny 2005*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, tabl. 2.51., 147.
- ⁷ Instytut Psychiatrii i Neurologii (2006). *Zakłady Psychiatrycznej oraz Neurologicznej Opieki Zdrowotnej, Rocznik Statystyczny 2005*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, tabl. 2.53., 149.
- ⁸ Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (2007), www.mz.gov.pl, 5; Instytut Psychiatrii i Neurologii (2006), *Zakłady Psychiatrycznej oraz Neurologicznej Opieki Zdrowotnej, Rocznik Statystyczny 2005*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 18-19, 28-29.
- ⁹ Raport NFZ 2006 (2007), Narodowy Fundusz Zdrowia, tabela 329, 173.
- ¹⁰ Souetre F. Economic evaluation in mental disorders: community versus institutional care, *Pharmacoeconomics* 1994; 6: 330-6. W: Amaddeo F, Becker T, Fioritti A, Burti L, Tansella M (2007), *Mental Health Policy and Practice across Europe. The future direction of mental health care: Reforms in community care: the balance between hospital and community-based mental health care*, World Health Organization, 243.
- ¹¹ Knapp M, et al. *Service Use and Costs of Home-Based Versus Hospital-Based Care For People with Serious Mental Illness*. *British Journal of Psychiatry* 1994; 165: 195-203.
- ¹² Merson S, Tyrer P, Carlen D, Johnson T. *The cost of treatment of psychiatric emergencies: a comparison of hospital and community services*. *Psychological Medicine* 1996; 26: 727-34. W: Amaddeo F, Becker T, Fioritti A, Burti L, Tansella M (2007). *Mental Health Policy and Practice across Europe. The future direction of mental health care: Reforms in community*

- care: the balance between hospital and community-based mental health care*, World Health Organization, 244.
- ¹³ Marshall M, et al. (2001). *Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders; 1) Acute day hospital versus admission, 2) Vocational rehabilitation; 3) Day hospital versus outpatient care*. Health Technology Assessment, 5: 1-75. W: Amaddeo F, Becker T, Fioritti A, Burti L, Tansella M (2007). *Mental Health Policy and Practice across Europe. The future direction of mental health care: Reforms in community care: the balance between hospital and community-based mental health care*, World Health Organization, 244.
- ¹⁴ Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (2007), www.mz.gov.pl, 19.
- ¹⁵ Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (2007), www.mz.gov.pl, 19-20.
- ¹⁶ Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (2007), *Cel 2: oczekiwane efekty*, www.mz.gov.pl, 20.
- ¹⁷ Shorter E (2007). *Mental Health Policy and Practice across Europe. The future direction of mental health care: The historical development of mental health services in Europe*, World Health Organization, 15-29.
- ¹⁸ Shorter E (2007). *Mental Health Policy and Practice across Europe. The future direction of mental health care: The historical development of mental health services in Europe*, World Health Organization, 20.
- ¹⁹ Palermo GB. *The 1978 Italian Mental Health Law – a personal evaluation: a review*. Journal of the Royal Society of Medicine 1991; 84: 99-100.
- ²⁰ Załuska M, Prot K (2007). *Psychiatria środowiskowa jako środowiskowa opieka nad zdrowiem psychicznym*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 22-23.
- ²¹ Shorter E (2007). *Mental Health Policy and Practice across Europe. The future direction of mental health care: The historical development of mental health services in Europe*, World Health Organization, 21-22.
- ²² Amaddeo F, Becker T, Fioritti A, Burti L, Tansella M (2007). *Mental Health Policy and Practice across Europe. The future direction of mental health care: Reforms in community care: the balance between hospital and community-based mental health care*, World Health Organization, 236-239.
- ²³ Amaddeo F, Becker T, Fioritti A, Burti L, Tansella M (2007). *Mental Health Policy and Practice across Europe. The future direction of mental health care: Reforms in community care: the balance between hospital and community-based mental health care*, World Health Organization, 236-239.
- ²⁴ Amaddeo F, Becker T, Fioritti A, Burti L, Tansella M (2007). *Mental Health Policy and Practice across Europe. The future direction of mental health care: Reforms in community care: the balance between hospital and community-based mental health care*, World Health Organization, 236-239.
- ²⁵ Amaddeo F, Becker T, Fioritti A, Burti L, Tansella M (2007). *Mental Health Policy and Practice across Europe. The future direction of mental health care: Reforms in community care: the balance between hospital and community-based mental health care*, World Health Organization, 236-239.
- ²⁶ Amaddeo F, Becker T, Fioritti A, Burti L, Tansella M (2007). *Mental Health Policy and Practice across Europe. The future direction of mental health care: Reforms in community care: the balance between hospital and community-based mental health care*, World Health Organization, 236-239.
- ²⁷ Local Government Association, the NHS Confederation, Sainsbury Centre for Mental Health, Association of Directors of Social Services (2006), *Policy Paper, The Future of Mental Health: a Vision for 2015*, The Sainsbury Centre for Mental Health, 6-7.

- ²⁸ Boardman J, Parsonage M (2007). *Delivering the Government's Mental Health Policies. Services, staffing and costs: Community-based teams*, The Sainsbury Centre for Mental Health, 26-36.
- ²⁹ Knapp M, McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G (2007). *Mental Health Policy and Practice across Europe. The future direction of mental health care: an overview*, World Health Organization, 1-15.
- ³⁰ World Health Organization. *The World Health Report 2001, Mental Health: New Understanding, New Hope, The Way Forward*, World Health Organization, 110-111.
- ³¹ Thornicroft G, Tansella M (2003). *What are the arguments for community-based mental health care?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/document/E82976.pdf>, accessed 03/08/2008), 4.
- ³² Becker T, Vázquez-Barquero JL (2001). *The European perspective of psychiatric reform*. W: Knapp M, McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G (2007). *Mental Health Policy and Practice across Europe. The future direction of mental health care: an overview: 2*, World Health Organization, 236.
- ³³ World Health Organization (2005a). *Mental Health Declaration for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions*. Copenhagen, World Health Organization, 4.
- ³⁴ World Health Organization (2005b). *Mental Health Action Plan for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions*. Copenhagen, World Health Organization, 6-7.
- ³⁵ Green Paper (2005). *Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union*. Dostępne na: ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf, 11.
- ³⁶ Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (2007), zał. 1 Zarys modelu Centrum Zdrowia Psychicznego, www.mz.gov.pl.
- ³⁷ Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (2007), zał. 1 Zarys modelu Centrum Zdrowia Psychicznego, www.mz.gov.pl.
- ³⁸ Wciórka B, Wciórka J. *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie. Komunikat z badań*, Centrum Badania Opinii Społecznej, 2008.

