

Wyzwania dla psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla osób dorosłych na Dolnym Śląsku

Challenges for psychiatric health care for adults in Lower Silesia

Andrzej Kiejna^{1,2}, Michał Stachów², Dominik Krzyżanowski^{3,4}

¹ Dolnośląska Szkoła Wyższa we Wrocławiu,
Wydział Nauk Stosowanych (Zespół Badawczy ds. Zdrowia Publicznego)

² Dolnośląskie Centrum Zdrowia Psychicznego we Wrocławiu Sp. z o.o.

³ Dolnośląski Urząd Marszałkowski, Departament Zdrowia

⁴ Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu,
Zakład Medycznych Nauk Społecznych

Summary

The authors, in their study, refer to the changes taking place in Polish psychiatry under the National Mental Health Program (NMHP). They present their thoughts on the restructuring of psychiatric health care for adults in Lower Silesia. They refer to the European experiences described in the book *Better Mental Health Care* by G. Thornicroft and M. Tansella, and in the practical and scientific dimension – to the substantive premises, derived from demographic analyzes, epidemiological indicators obtained in the EZOP study, from Maps of Health Needs and other official statistics.

Lower Silesia is the fifth voivodeship in Poland in terms of population, with four psychiatric hospitals in need of restructuring, a lower than the national rate of beds per 100,000 population and a relatively high rate of the so-called common mental disorders should be included in a targeted pilot project under the NMHP. In conclusion, the authors strongly support the fastest possible implementation of the community model of psychiatric services in Lower Silesia, indicating the methodology that should accompany the transformation process, the risks that may occur, but most of all, making people aware of the benefits that society should achieve in a human and economic sense.

Słowa kluczowe: psychiatria środowiskowa, Dolny Śląsk

Key words: community psychiatry, Lower Silesia

Niniejsze opracowanie nawiązuje do publikacji Grahama Thornicrofta i Michele Tanselli *Better Mental Health Care*, w której autorzy na podstawie najlepszych dostępnych praktyk opierających się na założeniach etycznych, dowodach i doświadcze-

niu – jak pisze w przedmowie Benedetto Saraceno z WHO – pragną tworzyć lepszą psychiatryczną opiekę zdrowotną. Polskie wydanie książki – zatytułowane *W stronę lepszej psychiatrycznej opieki* – ukazało się w 2010 roku w związku z ogłoszeniem Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) [1].

Po niepowodzeniach pierwszego etapu NPOZP (2011–2015) [2] jego druga „odłona” obejmująca lata 2017–2022 [3] zbliża się pomału do momentu finalnego i warto odnieść się do realizacji założonych w nim celów z pozycji Dolnego Śląska. Niewątpliwie ważnym dokonaniem minionych trzech lat na poziomie krajowym było ustanowienie przez Ministra Zdrowia Biura do spraw pilotażu NPOZP i funkcji pełnomocnika Ministra Zdrowia ds. reformy psychiatrii, co miało zdynamizować prace nad reformą, w szczególności w zakresie powoływania tzw. pilotażowych centrów zdrowia psychicznego (CZP) [4]. Czy tak się stało? Pozostawiamy tę kwestię jako pytanie otwarte. Zgodnie z naukowym podejściem CZP w okresie trwania pilotażu powinny dostarczyć wiedzy opartej na dowodach w celu tworzenia kolejnych placówek, które mają stanowić organizacyjną strukturę dla psychiatrii środowiskowej jako dominującego – już w ciągu najbliższych kilku lat – modelu leczenia psychiatrycznego w Polsce. Dlatego jest bardzo ważne, aby wybór obszarów terytorialnych do pilotażu CZP opierał się na merytorycznych kryteriach, obejmował cały kraj, z równomiernym ich rozmieszczeniem we wszystkich województwach. Pilotaż powinien trwać przez określony czas, jednakowy dla wszystkich podmiotów biorących w nim udział. Niezwykle istotne jest zastosowanie do celów badawczych rekomendowanych w literaturze przedmiotu narzędzi naukowych, które pozwoliłyby ocenić efektywność CZP przez porównanie kluczowych dla procesu wskaźników między fazą wejścia, fazą procesu i fazą wyniku [1]. I w końcu należałoby też uwzględnić różne scenariusze przekształceń w ramach istniejących zasobów psychiatrycznej opieki zdrowotnej i możliwości ich przeprowadzenia, aby potrzeby chorych psychicznie mogły być zabezpieczone przez sprawiedliwy społecznie i najskuteczniejszy system świadczeń.

Spośród 33 CZP [5] tylko jedna placówka powstała na Dolnym Śląsku (DŚ) – utworzona 1 października 2018 roku w Bolesławcu w lokalizacji dużego szpitala psychiatrycznego. Centrum od 1 sierpnia 2020 roku rozszerzyło swój zasięg terytorialny o drugi powiat (Iwówecki) i łącznie obejmuje 111 962 osób, co stanowi 4,66% populacji DŚ >18 r.ż. Jest to ponad dwukrotnie niższy wskaźnik niż ten, który odnosi się do populacji obejmującej otwarte już centra w skali całego kraju – 12% [5]. Oznacza to, że na DŚ z finansowania *per capita* usług psychiatrycznych korzysta mniejszy odsetek ludności niż w wypadku reszty kraju (4,66% vs. 12%), a w jeszcze większym stopniu dysproporcja ta widoczna jest w porównaniu z Warszawą (25%).¹

Zdecydowanie klóci się to z zasadą równego dostępu obywateli do rozwiązań systemowych, które za sprawą reformy psychiatrii mają pomóc w integracji całego procesu leczenia w ramach różnych jego form, wraz z oparciem społecznym i uczestnictwem w życiu społeczno-zawodowym. To bardzo ważny kierunek całego procesu reform, gdyż mógłby on „zatrzymać” niezwykle niekorzystny trend systematycznego

¹ Obliczono na podstawie danych z Rocznika Statystycznego Rzeczypospolitej Polskiej 2018 [6] oraz danych uzyskanych z Biura ds. Pilotażu Centrów Zdrowia Psychicznego.

wzrostu kosztów ekonomicznych i społecznych związanych ze skutkami zaburzeń zdrowia psychicznego, które mogą się dodatkowo nasilać wskutek pandemii SARS-CoV-2. Według danych ZUS grupą chorobową generującą w Polsce w 2018 roku najwyższe wydatki związane z niezdolnością do pracy były zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (kategoria F w ICD-10), które wyniosły 15,8% wszystkich wydatków. Natomiast najwyższe wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy w wypadku mężczyzn dotyczyły schizofrenii (F20) – 3,6% [7].

Badania międzynarodowe pokazują, że zaburzenia psychiczne i behawioralne mają poważny negatywny wpływ na przewidywaną długość życia oraz na życie osobiste i społeczne chorych. Szacuje się, że w skali świata traci się rocznie z powodu tych zaburzeń 12% DALY (*Disability Adjusted Life Years*), oznaczających sumę lat życia utraconych na skutek przedwczesnej umieralności i lata życia niepełnosprawnego, skorygowanego niepełnosprawnością. Najwyższy odsetek DALY związany jest z depresją, a jego wartość uśredniona w Unii Europejskiej w 2017 roku wynosiła 2,23% łącznej liczby DALY, a dla Polski 1,23% DALY [1, 8]. Trzeba również pamiętać, że zaburzenia psychiczne mogą mieć poważne skutki dla członków rodziny osób chorujących, którzy borykają się ze zwiększonym obciążeniem opieką i obniżoną produktywnością ekonomiczną, co nie zawsze jest ujęte w wyliczeniach (koszty nieuchwytnie) [9, 10].

Oceniając z perspektywy województwa dolnośląskiego zmiany w zakresie leczenia psychiatrycznego, należy zwrócić uwagę na to, czy zabezpieczają one potrzeby mieszkańców DŚ i czy są zgodne z założeniami NPOZP, którego głównym celem jest rozwój zintegrowanej opieki środowiskowej jako alternatywnej formy wobec przeważającego dotychczas modelu szpitalnego, zwłaszcza w odniesieniu do osób wymagających długotrwałej terapii. Województwo dolnośląskie zamieszkuje około 2,9 mln mieszkańców (w tym ok. 2,4 mln. >18 r.ż.), co stanowi 7,6% ludności kraju, i jest ono czwartym najgęściej zaludnionym regionem Polski (po śląskim, małopolskim i mazowieckim). Jest to piąte pod względem liczby ludności województwo w Polsce, w którym prawie 69% ludności mieszka w miastach [11].

Według badania EZOP rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych według województw (oszacowanie punktowe i 95% przedziały ufności) sytuuje województwo dolnośląskie na czwartym miejscu po województwach łódzkim, świętokrzyskim i lubelskim ze wskaźnikiem 25,8% (21,3–30,8) przy wartości ogólnej dla Polski 23,4% (22,2–24,7). Zważywszy na przewlekły charakter większości z tych zaburzeń, określanych jako powszechne problemy psychiatryczne (*Common Mental Disorders* – CMD), w skali województwa potencjalnie można by się spodziewać około 520 tys. zgłoszeń do placówek ochrony zdrowia psychicznego, gdyby wszyscy cierpiący na te zaburzenia zdecydowali się z nich skorzystać. Wśród ocenianych zaburzeń w populacji osób dorosłych (18–64 lata) do najczęstszych w ciągu życia należały: zaburzenia związane z używaniem substancji – 12,8% (11,8–13,8); zaburzenia nerwicowe (lękowe) – 9,6% (8,9–10,3); zaburzenia nastroju – 3,5% (3,2–3,8) i zaburzenia impulsywne – 3,5% (3,1–4,0). Stwierdzono również, że 0,7% mieszkańców Polski w wieku produkcyjnym ma za sobą zdarzenie, które można zakwalifikować jako próbę samobójczą, co daje około 16 800 osób w województwie dolnośląskim [12]. Porównując wskaźniki samobójstw w Polsce i w województwie dolnośląskim (w statystykach policyjnych),

w latach 2014–2018 zwraca uwagę spadek zgonów z 16,0 do 13,5 na 100 tys. (różnica 15,6%) na obszarze całego kraju i w nieco większym zakresie na terenie województwa – z 19,0 do 14,8 (mniej o 22,1%), ale przez kolejne lata i tak obserwuje się nadwyżkę zgonów w województwie dolnośląskim. Dolny Śląsk jest też czwartym według kolejności województwem (po katowickim, małopolskim i łódzkim) z największą liczbą zgonów samobójczych [13]. Dlatego jednym z działań w zakresie profilaktyki samobójstw jest zgłoszony do postępowania konkursowego w ramach Regionalnego Programu Zdrowotnego województwa dolnośląskiego projekt badawczy dotyczący profilaktyki samobójstw wśród dorosłych mieszkańców DŚ.

Szczegółową statystykę dotyczącą wykonanych usług psychiatrycznych w Polsce przedstawiają Mapy Potrzeb Zdrowotnych (MPZ). Są to precyzyjne analizy oparte na danych Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), uwzględniające też podziały na poszczególne województwa [11]. Łączna liczba osób z zaburzeniami psychiatrycznymi objętych rejestrem NFZ w 2019 roku wynosiła na DŚ 104,76 tys. (w Polsce 1505,73 tys.). Stanowi to zaledwie 1/5 wszystkich przypadków, u których w badaniu EZOP rozpoznano przynajmniej jedno zaburzenie psychiczne CMD (25,8% – po ekstrapolacji na populację DŚ daje to 520 tys. osób). Oznacza to, że znaczna liczba osób z zaburzeniami psychiatrycznymi (CMD) nie korzysta z psychiatrycznej opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Jaki odsetek spośród tych osób korzysta z opieki w sektorze prywatnym – tego nie wiadomo. W statystykach MPZ liczba osób z poszczególnymi kategoriami zaburzeń na DŚ była następująca: (1) zaburzenia lękowe – 37,81 tys.; (2) zaburzenia organiczne – 19,75 tys.; (3) uzależnienia – 19,2 tys.; (4) zaburzenia nastroju – 17,74 tys. i (5) schizofrenia – 12,05 tys. [11]. W porównaniu z danymi dla Polski zdecydowana większość zaburzeń miała podobne wskaźniki w przeliczeniu na 100 tys. osób. Natomiast w czterech z pięciu głównych wymienionych powyżej kategorii wskaźniki na 100 tys. populacji dla DŚ były niższe: zaburzenia lękowe – 1680,13 vs. 1572,7; uzależnienia – 841,83 vs. 798,81; zaburzenia nastroju – 972,83 vs. 737,79; schizofrenia – 520,23 vs. 501,31.

Trzeba zaznaczyć, że w Polsce zaburzenia nastroju plasują się na drugiej pozycji i jest to najbardziej znacząca różnica w porównaniu ze wskaźnikiem dla DŚ. Natomiast schizofrenia – której występowanie w Polsce wynosi 0,5%, a roczny wskaźnik zapadalności wynosi 11,03 przypadków na 100 tys. ludności (w 2017 r. był nieznacznie niższy od średniej dla Unii Europejskiej – 12,43) – pomimo relatywnie niskiego rozpowszechnienia jest zaburzeniem generującym bardzo wysokie koszty indywidualne i społeczne [11]. Do tych ostatnich należą wydatki państwa związane z korzystaniem ze służby zdrowia, refundacją leków oraz wydatkami systemu ubezpieczeń społecznych (zasiłki i renty). Wskaźnik DALY dla schizofrenii w Polsce w 2019 roku wynosił 0,71% z wszystkich DALYs odnoszących się do całej puli problemów zdrowotnych [14]. W ciągu lat 2014–2018 chorobowość w schizofrenii na DŚ obniżyła się o 3,91%, natomiast zapadalność spadła aż o 21,4% (z 1120 nowych przypadków do 880 w ciągu roku). Szczególnie wysoka redukcja nowych przypadków schizofrenii w okresie 5 lat jest faktem interesującym i być może jest to związane ze zmianą praktyki stawiania diagnozy przy pierwszym epizodzie zaburzenia (np. zamiast schizofrenia F20 rozpoznaje się ostre wielopostaciowe zaburzenie psychotyczne bez objawów schizofrenii F23.0).

Innym ważnym czynnikiem wpływającym na wskaźnik DALY jest umieralność, przeliczana na lata życia utracone na skutek przedwczesnego zgonu. W latach 2014–2018 liczba zgonów osób z rozpoznaniem schizofrenii znacząco w Polsce wzrosła – z 4631 do 6124 (wzrost o 24%) i odpowiednio na DŚ z 383 do 494 (wzrost o 22,5%). Jest to bardzo niepokojący wynik, który został odnotowany w pierwszym roku po otwarciu CZP w Polsce [15].

Powołanie CZP na Dolnym Śląsku (w Bolesławcu) w sposób formalny zapoczątkowało proces przekształceń wytyczony przez NPOZP. Za jego względnie pozytywny efekt (niepotwierdzony jednak żadnymi badaniami) można uznać dywersyfikację łóżek psychiatrycznych. Spośród 156 łóżek psychiatrycznych ogólnych na potrzeby CZP przeznaczono 62 łóżka (wskaźnik 55,37/100 tys.), a pozostałe 94 łóżka dla obsługi rejonu. Wyróżniono też dodatkowe łóżka do celów długoterminowej opieki psychiatrycznej, sądowe i dla chorych somatycznie. Teraz można bacznie obserwować, czy wynikną z tego też inne korzyści. Przede wszystkim należy oczekiwać odpowiedzi, czy poza najczęściej zgłaszaną przez wszystkie CZP w Polsce poprawą dostępności opieki psychiatrycznej (to za mało jak na przeznaczone na ten cel środki finansowe) zmieniają się też inne ważne wskaźniki takie jak m.in.: spadek umieralności i bezdomności (w Polsce 2,6%) [16] wśród chorych psychicznie, skrócenie średniego czasu pobytu w szpitalu, obniżenie liczby hospitalizacji w ciągu roku–dwóch lat od opuszczenia szpitala, satysfakcja z leczenia czy powrót po chorobie na rynek pracy. Te pytania powinny być kierowane do Biura ds. reformy, gdyż „małe” terytorialnie CZP (m.in. w Bolesławcu) nie są właściwe do prowadzenia pogłębionych analiz epidemiologicznych i ekonomicznych. Natomiast ocenie powinna podlegać „zdolność przystosowania się dużego, tradycyjnego szpitala psychiatrycznego do nowych wyzwań”, jakie związane są z warunkami określonymi w NPOZP. Wyzwania te sprowadzają się do oceny możliwości zaspokojenia potrzeb usługobiorców w nowych realiach systemowych, adekwatności finansowania wraz z analizą koszty–efektywność, zwiększonych wymagań dotyczących kompetencji pracowniczych oraz zmian wizerunkowych instytucji psychiatrycznych w społecznym odbiorze. Podobne rozwiązania z pozytywnym efektem pod względem wykonalności (*feasibility study*) wdrożono m.in. w szpitalu w Ansdorf w sąsiadującej z DŚ niemieckiej Saksonii. W szpitalu tym, powstałym w podobnym okresie (przełom XIX i XX wieku), przeorganizowano tradycyjną infrastrukturę w nowoczesne oddziały psychiatryczne o specjalistycznym profilu, zgodnie z potrzebami klinicznymi uwzględniającymi epidemiologię zaburzeń w tym obszarze administracyjnym [17]. Patrząc z pozycji nowych funkcjonalności, jakie powstały w szpitalu bolesławieckim po jego reorganizacji, jako znaczący i pozytywny przykład można też podać otwarcie „oddziału covidowego” dla chorych psychicznie z dodatnim wynikiem testu na SARS-CoV-2.

Należy jednak podkreślić, że proces przekształceń szpitalnych ma różne ograniczenia i aby był efektywny, powinien być podejmowany wówczas, kiedy opieka środowiskowa jest już powszechnie dostępna i właściwie rozwinięta. Dzięki temu możliwa jest realizacja wielu zadań z zakresu profilaktyki, wczesnej diagnostyki poważnych zaburzeń psychicznych i ich właściwego leczenia, ograniczając w ten sposób przyjęcia do szpitala osób, których „podtrzymanie” w rolach społecznych i zawodowych może się przyczynić do redukcji wskaźnika DALY. Z kolei w jednostkach

szpitalnych – najbardziej kosztownych dla systemu opieki zdrowotnej – powinny być prowadzone przede wszystkim usługi wysokospecjalistyczne i/lub związane z unikalną diagnostyką, a także leczeniem osób w ostrych stanach chorobowych i z zagrożeniem życia. Dlatego w województwie dolnośląskim, gdzie zlokalizowane są cztery szpitale psychiatryczne (najwięcej po woj. mazowieckim i śląskim), powinny powstawać możliwe jak najszybciej zintegrowane ośrodki zdrowia psychicznego (CZP), aby można było rozpocząć proces przekształceń szpitala lub szpitali, który przebiega długo i może trwać kilka, a nawet kilkanaście lat. Z pragmatycznego punktu widzenia oznacza to, że w okresie przejściowym nie powinno się znacznie redukować liczby łóżek w szpitalach psychiatrycznych, dopóki nie zaczną „działać” wszystkie elementy w systemie opieki środowiskowej. Ważnym parametrem, który trzeba wziąć pod uwagę, jest wskaźnik łóżek psychiatrycznych ogólnych na 100 tys. populacji, a w wypadku DŚ nie jest on wysoki i z wyłączeniem CZP w Bolesławcu (55,37 – jest to paradoks wobec założeń NPOZP) wynosi 31,82 vs. 62,23 dla Polski, w mieście Wrocław zaś 41,97/100 tys. [18]². W procesie tym powinien być też uwzględniany aspekt kulturowy, gdyż „uwolnieniu” pacjentów ze szpitali psychiatrycznych, szczególnie tych z długim okresem pobytu, może towarzyszyć ostracyzm społeczny. Trzeba również pamiętać, że zrównoważona opieka psychiatryczna nie może funkcjonować bez szpitalnych oddziałów dla ostrych zaburzeń i łóżek w placówkach całodobowej opieki szpitalnej (łóżka sądowe, długoterminowej opieki, hostele), gdyż tam, gdzie jest ich niedobór, mogą wystąpić efekty niezamierzone, takie jak bezdomność czy przyjęcia osób chorych psychicznie do instytucji penitencjarnych [19].

Należy ponadto poznać opinię pacjentów i ich rodzin odnośnie do wyboru formy leczenia, co powinno być respektowane zgodnie z zapisem rezolucji Komitetu Wykonawczego WHO z 17 stycznia 2002 roku [20]. Niektóre formy usług środowiskowych muszą też przejść znaczną ewolucję i dla przykładu oddziały dzienne, które w Polsce z zasady mają charakter rehabilitacyjny, powinny mieć formę oddziałów terapeutycznych przyjmujących także chorych z ostrymi objawami psychotycznymi [21]. Pozwoliłoby to niewątpliwie na odciążenie oddziałów stacjonarnych, ale również złagodziłoby efekt tzw. deprywacji społecznej, którego doświadczają pacjenci szpitali psychiatrycznych, i prawdopodobnie obniżyłoby wskaźnik przyjęć bez zgody, który na oddziałach stacjonarnych na Dolnym Śląsku jest jednym z najwyższych w Polsce (od 15% do 30%) [23]. Wskaźnik ten jest wprawdzie o połowę niższy w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych (przyjmujących pacjentów w trybie całodobowym) [24], ale i tak ma to wymiar stygmatyzujący, zniechęcający do leczenia psychiatrycznego.

Znacząca w ostatnich latach redukcja łóżek w szpitalach psychiatrycznych na DŚ (do 419 z wyłączeniem CZP) przy równoczesnym wzroście łóżek w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych (do 310) zapewniły akceptowalną dostępność do leczenia stacjonarnego w województwie dolnośląskim, ale z wyraźnym niedoborem oddziałów wysokospecjalistycznych. W szczególności brakuje łóżek psychogeriatrycznych, dla pacjentów z podwójną diagnozą (zaburzenie psychotyczne i uzależnienia),

² Wskaźniki dostępności łóżek obliczono zgodnie z definicją EUROSTAT-u [18] na podstawie danych uzyskanych z Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

dla ciężkich przypadków depresji i chorych z pierwszym epizodem schizofrenii. Takie funkcjonalności może z powodzeniem wypełniać Dolnośląskie Centrum Zdrowia Psychicznego (DCZP) jako największy usługodawca w zakresie psychiatrii dla osób dorosłych na DŚ, posiadający kadre lekarską i psychologiczną o wysokich kwalifikacjach, z ponad 50 rezydentami specjalizującymi się w dziedzinie psychiatrii i stażystami z zakresu psychologii klinicznej. DCZP stanowi zabezpieczenie usług stacjonarnych dla dorosłych mieszkańców Wrocławia (533,700 tys.) i okolicznych miejscowości z kontraktem NFZ na 177 łóżek psychiatrycznych ogólnych. W latach 2014–2018 średnie wykorzystanie tych łóżek przez mieszkańców Wrocławia wynosiło 71,6%, czyli (127 łóżek), natomiast pozostałe 28,4% (50 łóżek) było wykorzystane przez osoby spoza Wrocławia (przyjęcia do szpitala nie są ograniczane miejscem zamieszkania), a średni pięcioletni wskaźnik realizacji kontraktu wynosił 94,4%.³

Przedstawione dane ukazują możliwości szybkiej redukcji 50 łóżek w wypadku uzyskania finansowania *per capita* na zintegrowane usługi psychiatryczne w ramach CZP dla miasta Wrocławia. W kolejnym etapie, do zrealizowania w ciągu roku, możliwa byłaby dalsza redukcja 25 łóżek szpitalnych w DCZP po włączeniu dwóch oddziałów we wrocławskich szpitalach wielospecjalistycznych (47 łóżek) do obsługi przyjęć pacjentów w ostrych stanach psychotycznych i z problemami somatycznymi w trybie całodobowym (dotychczas przyjmują tylko przypadki uzgodnione). W takim prostym modelu można wykazać szybką redukcję względnego nadmiaru łóżek w szpitalu psychiatrycznym bez zagrożenia dla bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców Wrocławia i z ofertą tzw. łóżek specjalistycznych, których wciąż dotkliwie brakuje. W następnym etapie, po zebraniu doświadczeń z dwóch pierwszych, celowe byłoby powołanie zespołów do wczesnych interwencji w psychozach i również znanego z modelu brytyjskiego tzw. Asertywnego Zespołu Interwencji Zewnętrznych (*Assertive Outreach Teams* – AOT). Są to zespoły wyspecjalizowane w pomocy osobom dorosłym z chorobą psychiczną lub zaburzeniem osobowości, które w przeszłości odmawiały współpracy w leczeniu i były wielokrotnie przyjmowane do szpitala z powodu stosowania przemocy, samookaleczeń, bezdomności lub używania substancji. AOT z założenia oferują intensywną i długoterminową pomoc głównie w celu zbudowania relacji terapeutycznych [25]. Jest niezwykle ważne, aby wszystkie powołane w ramach CZP formy leczenia spełniały kryteria oparte na dowodach (*evidence-based community services*).

Zważywszy na to, że znaczna część łóżek szpitalnych zajmowanych jest przez pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, co angażuje blisko 1/3 całkowitego budżetu szpitali psychiatrycznych [26], warto poświęcić możliwie dużo uwagi poprawie wytycznych do leczenia (nie tylko farmakologicznego) i opieki w tej grupie chorych (jest to rola konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii przy współudziale konsultantów wojewódzkich). I tutaj powinny być szeroko uwzględniane potrzeby użytkowników systemu opieki, z położeniem dużego nacisku na umacnianie samodzielności (*empowerment*), co stwarza nadzieję na powrót do ról społecznych i do aktywności zawodowej. Należy do tych celów angażować przede wszystkim psychologów klinicznych, podobnie jak

³ Obliczono na podstawie danych uzyskanych z Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

to się dzieje w innych krajach, a których dostępność na rynku pracy jest wyższa niż osób z wykształceniem medycznym.

Stawka *per capita* będąca podstawą finansowania CZP – jeśli zostanie wykorzystana zgodnie z precyzyjnie opracowanym studium wykonalności – daje nadzieję na lepsze systemowe rozwiązania dla całej opieki psychiatrycznej, przy kosztach mniej więcej porównywalnych do wcześniej ponoszonych przez państwo [27].

Piśmiennictwo

1. Thornicroft G, Tansella M. *W stronę lepszej psychiatrycznej opieki zdrowotnej*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2010.
2. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego – Dz.U. z 2017 r., poz. 458.
3. <https://www.nik.gov.pl/plik/id,12692,vp,15090.pdf> (dostęp: 3.02.2021).
4. <https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzienniki-resortowe/ustanowienie-pelnomocnika-ministra-zdrowia-do-spraw-reformy-w-35682168> (dostęp: 3.02.2021).
5. <https://www.prawo.pl/zdrowie/zmiany-w-psychiatrii-wg-marka-balickiego-rewolucja-jest,505179.html> (dostęp: 5.02.2021).
6. Główny Urząd Statystyczny. *Rocznik statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2018*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2018.
7. <https://www.google.com/search?q=zus+%C5%9Bwiadczenia+z+tytu%C5%82u+chor%C3%B3b+psychicznych&oq=zus+%C5%9Bwiadczenia+z+tytu%C5%82u+chor%C3%B3b+psychicznych&aqs=chrome..69i57j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8> (dostęp: 14.02.2021).
8. IHME, 2020. *Global health data exchange*. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> (dostęp: 5.02.2021).
9. Borowiecka-Kluza JE, Miernik-Jaeschke M, Jaeschke R, Siwek M, Dudek D. *Brzemie rodziny chorych z zaburzeniami afektywnymi – zarys problemu*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(4): 635–644.
10. Ciałkowska-Kuźmińska M, Kiejna A. *Obciążenie opiekunów pacjentów z zaburzeniami psychicznymi*. Post. Psychiatr. Neurol. 2012; 21(3): 175–182.
11. <http://mpz.mz.gov.pl/> (dostęp: 21.02.2021).
12. Moskalewicz J, Kiejna A, Wojtyniak B. red. *Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2012.
13. www.statystyka.policja.pl (dostęp: 17.02.2021).
14. <https://vizhub.healthdata.org> (dostęp: 17.02.2021).
15. <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3157> (dostęp: 18.02.2021).
16. Bird V, Miglietta E, Giacco D, Bauer M, Greenberg L, Lorant V i wsp. *Factors associated with satisfaction of inpatient psychiatric care: A cross country comparison*. Psychol. Med. 2020; 50(2): 284–292. doi: 10.1017/S0033291719000011.
17. arnsdorf.sachsen.de/aktuelles/artikel/neubau_der_erwachsenenpsychiatrie_eroeffnet/ (dostęp: 18.02.2021).
18. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00047/default/table?lang=en> (dostęp: 23.02.2021).

19. Torrey EF, Entsminger K, Geller J, Stanley J, Jaffe DJ. *The shortage of public hospital beds for mentally ill persons*. Arlington, VA: The Treatment Advocacy Center; 2008. http://www.treatmentadvocacycenter.org/storage/documents/the_shortage_of_publichospital_beds.pdf (dostęp: 15.01. 2021).
20. *Strengthening mental Health*. Resolution of the Executive Board of the WHO; 2002. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB109/eeb109r8.pdf (dostęp: 15.01. 2021).
21. Adamowski T, Hadryś T, Kiejna A. *Efektywność leczenia na psychiatrycznym oddziale dziennym, w porównaniu z oddziałem stacjonarnym, na podstawie analizy objawów psychopatologicznych, subiektywnej oceny jakości życia oraz częstości rehospitalizacji po zakończeniu leczenia*. *Psychiatr. Pol.* 2008; 42(4): 571–581.
22. Kiejna A, Jakubczyk M, Chłodzińska-Kiejna S, Baranowski P, Gondek TM. *Przyjęcia bez zgody oraz stosowanie przymusu bezpośredniego na przykładzie szpitala psychiatrycznego we Wrocławiu*. *Adv. Psychiatry Neurol.* 2017; 26(3): 127–139.
23. Kuna A. *Przyjęcia bez zgody w oddziale psychiatrycznym w szpitalu wielospecjalistycznym w Miliczu w latach 2013–2018*. Praca dyplomowa. DSW. 2019 – manuskrypt.
24. [file:///D:/Dysk%20Google/Synchronizacja/Zawarto%C5%9B%C4%87%20folderu%20Pulpit%20-%20Dell%20Vostro%20\(stary\)/R%C3%B3Cne/Assertive%20-Outreach-Factsheet.pdf](file:///D:/Dysk%20Google/Synchronizacja/Zawarto%C5%9B%C4%87%20folderu%20Pulpit%20-%20Dell%20Vostro%20(stary)/R%C3%B3Cne/Assertive%20-Outreach-Factsheet.pdf) (dostęp: 20.02.2021).
25. Bijl R, Smit P, Arends L, Donker M, Roijen van L. *Costs of mental disorders*. London: AEP Congress; 1996.
26. Carling PJ, Miller S, Daniels LV, Randolph FL. *A state mental health system with no state hospital: The Vermont feasibility study*. *H&CP.* 1987; 38(6): 617–623. <https://doi.org/10.1176/ps.38.6.617..>

Adres: Andrzej Kiejna
Dolnośląska Szkoła Wyższa we Wrocławiu
Wydział Nauk Stosowanych
(Zespół Badawczy ds. Zdrowia Publicznego)
53-611 Wrocław, ul. Strzegomska 55
e-mail: andrzej@kiejna.pl

Otrzymano: 10.03.2021

Zrecenzowano: 28.06.2021

Przyjęto do druku: 28.06.2021