

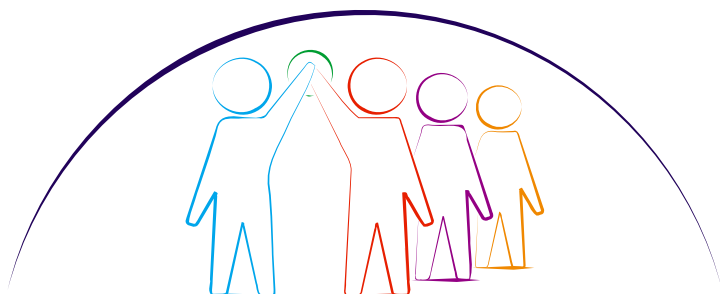


Ministerstwo
Zdrowia



Priorytety promocji zdrowia psychicznego w ochronie zdrowia





Priorytety promocji zdrowia psychicznego w ochronie zdrowia

Ministerstwo Zdrowia

Warszawa 2011



**Ministerstwo
Zdrowia**

Projekt graficzny okładki i wnętrza, skład i łamanie:
Joanna Goriaczko

Autor logotypu:
STUDIO FORM sp. z o.o. Agencja Reklamowa

Druk i oprawa:
Opolgraf SA

ISBN 978-83-7760-042-9

Copyright © by Ministerstwo Zdrowia

Warszawa 2011

Publikacja została przygotowana przez Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA
na zamówienie Ministerstwa Zdrowia

Książki Wydawnictwa można zamawiać listownie lub faksem:

Dział Dystrybucji Wydawnictwa Edukacyjnego PARPAMEDIA

ul. Szczotkarska 48a, 01-382 Warszawa

tel./fax: (22) 666 09 79

tel. kom. 510 192 556

lub e-mailem: wydawnictwo@parpamedia.pl

www.parpamedia.pl

Przygotowanie i druk publikacji sfinansowano ze środków Ministerstwa Zdrowia
przeznaczonych na realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.



SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE	5
Wstęp	5
Sytuacja epidemiologiczna zaburzeń psychicznych na świecie.	
Rekomendacje	6
Promocja zdrowia i profilaktyka	9
Organizacja opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.	
Rekomendacje	13
Zasoby kadrowe psychiatrycznej opieki zdrowotnej	16
Finansowanie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień	16
Sytuacja epidemiologiczna	18
Podsumowanie	26
PRIORYTETY	29
I. ZABURZENIA DEPRESYJNE (F30–39)	29
II. SAMOBÓJSTWA	32
III. ZABURZENIA SPOWODOWANE PICIEM ALKOHOLU (F10)	39
IV. ZABURZENIA GERIATRYCZNE ZWIĄZANE ZE STARZENIEM SIĘ (F00–F09)	43
V. PRZEWLEKŁE I NAWRACAJĄCE CHOROBY PSYCHOTYCZNE I AFEKTYWNE (F20–29, F31, F33, F34–39)	46
KONKLUZJE	53
Bibliografia	55



WPROWADZENIE

Wstęp

W dniu 28 grudnia 2010 r. Rada Ministrów przyjęła *rozporządzenie w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego* (Dz.U. z 2011 r. Nr 24, poz. 128). Wydanie przedmiotowego rozporządzenia umożliwia implementację założeń Programu, określonych w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego* (Dz.U. z 1994 r. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.), wskazując jednocześnie na rosnącą rangę zdrowia psychicznego społeczeństwa wśród priorytetów polityki zdrowotnej państwa.

Celem niniejszego opracowania jest wskazanie obszarów priorytetowych w zakresie promocji i profilaktyki zdrowia psychicznego, z uwzględnieniem obciążeń zdrowotnych i finansowych, wynikających z poszczególnych zaburzeń psychicznych (lub ich grup), oraz dotychczas stosowanych form ich leczenia.

Dokument ten koresponduje z założeniami Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Nawiązuje również do Narodowego Programu Zdrowia i innych dokumentów z zakresu zdrowia publicznego, w tym dokumentów międzynarodowych.

We wprowadzeniu do niniejszego opracowania przedstawiono dotychczasowe doświadczenia w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki, omówiono system ochrony zdrowia psychicznego, trendy epidemiologiczne – jakie obserwujemy od czasu wprowadzenia reformy finansowania ochrony zdrowia w Polsce – oraz koszty leczenia zaburzeń psychicznych.

W kolejnych rozdziałach przedstawiono pięć grup problemów, które – ze względu na ich rozpowszechnienie, dynamikę, dolegliwość dla chorych i ich otoczenia oraz koszty – powinny być traktowane priorytetowo. Są to:

1. zaburzenia depresyjne,
2. samobójstwa,
3. zaburzenia geriatryczne związane ze starzeniem się,
4. zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych,
5. przewlekłe, nawracające choroby psychiatryczne i afektywne.

W każdym rozdziale zostały omówione zagadnienia dotyczące etiologii zaburzeń, ich konsekwencji indywidualnych i społecznych, epidemiologii oraz kosztów. W podsumowaniu każdego z rozdziałów sformułowano rekomendacje zarówno w odniesieniu do profilaktyki, jak i organizacji opieki.



Sytuacja epidemiologiczna zaburzeń psychicznych na świecie. Rekomendacje

Według raportu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 2001 r., *Zdrowie psychiczne: nowe rozumienie, nowa nadzieja*, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania są powszechnymi chorobami, dotykającymi ponad 25% ludzi w pewnych okresach ich życia. Mają również charakter uniwersalny, ponieważ dotyczą ludzi ze wszystkich krajów i społeczeństw, osób w każdym wieku – zarówno kobiet, jak i mężczyzn, osób o różnym statusie materialnym, mieszkających na terenach zurbanizowanych oraz wiejskich¹.

WHO szacuje, że 450 milionów ludzi na świecie cierpi na różnego rodzaju zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, wliczając w to uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. W krajach rozwijających się większość osób cierpiących na poważne zaburzenia psychiczne – takie jak depresja, schizofrenia, demencja czy uzależnienia – jest zmuszona radzić sobie samemu ze swoimi obciążeniami. Sprzyja to napiętnowaniu społecznemu, związanemu z ich chorobami, a osoby chore stają się obiektem stygmatyzacji i dyskryminacji. Ze statystyk wynika, że nawet jedna na cztery rodziny ma w swoim gronie przynajmniej jedną osobę cierpiącą na zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania.

Szacuje się, że zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania stanowią 12% globalnego obciążenia chorobami, natomiast budżety większości państw przeznaczają na ten cel mniej niż 1% wszystkich swoich wydatków na ochronę zdrowia. Ponad 40% krajów nie ma stworzonej polityki wobec problemów zdrowia psychicznego, a blisko 30% nie ma żadnych programów zdrowotnych dotyczących tego zagadnienia².

Koszty ekonomiczne zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania są długofalowe i bardzo wysokie. Dotyczą zarówno jednostek, jak i ich rodzin oraz całego społeczeństwa. Część z tych ekonomicznych obciążeń jest oczywista i wymierna, ale część jest praktycznie niemożliwa do oszacowania. Do mierzalnych kosztów należą potrzeby systemu ochrony zdrowia i systemu pomocy społecznej, koszty utraconego zatrudnienia i zmniejszonej produktywności, koszty przestępczości i bezpieczeństwa publicznego oraz negatywnych skutków przedwczesnej śmiertelności³.

W związku z powagą i rozmiarem problemu oraz faktem, że jest on często marginalizowany – zarówno społecznie, jak i poprzez decyzje polityczne – WHO wydało ogólne rekomendacje dla rządów państw, mające na celu podjęcie przez nie realizacji programów z zakresu zdrowia psychicznego. Zalecenia te dotyczą działania w zakresie:

1. zapewnienia leczenia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej,
2. zapewnienia dostępu do leków psychotropowych,

¹ *Mental Health: New Understanding, New Hope*, The World Health Report 2001, World Health Organization 2001, s. 19.

² Ibidem, s. 3.

³ Ibidem, s. 26.



3. dostarczenia opieki w ramach społeczności lokalnych,
4. edukowania społeczeństwa i tworzenia kampanii społecznych,
5. włączania w proces podejmowania decyzji oraz tworzenia programów i usług wspólnot lokalnych, rodziny i osób korzystających ze świadczeń,
6. ustanowienia narodowej polityki, programów oraz prawa stanowiących odpowiedź na problemy zdrowia psychicznego,
7. rozwijania zasobów ludzkich,
8. współpracy sektora ochrony zdrowia z innymi sektorami,
9. monitorowania wskaźników zdrowia psychicznego na poziomie lokalnym,
10. wspierania badań naukowych⁴.

Wytyczne z raportu WHO – jako konieczne do zastosowania – zostały potwierdzone przez Rezolucję Komitetu Wykonawczego WHO z 17 stycznia 2002 r. w dokumencie *Umocnienie zdrowia psychicznego*. Wzywa ona państwa członkowskie do wypełnienia zaleceń raportu, ustanowienia polityki wobec zdrowia psychicznego, programów oraz prawa, opartych na aktualnej wiedzy naukowej i zawierających odniesienie do problematyki praw człowieka oraz do konsultacji z podmiotami związanymi z tematem zdrowia psychicznego, jak również do zwiększenia inwestycji w zdrowie psychiczne zarówno we własnych krajach, jak i w ramach współpracy międzynarodowej. Zalecenia mówią o wspieraniu analiz, dotyczących sytuacji zdrowia psychicznego – opartych na badaniach i ocenie potrzeb – służących lepszemu zrozumieniu zagadnienia wśród tworzących prawo i innych partnerów oraz ułatwiających skuteczne tworzenie polityki i programów, odnoszących się do ochrony zdrowia psychicznego. Dokument wskazuje na konieczność umacniania i różnicowania procesu budowania koalicji ze społeczeństwem obywatelskim i prowadzenia działań, których celem jest zwiększenie globalnej świadomości i poparcie dla kampanii zdrowia psychicznego. Według rezolucji, potrzebne jest również wsparcie dla programów ograniczających psychologiczne skutki wojny, konfliktów i katastrof naturalnych⁵.

Rekomendacje Unii Europejskiej nie odbiegają od wytycznych proponowanych przez WHO. W dokumencie *Zielona Księga. Poprawa zdrowia psychicznego ludności. Strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej* stwierdzono, że „Dla obywateli zdrowie psychiczne jest kapitałem pozwalającym na realizowanie ich intelektualnego i emocjonalnego potencjału oraz znalezienie i odgrywanie swoich ról w życiu społecznym, w szkole i w pracy”⁶. Dlatego też tak ważne jest zapewnienie osobom cierpiącym na zaburzenia psychiczne powszechnie dostępnej i wysokiej jakości opieki. Dokument podkreśla, że

⁴ *Mental Health: New Understanding, New Hope*, The World Health Report 2001, World Health Organization 2001, s. 110.

⁵ *Strengthening mental Health*, Resolution of the Executive Board of the WHO, 2002.

⁶ *Zielona Księga. Poprawa zdrowia psychicznego ludności. Strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej*, Komisja Wspólnot Europejskich, Bruksela 2005, s. 5.



działania wobec osób z problemami zdrowia psychicznego powinny być kompleksowe i nie ograniczać się jedynie do działań medycznych. Należy podjąć próbę zmiany czynników społecznych, zapobiegać wykluczeniu i dyskryminacji osób cierpiących na zaburzenia, włączyć do poszukiwania rozwiązań także osoby korzystające ze świadczeń oraz organizacje pozarządowe, zająć się promocją zdrowia psychicznego oraz zapobieganiem chorobom psychicznym na gruncie społeczności lokalnych. Zielona Księga precyzuje, że działanie na rzecz zdrowia psychicznego powinno dotyczyć wszystkich grup społecznych, tj. dzieci, młodzieży, osób starszych, osób aktywnych zawodowo oraz grup wrażliwych społecznie. W zasięgu tego działania powinno się znaleźć szczególnie: zapobieganie depresji i samobójstwom oraz zaburzeniom spowodowanym spożywaniem substancji psychoaktywnych. Sprzyjać zadaniom, wyznaczonym przez zapisy Zielonej Księgi, ma deinstytucjonalizacja opieki psychiatrycznej oraz zejście pomocy na poziom lokalny, bardziej dostępny dla osób z problemami zdrowia psychicznego oraz przyczyniający się do zwiększenia integracji społecznej.

Kolejnym międzynarodowym dokumentem zajmującym się problematyką zdrowia psychicznego jest *Deklaracja o ochronie zdrowia psychicznego dla Europy* z 2005 r. Potwierdza ona rekomendacje zawarte w raporcie WHO *Zdrowie psychiczne: nowe rozumienie, nowa nadzieja*. Do priorytetów zawartych w deklaracji należą: zwiększanie świadomości na temat znaczenia dobrostanu psychicznego, wspólne zwalczanie stygmatyzacji, dyskryminacji i nierówności oraz umożliwienie osobom cierpiącym na zaburzenia psychiczne i ich rodzinom, aktywnego włączenia w ten proces, tworzenie i wdrażanie kompleksowych, zintegrowanych i efektywnych systemów promocji, zapobiegania, rehabilitacji i leczenia oraz opieki i odzyskiwania zdrowia przez osoby z problemami zdrowia psychicznego⁷.

Podkreślając fakt, że zdrowie psychiczne jednostek ma ogromne znaczenie dla społeczności lokalnej, ma wpływ na poziom dobrostanu psychicznego, jakości życia i zdrowia w ogóle, *Europejski pakt na rzecz zdrowia i dobrostanu psychicznego* wzywa państwa członkowskie do podjęcia działania w zakresie pięciu priorytetowych obszarów: zapobiegania depresjom i samobójstwom, dbania o zdrowie psychiczne i edukację wśród młodzieży, dbania o zdrowie psychiczne w miejscu pracy – mając na względzie fakt, że zatrudnienie odgrywa kluczową rolę w ponownym włączaniu do społeczeństwa osób z problemami zdrowia psychicznego, pomocy w utrzymywaniu dobrego zdrowia psychicznego osobom starszym oraz zwalczania stygmatyzacji i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu osób cierpiących na zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania⁸.

Większość rekomendacji i wskazówek – niezależnie od podmiotów będących ich autorami – podkreśla znaczenie programów z zakresu promocji i profilaktyki zdrowia psychicznego, zaleca stopniowe przekształcanie dużych szpitali psychiatrycznych na rzecz

⁷ *Mental Health Declaration for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions*, WHO European Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki 2005, s. 3.

⁸ *European Pact for Mental Health and Well-being*, EU high-level conference *Together for Mental Health and Well-being*, Brussels 2008.



lokalnych poradni i tworzenia oddziałów psychiatrycznych w szpitalach lokalnych (ogólnych, wielospecjalistycznych), włączanie w programy ochrony zdrowia psychicznego społeczności lokalnych, osób korzystających ze świadczeń oraz organizacji pozarządowych, a także rozwijanie opieki środowiskowej, czyli usług w pobliżu miejsca zamieszkania i poza dużymi szpitalami. Do takich założeń odnosi się również przygotowany przez Ministra Zdrowia, a przyjęty przez Radę Ministrów, Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Promocja zdrowia i profilaktyka

Głównym priorytetem w polityce europejskiej, dotyczącej promocji zdrowia psychicznego, jest opracowanie w każdym kraju członkowskim UE planu działania, obejmującego profilaktykę i promocję zdrowia psychicznego oraz uwzględniającego potrzeby danego państwa⁹. Praktyczną realizacją tego postulatu jest Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Program ten koresponduje z treścią celu strategicznego nr 4 Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015, tj. „Zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno-promocyjne”. Efektem realizacji celu miałyby być zmniejszenie występowania zaburzeń psychicznych w latach objętych programem, zmniejszenie liczby osób z dyskomfortem psychicznym (czyli np. z objawami lękowymi czy depresyjnymi), promowanie zdrowia psychicznego poprzez udostępnianie wiedzy i umiejętności, zwiększenie zarówno liczby programów promujących zdrowie psychiczne, jak i placówek pomagających osobom narażonym na zaburzenia zdrowia psychicznego oraz poprawa jakości życia osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego.

Cele sformułowane w przytaczanych poniżej dokumentach koncentrują się na dwóch ogólnych zagadnieniach: przeciwdziałaniu pojawieniu się ewentualnych zaburzeń zdrowia psychicznego u osób zdrowych oraz poprawie jakości życia i systemu opieki nad osobami już chorującymi.

Promocja zdrowia w tzw. Karcie Ottawskiej z 1986 r. została określona jako *proces umożliwiający każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływania na własne zdrowie w sensie jego poprawy i utrzymywania*¹⁰. Jednym z ważnych zadań podejmowanych w obszarze promocji zdrowia jest rozwijanie takich umiejętności jednostki, które będą służyć jej zdrowiu. Przykładem takich umiejętności jest wykorzystywanie własnych zasobów psychospołecznych lub też radzenie sobie z niekorzystnymi sytuacjami życiowymi.

Obok wykorzystania zasobów jednostki i jej kapitału społecznego należy stwarzać warunki społeczne, przestrzenne i organizacyjne, które zapewniłyby optymalny dobrostan psychiczny w miejscu zamieszkania, nauki, pracy i wypoczynku. Promocja zdrowia nie powinna ograniczać się do działań edukacyjno-promocyjnych. Istnieje pilna ko-

⁹ E. Jané-Llopis, P. Anderson, *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A policy for Europe*, Radboud University Nijmegen, Nijmegen 2005.

¹⁰ I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia Zdrowia*, PWN, Warszawa 2007.



nieczność uwzględniania tych zagadnień nie tylko w polityce zdrowotnej i społecznej, ale także w polityce ekonomicznej; przy podejmowaniu decyzji gospodarczych, organizacyjnych. Promocja zdrowia – w tym promocja zdrowia psychicznego – powinna być obecna we wszystkich fragmentach polityki państwa i strategiach rozwoju kraju zarówno na szczeblu centralnym, jak i lokalnym, w szkołach, uczelniach, zakładach pracy i administracji.

Działania promujące zdrowie często współwystępują z działaniami o charakterze prewencji psychologicznej, tj. z profilaktyką. Działania prewencyjne i promujące zdrowie mogą mieć podobny charakter, ponieważ odwołują się do posiadanych przez jednostkę zasobów i sposobu ich wykorzystywania w różnych okolicznościach życia. Oba typy działań różni zakres stosowania (wobec grup ryzyka lub całości populacji) oraz cel końcowy (zachowanie zdrowia lub rozwijanie zdrowia). Nie tak łatwo jest jednak odróżnić cel oddziaływań, czy jest on istotnie nastawiony tylko na utrzymywanie zdrowia, czy też na jego rozwijanie. Podobnie – objęcie oddziaływaniami całej populacji oznacza też docieranie do grup ryzyka. Można zatem przyjąć, że współcześnie realizowane programy promocji lub profilaktyki są często podobnym, uzupełniającym się procesem interwencji w zdrowie jednostki. W obszarze promocji zdrowia dużą wagę przywiązuje się do zagadnień zdrowia psychicznego i to nie tylko w kontekście zapobiegania zaburzeniom psychicznym, ale również utrzymywania pozytywnego zdrowia psychicznego.

Według definicji WHO *zdrowie psychiczne* jest stanem dobrego samopoczucia, w którym człowiek wykorzystuje swoje zdolności, radzi sobie ze stresem w codziennym życiu, wydajnie pracuje oraz jest w stanie wnieść wkład w życie danej wspólnoty. Można je ujmować poprzez dwa wymiary:

1. Pozytywne zdrowie psychiczne – to dobrostan jednostki i takie zasoby, które umożliwiają radzenie sobie z przeciwnościami i unikanie załamania stanu zdrowia. Przykładowe zmienne charakteryzujące ten wymiar: wysoka samoocena, poczucie panowania nad sytuacją (*mastery*), optymizm, poczucie koherencji, poczucie skuteczności, odporność (*hardiness*), twórcze radzenie sobie z trudnościami (*resilience*).
2. Negatywne zdrowie psychiczne – wiąże się z objawami negatywnymi, określanymi jako psychologiczny dystres i występowaniem zaburzeń psychicznych (kasyfikowanych według ICD-10 lub DSM-IV).

Pozytywne zdrowie psychiczne oznacza m.in. rozwijanie swoich mocnych stron, czyli takich kompetencji, które umożliwiają konfrontację i harmonijne przechodzenie przez negatywne lub stresujące wydarzenia życiowe. Jest nieodłączną częścią ogólnego zdrowia jednostki, odzwierciedla równowagę między jednostką a środowiskiem¹¹.

¹¹ Powyżej cytowane definicje zdrowia pochodzą z dokumentów Komisji Europejskiej: *The State of Mental Health in the European Union*, 2004 oraz European Community Health Indicator, 2002.



Promocja to edukacja i rozbudowa potencjałów, zasobów, rezerw posiadanych przez jednostki. Koncentracja na rozwijaniu potencjałów zdrowia – czyli tych czynników i umiejętności, które wspierają rozwój i zdrowie jednostki – jest zgodna z bardziej współczesnymi poglądami dotyczącymi salutogenetycznego podejścia do zagadnień zdrowia, w którym szczególną uwagę zwraca się na proces podtrzymywania zdrowia.

Zapobieganie zaburzeniom psychicznym to opieka nad osobami z zaburzeniami psychicznymi, jak również ochrona osób narażonych na pogorszenie zdrowia psychicznego, np.: młodzieży, osób starszych, bezrobotnych, osób doznających przemocy, określonych grup zawodowych (wojsko, policja, pracownicy ochrony zdrowia).

Celem podejmowanych działań¹² jest polepszenie dobrostanu ludzi i ich funkcjonowania – poprzez lepsze wykorzystanie sił i zasobów intelektualnych – oraz wzmocnienie odporności psychicznej, a także zwiększenie ochronnej roli czynników zewnętrznych.

Proponowane zadania, które pozwolą zrealizować te cele:

1. Uwzględnianie kwestii zdrowia psychicznego w planach rozwoju społeczno-gospodarczego.
2. Opracowanie programów promocji i ochrony zdrowia psychicznego w gminach, szkołach, uczelniach, zakładach pracy, wspólnotach mieszkaniowych i osiedlach.
3. Upowszechnianie wiedzy na temat zdrowego stylu życia, właściwości sprzyjających zachowaniu zdrowia psychicznego (np. optymizm, poczucie własnej skuteczności, rozpoznawanie uczuć przeżywanych przez inne osoby) – cykliczne audycje w mediach publicznych, serie publikacji w tygodnikach, własna seria miniporadników przygotowanych przez specjalistów podających informacje w przystępny sposób (np. opowiadania, komiksy).
4. Upowszechnianie wiedzy na temat często występujących zaburzeń psychicznych, co do których informacje są fragmentaryczne lub obciążone stereotypami i mitami (np. depresja, schizofrenia, uzależnienia od środków psychoaktywnych) – masowe kampanie informacyjne i edukacyjne, wizerunek osób publicznych ujawniających walkę z chorobą (np. coming-out osób publicznych uzależnionych od alkoholu).
5. Wprowadzanie elementów promocji zdrowia psychicznego do zadań statutowych szkoły: realizacja programów profilaktycznych; wcześniejsze rozpoznawanie problemów ze zdrowiem psychicznym u dzieci i młodzieży, np.: przez kadrę pedagogiczną czy poprzez wzmacnianie ochronnej roli środowiska rówieśniczego (nauka odczytywania u kolegi/koleżanki emocji, przeżyć zapowiadających pojawianie się problemów psychologicznych).

¹² *Deklaracja o Ochronie Zdrowia Psychicznego dla Europy oraz Plan Działań na rzecz Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Europy* – Europejska Konferencja Ministerialna Światowej Organizacji Zdrowia, 12–15.01.2005 r., Wyd. Rada ds. Promocji Zdrowia Psychicznego, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005.



6. Stworzenie Banku Programów Wspierania Zdrowia Psychicznego (zbioru dobrych wzorów i praktyk), który umożliwiłby zainteresowanym specjalistom i ośrodkom praktyczną realizację zadań związanych z ochroną i promocją zdrowia psychicznego. Bank taki mógłby pozyskiwać i adaptować programy funkcjonujące w innych krajach, jak również upowszechniać programy istniejące w obiegu, organizować konkursy na stworzenie atrakcyjnych programów promocyjnych. Brakuje systematycznych programów promocji zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży lub dla grup podwyższonego ryzyka, tj.: osób w podeszłym wieku, osób bezrobotnych, rodzin i osób doświadczających reakcji kryzysowych.
7. Wprowadzenie tematyki promocji zdrowia psychicznego do mediów elektronicznych (Internet). Odpowiednie strony WWW mogą być miejscem zamieszczania materiałów dotyczących zagrożeń zdrowia psychicznego lub poprawy funkcjonowania psychologicznego w trudnych sytuacjach. Istnieją już w Internecie strony oferujące informacje z różnych obszarów psychologii, w tym problematyki zdrowia psychicznego, gdzie również zamieszczane są porady psychologiczne dla osób poszukujących pomocy drogą elektroniczną, np.: www.psychiatria.pl, www.przyjaciele.org, www.psychotekst.com, www.survivors.pl, www.psychologia.edu.pl. W 1997 r. powstało Międzynarodowe Stowarzyszenie Zdrowia Psychicznego w Sieci www.ismho.org, które publikuje materiały związane z udzielaniem pomocy psychologicznej przez Internet.
8. Otworzenie „szybkiej” ścieżki dostępu do poradnictwa psychologicznego, np. poprzez skojarzenie poradni internetowej z realnie istniejącymi placówkami oferującymi pomoc i poradnictwo psychologiczne.
9. Współpraca w zakresie badań naukowych i upowszechnienia wiedzy na temat zdrowia psychicznego między krajami Unii Europejskiej, umożliwiająca przygotowanie zestawu wskaźników zdrowia psychicznego do badania populacji ogólnej, które uwzględniłyby zalecenia UE. Projekt ECHI (*European Community Health Indicator*) określa strukturę przyszłego Systemu Monitorowania i Wymiany Wskaźników Zdrowia (HIEMS – *Health Indicators Exchange and Monitoring System*). Miary zdrowia psychicznego stosowane w polskich kwestionariuszach i sondażach społecznych nie różnią się w zasadniczy sposób od proponowanych wskaźników europejskich. Bazą informacji do opisu tzw. *negatywnego zdrowia psychicznego* są istniejące w Polsce dane epidemiologiczne publikowane w Rocznikach statystycznych psychiatrycznej opieki zdrowotnej, opracowywanych na zlecenie Ministerstwa Zdrowia w Zakładzie Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.
10. Przeprowadzanie stałej oceny samopoczucia psychicznego społeczeństwa poprzez:
 - badanie epidemiologii zaburzeń psychicznych i dostępności różnych form opieki psychiatrycznej, zwłaszcza w świetle narastających wskaźników rozpowszechnienia i zapadalności na zaburzenia psychiczne,



- ocenę stanu zdrowia psychicznego populacji ogólnej (badania przekrojowe z powtarzanym pomiarem co 2–3 lata) oraz wybranych grup ludności (grupy ryzyka, np.: młodzież, osoby starsze),
- sondaże społeczne oceniające: a) stosunek wobec osób z problemami i zaburzeniami psychicznymi, b) postawy wobec problematyki zdrowia psychicznego.

Organizacja opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Rekomendacje

Głównymi filarami specjalistycznej opieki zdrowotnej nad osobami z zaburzeniami psychicznymi są dwie tradycyjne formy, tj. ambulatoryjna i stacjonarna, obok których funkcjonują także tzw. pośrednie formy opieki, do których zalicza się zespoły leczenia środowiskowego, oddziały dzienne i hostele.

System opieki ambulatoryjnej dla osób z zaburzeniami psychicznymi tworzy sieć kilku rodzajów poradni: poradnie zdrowia psychicznego (1109), poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży (178), poradnie terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia (471) oraz poradnie terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych (104). Największą dynamikę wzrostu odnotowano w przypadku ogólnych poradni zdrowia psychicznego, których liczba w stosunku do roku 2000 podwoiła się, zapewniając możliwość korzystania z ich świadczeń mieszkańcom ponad 95% powiatów. Rosnącą rolę w systemie opieki ambulatoryjnej odgrywają, intensywnie rozwijające się w ostatnich latach, poradnie psychologiczne (262).

W poradniach zdrowia psychicznego oraz w obydwu typach poradni leczenia uzależnień zarejestrowano łącznie 1 380,6 tys. osób z zaburzeniami psychicznymi oraz 46,2 tys. osób objętych opieką z powodu współuzależnienia. Poradnie psychologiczne udzielają świadczeń blisko 54 tys. osób.

Tab. 1. Liczba placówek opieki ambulatoryjnej

Lecznictwo ambulatoryjne	1999 r.	2009 r.	zmiana w % 1999 = 100
Poradnie zdrowia psychicznego (z dziecięcymi)	571	1287	225,3
Poradnie dla uzależnionych od alkoholu	368	471	128,0
Poradnie dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	60	104	173,3
Poradnie psychologiczne	–	262	

Opieka stacjonarna dla osób z zaburzeniami psychicznymi realizowana jest na 31,8 tys. łóżek, zlokalizowanych w większości w oddziałach całodobowych szpitali psychiatrycznych (56%), szpitali ogólnych (20%), w samodzielnych organizacyjnie ośrodkach dla uzależnionych (11%) oraz w zakładach o charakterze opiekuńczym (13%).



Nadal poważnym problemem opieki stacjonarnej jest nadmierna koncentracja łóżek w dużych szpitalach psychiatrycznych, mimo że po 1990 r. ich liczba zmalała o ponad 17 tys. – z czego ponad 5 tys. po 1999 r. – głównie poprzez wyzbywanie się obiektów, poprawę warunków na oddziałach (rozgęszczanie), a także w drodze zmian organizacyjnych, polegających na wydzielaniu części opiekuńczej w całości lub częściowo odrębną jednostkę.

Tab. 2. Liczba łóżek w stacjonarnych placówkach psychiatrycznych

Łóżka w stacjonarnych placówkach psychiatrycznych i leczenia uzależnień	1999 r.	2009 r.	zmiana w % 1999 = 100
Szpitala psychiatryczne	22 932	17 624	76,8
Oddziały szpitali ogólnych*	4 264	6 694	157,0
Ośrodki odwykowe	660	1 000	151,5
Ośrodki dla uzależnionych (w tym Monar)	1 199	2 416	201,5
Zakłady opiekuńcze	–	4 063	

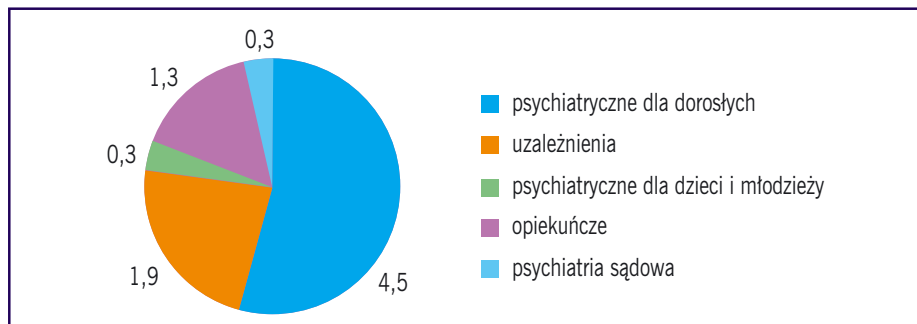
* łącznie w oddziałach psychiatrycznych i odwykowych

Oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych pozwalają na wyrównanie dostępności terytorialnej opieki stacjonarnej oraz zmniejszają stygmatyzację osób hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych.

Najlepszy okres ich rozwoju przypada na lata 2000–2009, kiedy liczba łóżek w tego typu oddziałach wzrosła z 4,5 tys. w 67 szpitalach ogólnych, do blisko 6,7 tys. w 114 szpitalach. Ciągłe jednak tylko co piąte łóżko dla osób z zaburzeniami psychicznymi znajduje się w strukturze szpitali ogólnych.

Ogólna dostępność opieki całodobowej kształtuje się na poziomie 8,3 łóżka na 10 tysięcy mieszkańców, przy wskaźnikach szczegółowych: w odniesieniu do ogólnych łóżek psychiatrycznych dla dorosłych – 4,5; dla uzależnionych – 1,9; dla dzieci i młodzieży – 0,3 oraz łóżek opiekuńczych – 1,3. Ich dopełnieniem jest wskaźnik łóżek psychiatrii sądowej – 0,3 na 10 tys. mieszkańców.

Rys. 1. Wskaźniki dostępności opieki stacjonarnej (liczba łóżek na 10 tys. populacji)





W 2009 r. we wszystkich formach opieki stacjonarnej w kraju zarejestrowano 282,5 tys. epizodów hospitalizacji, w trakcie których leczyło się 211,7 tys. osób z zaburzeniami psychicznymi.

Dzienna forma opieki to 259 oddziałów dysponujących łącznie prawie 5,7 tys. miejsc, zlokalizowanych głównie w 131 oddziałach psychiatrycznych dla dorosłych oraz w 27 oddziałach dla dzieci i młodzieży, w 70 dla osób uzależnionych od alkoholu i w 14 dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz 15 oddziałów dla chorych na nerwice. Rocznie ze świadczeń tej formy korzysta 24 tys. osób. Mimo że w ostatnim dziesięcioleciu liczba oddziałów dziennych wzrosła dwukrotnie, nadal nawet mieszkańcy wielu większych miast nie mają dostępu do tej formy opieki.

Bardzo ważną formą psychiatrycznej opieki środowiskowej są **zespoły leczenia środowiskowego**, przewidziane przede wszystkim dla pacjentów o przewlekłym przebiegu zaburzeń psychicznych, którzy są w trakcie opieki w swoim środowisku. W 2009 r. w całym kraju funkcjonowało 45 zespołów, głównie w dużych ośrodkach miejskich, które objęły opieką ok. 6 tys. osób. Upowszechnienie tej formy opieki jest jednym z warunków wdrożenia modelu środowiskowego.

Hostel jest formą opieki przydatną w rehabilitacji. Pomaga przywrócić umiejętności społeczne. Jednak ciągły brak sprzyjających warunków rozwoju tej formy opieki sprawia, że od lat pozostaje ona na prawie niezmiennym, znikomym poziomie (ok. 10–12 placówek).

Tab. 3. Oddziały dzienne i inne formy opieki

Oddziały dzienne i inne formy opieki	1999 r.	2009 r.
Oddziały dzienne	110	259
Hostele	7	12
Zespoły leczenia środowiskowego	19	45

Rekomendacje

Zgodnie z propozycjami zawartymi w NPOZP opieka psychiatryczna powinna szybciej i bardziej zdecydowanie odchodzić od modelu, w którym dominuje pozycja dużego szpitala psychiatrycznego, a zróżnicowane formy opieki środowiskowej są niedostępne dla większości mieszkańców kraju.

Duża liczba słabo zintegrowanych placówek, wielość podmiotów występujących na rynku usług zdrowotnych skierowanych do osób z zaburzeniami psychicznymi ogranicza efektywność systemu opieki, jak również nie sprzyja koordynacji świadczeń udzielanych poszczególnym pacjentom. Modelowym rozwiązaniem jest propozycja organizowania centrów zdrowia psychicznego – jako podmiotów zapewniających osobom pozostającym pod ich opieką możliwość korzystania z kompleksowych świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień – obejmujących świadczenia o charakterze środowiskowym, ambulatoryjnym i dziennym oraz dostęp do opieki stacjonarnej.



Zasoby kadrowe psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Ustalenie dokładnego wymiaru zatrudnienia głównych grup zawodowych pracujących w lecznictwie psychiatrycznym i uzależnień nie jest możliwe, ponieważ – obok umów o pracę z określonym wymiarem czasowym – stosowane są także inne umowy, w tym cywilnoprawne, które nie pozwalają na monitorowanie ekwiwalentu czasowego.

Według danych GUS, w 2009 r. bezpośrednio z pacjentami, bez względu na miejsce udzielania świadczeń, pracowało ok. 2 tys. lekarzy ze specjalizacją II stopnia lub tytułem specjalisty w dziedzinie psychiatrii. W opiece ambulatoryjnej, na podstawie umowy o pracę, zatrudnionych jest m.in.: 1559 lekarzy, w większości specjalistów w dziedzinie psychiatrii (w tym tylko 329 w pełnym wymiarze etatowym), 1494 psychologów (495), 958 pielęgniarek (497), 954 specjalistów i instruktorów uzależnień (494). Ponadto, zawarte zostały umowy cywilno-prawne – o niemożliwym do ustalenia wymiarze czasu pracy – 2720 umów z lekarzami, 1578 z psychologami, 380 z pielęgniarkami oraz 672 ze specjalistami i instruktorami uzależnień.

W opiece stacjonarnej, w przeliczeniu na wymiar etatowy, zatrudnionych jest: ok. 1000 lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie psychiatrii, ok. 800 psychologów, ok. 5500 pielęgniarek oraz ok. 800 specjalistów i instruktorów uzależnień.

Finansowanie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

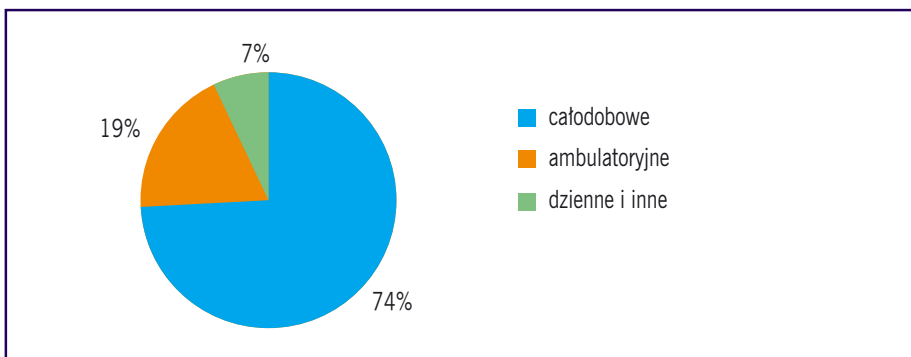
W wymiarze finansowym skutki zaburzeń psychicznych ponoszone są przez osoby, których dotyczą oraz ich otoczenie – zwłaszcza rodzinę – a także budżet państwa, poprzez różne jego instytucje.

Do najważniejszych kosztów, ponoszonych przez instytucje państwowe na rzecz opieki i pomocy osobom cierpiącym na zaburzenia psychiczne, należą wydatki ponoszone przez: system ubezpieczeń zdrowotnych (koszty świadczeń finansowanych ze środków publicznych – NFZ), system ubezpieczeń społecznych (z tytułu niezdolności do pracy, rent chorobowych, rent socjalnych), system pomocy społecznej (zasiłki, koszty funkcjonowania domów pomocy społecznej dla tej kategorii pacjentów, koszty prowadzenia środowiskowych domów samopomocy, koszty specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi).

Poniżej przedstawiono koszty ponoszone przez system ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu świadczeń udzielanych osobom leczącym się w systemie i uprawnionym ustawowo do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Wynikają one z możliwości finansowych płatnika i – według opinii zgłaszanych przez świadczeniodawców – nie pokrywają rzeczywistych kosztów świadczeń, stając się jedną z przyczyn zadłużania placówek opieki psychiatrycznej. Roczny koszt świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2009 r. osiągnął poziom bliski 2 mld złotych (1 944 mln zł), co stanowiło 3,4% wszystkich kosztów świadczeń ponoszonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.



Rys. 2. Struktura kosztów opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w %



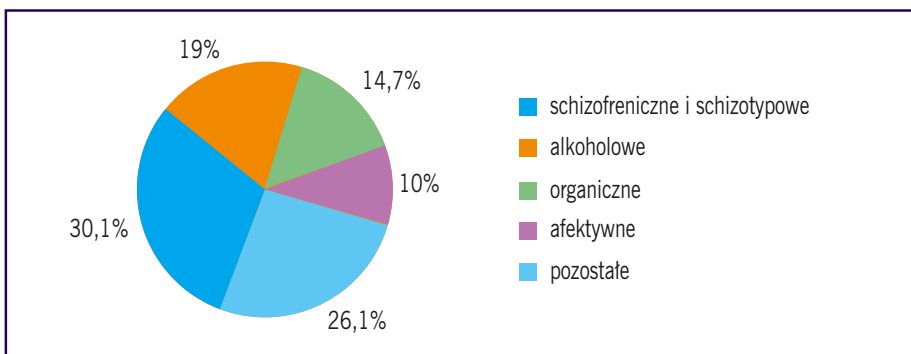
Koszt świadczeń całodobowej opieki stacjonarnej wyniósł 1 436,4 mln zł (74%), koszt świadczeń ambulatoryjnych – 368,9 mln zł (19%), a świadczeń form pośrednich – 138,8 mln zł (7%). Warto przypomnieć, że w warunkach stacjonarnych udzielane są świadczenia zaledwie 13% wszystkich pacjentów. Pokazuje to, jak bardzo system opieki jest szpitalocentryczny i jak niedostatecznie rozwinięta jest środowiskowa część systemu.

Strukturę kosztów (1 944 mln zł) ponoszonych na leczenie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (F00–F99), w podziale na poszczególne grupy rozpoznań, przedstawia Rysunek 3. Widać na nim, że blisko trzy czwarte wszystkich środków pochłaniają cztery grupy rozpoznań:

1. przewlekłe choroby schizofreniczne i schizotypowe (F20–F29) – 30%,
2. zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu (F10) – 19%,
3. zaburzenia organiczne (F00–F09) – 15%,
4. zaburzenia afektywne, w tym przede wszystkim depresje (F30–F39) – 10%.

Na wszystkie pozostałe rozpoznania z grupy F00–F99 przypada około jednej czwartej wydatków publicznych związanych z psychiatryczną opieką zdrowotną.

Rys. 3. Struktura kosztów opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień wg wybranych rozpoznań w %





Kolejnym kosztem ponoszonym przez system ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu świadczeń udzielanych osobom cierpiącym na zaburzenia psychiczne jest koszt leków refundowanych przez NFZ osobom uprawnionym, na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu chorób oraz wykazu leków i wyrobów medycznych, które ze względu na te choroby są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością. W 2009 r. koszt ten osiągnął poziom ok. 752 mln zł. W sumie na świadczenia opieki zdrowotnej związane z zaburzeniami psychicznymi i leki stosowane w ich terapii zostało przeznaczonych ze środków publicznych blisko 2 700 mln złotych.

Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), dotyczące wydatków poniesionych na świadczenia związane z niezdolnością do pracy w 2009 r., wskazują na kwotę blisko 4,5 mld zł wydanych na świadczenia na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania. Stanowi to 15,5% wszystkich poniesionych przez ZUS wydatków.

Największy udział populacji osób cierpiących na zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania odnotowano wśród uprawnionych do otrzymania renty socjalnej. Na renty socjalne dla tej grupy ZUS przeznaczył kwotę prawie 860 mln zł, co stanowiło 59% kwoty środków przeznaczonych na ten rodzaj świadczeń. Oznacza to, że ponad połowę populacji osób, które z uwagi na stan zdrowia nigdy nie podjęły pracy, stanowią osoby z problemami zdrowia psychicznego. Wydatki na świadczenia rentowe z tytułu niezdolności do pracy, wynikającej z zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, wyniosły 19,4% wydatków w tym zakresie, a ich koszt w 2009 r. wyniósł 2,86 mld zł.

Najwyższe koszty świadczeń finansowanych przez ZUS związane były ze schizofrenią oraz zaburzeniami schizotypowymi i urojeniowymi (F20–29) – wyniosły one ponad 1,2 mld zł, czyli 27% ogólnej kwoty wydanej na świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowaną zaburzeniami psychicznymi. Drugą, najwyższą grupą wydatków, były wydatki na świadczenia dla osób z zaburzeniami organicznymi (F00–09), których koszt wyniósł w 2009 r. ponad 1,04 mld zł, tj. 23% ogólnej kwoty wydanej na świadczenia związane z niezdolnością do pracy spowodowaną zaburzeniami psychicznymi. Wydatki na świadczenia dla osób z zaburzeniami afektywnymi (F30–39) kształtowały się na poziomie ok. 788 mln zł (ok. 18%), z zaburzeniami nerwicowymi (F40–48) – ponad 600 mln (ok. 14%), natomiast na świadczenia na zaburzenia spowodowane spożyciem alkoholu (F10) ZUS wydał ponad 127 mln zł (ok. 3%).

Sytuacja epidemiologiczna

Ocena stanu zdrowia psychicznego Polaków i rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych jest w Polsce z konieczności niepełna – jej opracowanie opiera się przede wszystkim na statystykach dotyczących systemu ochrony zdrowia. Dotychczas nie były przeprowadzane ogólnopolskie badania nad rozpowszechnieniem zaburzeń psychicznych. Dopiero w 2010 r. Instytut Psychiatrii i Neurologii, przy współpracy Akademii Medycznej we Wrocławiu i Narodowego Instytutu Zdrowia Psychicznego – Państwowego Zakładu Higieny, podjął pierwsze w Polsce badania: *Epidemiologia zaburzeń psychicznych i dostępność do specjalistycznej opieki psychiatrycznej – EZOP*. Badania realizowane są na dziesięciotysięcznej, losowej próbie ludności. Ich wyniki znane będą pod koniec 2011 r.



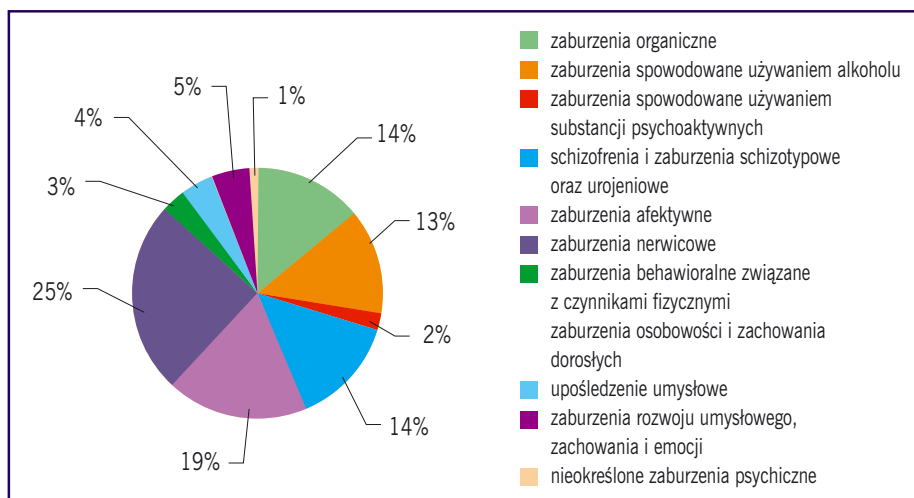
Dlatego też, podobnie jak w poprzednich dekadach, przy ocenie sytuacji epidemiologicznej, należy posługiwać się danymi na temat ochrony zdrowia psychicznego zbieranymi, przetwarzanymi i udostępnianymi na zlecenie Ministerstwa Zdrowia przez Instytut Psychiatrii i Neurologii. Dane te pokazują tylko część zjawiska, nie obejmując osób, które cierpią na różnego rodzaju zaburzenia psychiczne oraz emocjonalne, a nie trafiają nigdy do specjalistycznej opieki psychiatrycznej. Nie tylko dlatego, że nie chcą się leczyć lub są pod opieką lekarza pierwszego kontaktu, lecz również z powodu ograniczonej dostępności terytorialnej specjalistycznej opieki w ich miejscu zamieszkania oraz stygmatyzacji zaburzeń psychicznych. Zaletą tych danych jest względna standaryzacja, obejmująca standardy procedur towarzyszących stawianiu diagnozy. Dane te pozwalają także określić wielkość obciążenia systemu i jego poszczególnych ogniw przez różne jednostki diagnostyczne oraz różne grupy ludności. Pozwala to na bardziej racjonalne gospodarowanie zasobami oraz na bardziej racjonalną politykę zdrowotną.

Dane epidemiologiczne przedstawione są w rozbiciu na poszczególne typy lecznictwa: opiekę ambulatoryjną, całodobową, dzienną i środowiskową. Wynika to z braku indywidualnych kart statystycznych pacjentów w opiece ambulatoryjnej, co uniemożliwia łączenie zbiorów z poszczególnych typów lecznictwa.

Opieka ambulatoryjna

W opiece ambulatoryjnej w 2009 r. leczono blisko 1,4 miliona osób (1 388,191 tys.). Pacjenci najczęściej leczeni byli z powodu zaburzeń nerwicowych – 24%, zaburzeń afektywnych – 18%, zaburzeń organicznych – 14%, schizofrenii i zaburzeń schizotypowych – 14% oraz zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu oraz substancji psychoaktywnych – 15%.

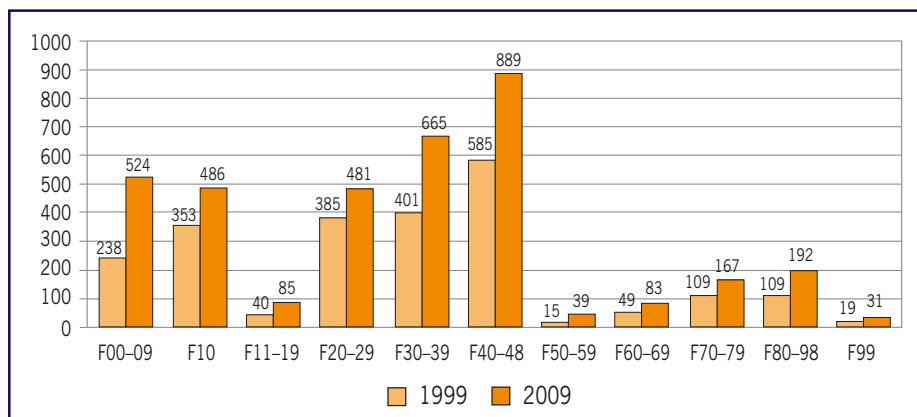
Rys. 4. Struktura zaburzeń psychicznych w opiece ambulatoryjnej w roku 2009 w %





W okresie 10 lat, od roku 1999 do 2009, w lecnictwie ambulatoryjnym liczba leczonych wzrosła o blisko pół miliona osób, tzn. o ponad połowę. Wskaźnik rozpowszechnienia w 1999 r. wynosił 2303 na 100 tys. ludności, a w 2009 r. – 3638 (wzrost o 58%). W tym samym okresie wskaźnik zapadalności (pacjenci rejestrowani po raz pierwszy w życiu) wzrósł z 967 na 100 tys. ludności do 1021 (o 5%).

Rys. 5. Rejestrowane rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w opiece ambulatoryjnej w latach 1999 i 2009, wskaźniki na 100 tys. ludności



Wzrost rozpowszechnienia wystąpił we wszystkich grupach zaburzeń psychicznych. Najwyraźniejszy wzrost wskaźników obserwuje się w rozpoznaniach: zespołów behawioralnych związanych z czynnikami fizycznymi (przede wszystkim anoreksji i bulimii) (F50–F59), gdzie nastąpił ponad dwukrotny wzrost wskaźnika z 15 do 39 na 100 tys. ludności. Ponad dwukrotnie wzrosło rozpowszechnienie zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (F11–F19) – z 40 do 85 na 100 tys. ludności oraz zaburzeń organicznych – z 238 do 524 na 100 tysięcy. Rozpowszechnienie zaburzeń rozwoju psychicznego (F80–F98) wzrosło o 76% – ze 109 do 192 na 100 tys., zaburzeń afektywnych (F30–F39) o 65% – z 401 do 665 na 100 tys., zaburzeń osobowości i zachowania (F60–F69) o 69% – z 49 do 83 na 100 tys. O 48% wzrósł wskaźnik upośledzenia umysłowego, o 51% – zaburzeń nerwicowych, o 24% – schizofrenii i zaburzeń schizotypowych, o 38% – zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu.

Tab. 4. Dynamika rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w opiece ambulatoryjnej latach 1999 i 2009. Różnice procentowe między wskaźnikami na 100 tys. ludności

Rozpoznania	1999	2009	zmiana wskaźnika w % 1999 = 100
1. Zespoły behawioralne związane z czynnikami fizycznymi (F50–F59)	15	39	160
2. Zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (F11–F19)	40	85	112

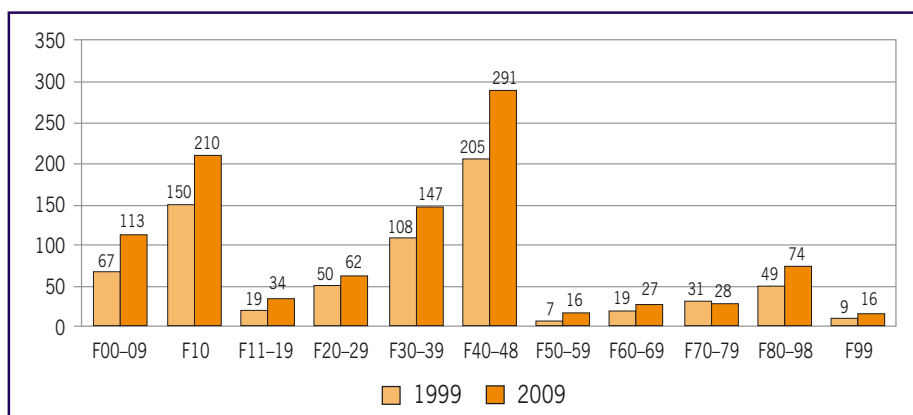


Tab. 4. Dynamika rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w opiece ambulatoryjnej latach 1999 i 2009. Różnice procentowe między wskaźnikami na 100 tys. ludności, cd.

Rozpoznanie	1999	2009	zmiana wskaźnika w % 1999 = 100
3. Zaburzenia organiczne (F00–F09)	238	524	120
4. Zaburzenia rozwoju psychicznego, zachowania i emocji (F80–F98)	109	192	76
5. Zaburzenia afektywne (F30–F39)	401	665	65
6. Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (F60–F69)	49	83	69
7. Upośledzenie umysłowe (F70–F79)	109	162	48
8. Zaburzenia nerwicowe (F40–F48)	585	889	51
9. Nieokreślone zaburzenia psychiczne (F99)	19	31	63
10. Schizofrenia i zaburzenia schizotypowe (F20–F29)	385	481	24
11. Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu (F10)	353	486	38

Najwyższy wzrost zapadalności (liczby pacjentów pierwszorazowych), podobnie jak w przypadku rozpowszechnienia, wystąpił w rejestrowanych ponad dwukrotnie częściej zaburzeniach zespołów behawioralnych z czynnikami fizycznymi i zaburzeniach spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych. Wskaźnik zapadalności zaburzeń organicznych wzrósł o 68%, zaburzeń osobowości i zachowania – o 42%, zaburzeń rozwoju psychicznego – o 51%, zaburzeń afektywnych – o 36%, zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu – o 40%, nerwicowych – o 42%, schizofrenii i zaburzeń schizotypowych – o 24%. Spadł jedynie o 10% wskaźnik zapadalności upośledzenia umysłowego.

Rys. 6. Rejestrowana zapadalność na zaburzenia psychiczne w opiece ambulatoryjnej w latach 1999 i 2009, wskaźniki na 100 tys. ludności

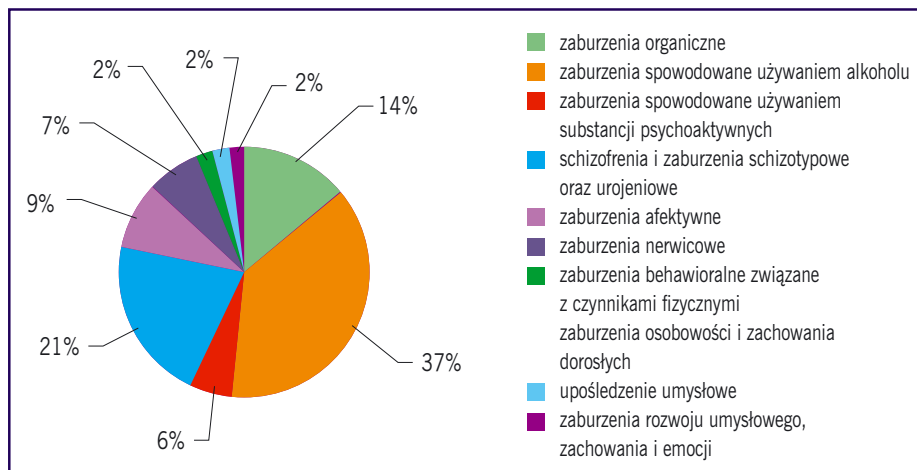




Opieka stacjonarna

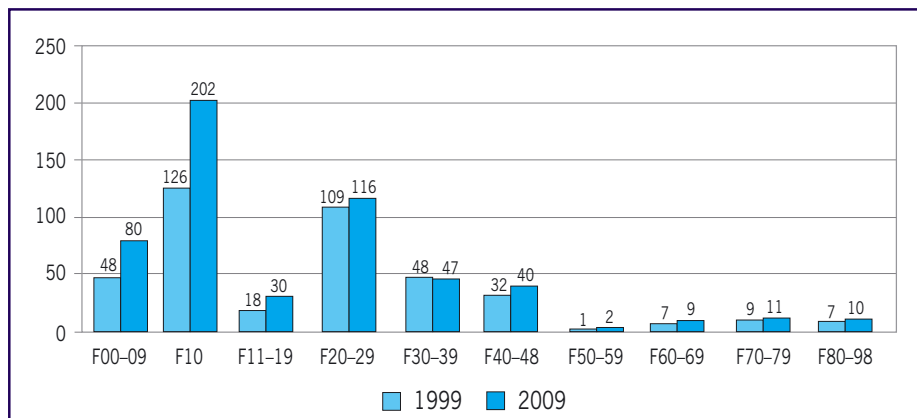
W opiece całodobowej w 2009 r. leczono prawie 211 tys. osób. Pacjenci najczęściej hospitalizowani byli z powodu zaburzeń związanych z używaniem alkoholu – 37%, schizofrenii i zaburzeń schizotypowych – 21%, zaburzeń organicznych – 14% i zaburzeń afektywnych 9%.

Rys. 7. Struktura zaburzeń psychicznych w opiece całodobowej w roku 2009 w %



W lecznictwie całodobowym, w okresie 10 lat, liczba leczonych wzrosła o ponad pięćdziesiąt tysięcy, tzn. o ponad $\frac{1}{3}$. Wskaźnik rozpowszechnienia wzrósł o 35%, z 405 do 548 na 100 tys. ludności. Wskaźnik zapadalności w 1999 r. wynosił 185 na 100 tys. ludności, a w 2009 r. – 226 (wzrost o 22%).

Rys. 8. Rejestrowane rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w opiece całodobowej w latach 1999 i 2009, wskaźnik na 100 tys. ludności



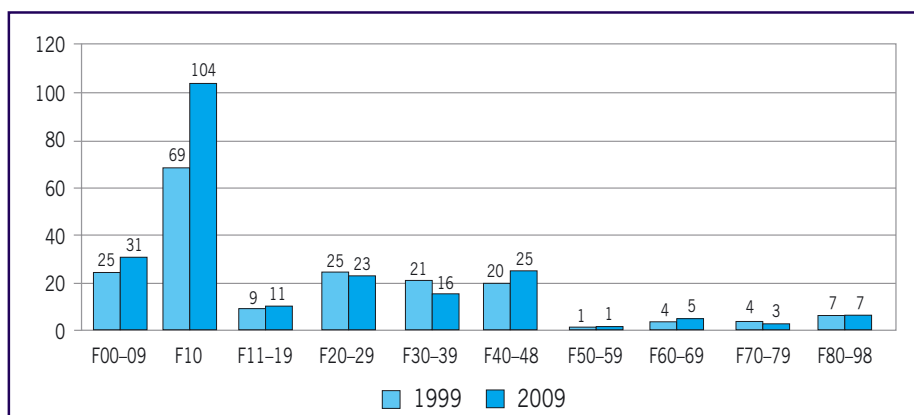


Najwyraźniej wzrosło rozpowszechnienie hospitalizacji zaburzeń spowodowanych: używaniem substancji psychoaktywnych – o 66%, z 18 do 30 na 100 tys. ludności, zaburzeń organicznych – o 66%, z 48 do 80 na 100 tys. oraz zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu – o 60%, z 126 do 202 na 100 tysięcy. Rozpowszechnienie zaburzeń rozwoju psychicznego wzrosło o 42%, zaburzeń nerwicowych – o 25%, upośledzenia umysłowego – o 22%, schizofrenii i zaburzeń schizotypowych – o 6%, a wskaźnik zaburzeń afektywnych utrzymał się na podobnym poziomie.

Tab. 5. Dynamika rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w opiece całodobowej w latach 1999 i 2009. Różnice między wskaźnikami na 100 tys. ludności

Rozpoznania (według wielkości wskaźnika w 2009 roku)	1999	2009	zmiana wskaźnika w % 1999 = 100
1. Zespoły behawioralne związane z czynnikami fizycznymi (F50–F59)	1	2	100
2. Zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (F11–F19)	18	30	66
3. Zaburzenia organiczne (F00–F09)	48	80	66
4. Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu (F10)	126	202	60
5. Zaburzenia rozwoju psychicznego, zachowania i emocji (F80–F98)	7	10	42
6. Zaburzenia nerwicowe (F40–F48)	32	40	25
7. Upośledzenie umysłowe (F70–F79)	9	11	22
8. Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (F60–F69)	7	9	28
9. Schizofrenia i zaburzenia schizotypowe F20–F29)	109	116	6
10. Zaburzenia afektywne (F30–F39)	48	47	– 2

Rys. 9. Rejestrowana zapadalność na zaburzenia psychiczne w opiece całodobowej w latach 1999 i 2009, wskaźniki na 100 tys. ludności



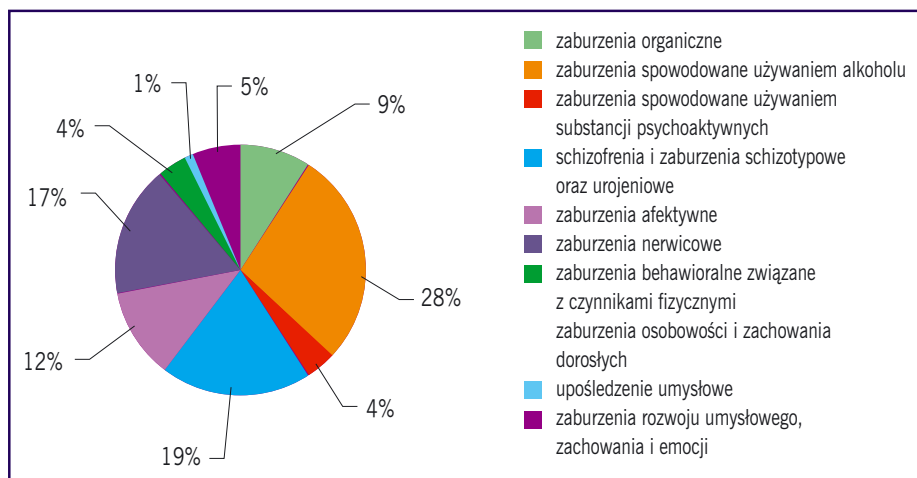


Wskaźnik zapadalności najwyraźniej wzrósł w przypadku zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu – o 50% i zaburzeń organicznych – o 24%. Zapadalność na zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych wzrosła o 22%, a na zaburzenia nerwicowe – o 25%. Spadła zapadalność zaburzeń afektywnych o 24% oraz schizofrenii i zaburzeń schizotypowych – o 8%. Zapadalność na pozostałe zaburzenia pozostała na podobnym poziomie.

Opieka dzienna

W opiece dziennej w 2009 r. leczono ponad 24 tys. osób. Najczęściej leczono pacjentów z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu – 28%, schizofrenii i zaburzeń schizotypowych – 19%, zaburzeń nerwicowych – 17%, zaburzeń afektywnych – 12% i zaburzeń organicznych – 9%.

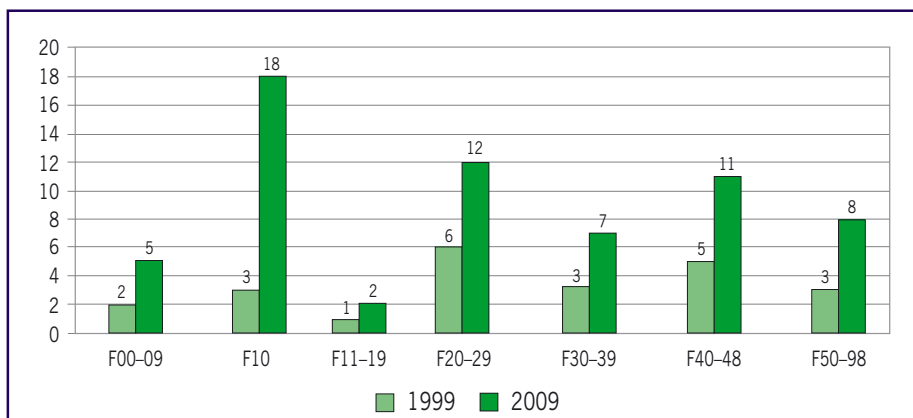
Rys. 10. Struktura zaburzeń psychicznych w opiece dziennej w roku 2009 w %





W oddziałach dziennych w 1999 r. leczono się 9 tys. pacjentów, a w 2009 r. prawie trzykrotnie więcej. Wskaźnik wzrósł blisko trzykrotnie – z 23 na 100 tys. mieszkańców do 63.

Rys. 11. Osoby z zaburzeniami psychicznymi leczone w opiece dziennej w roku 1999 i 2009, wskaźniki na 100 tys. ludności



Tab. 6. Dynamika rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w opiece dziennej w latach 1999 i 2009. Różnice między wskaźnikami na 100 tys. ludności

Rozpoznanie (według wielkości wskaźnika w 2008 roku)	1999	2009	zmiana wskaźnika w % 1999 = 100
1. Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu (F10)	3	18	500
2. Pozostałe zaburzenia psychiczne (F50–F98)	3	8	167
3. Zaburzenia organiczne (F00–F09)	2	5	150
4. Zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (F11–F19)	1	2	100
5. Zaburzenia nerwicowe (F40–F48)	5	11	120
6. Schizofrenia i zaburzenia schizotypowe (F20–F29)	6	12	100
7. Zaburzenia afektywne (F30–F39)	3	7	133

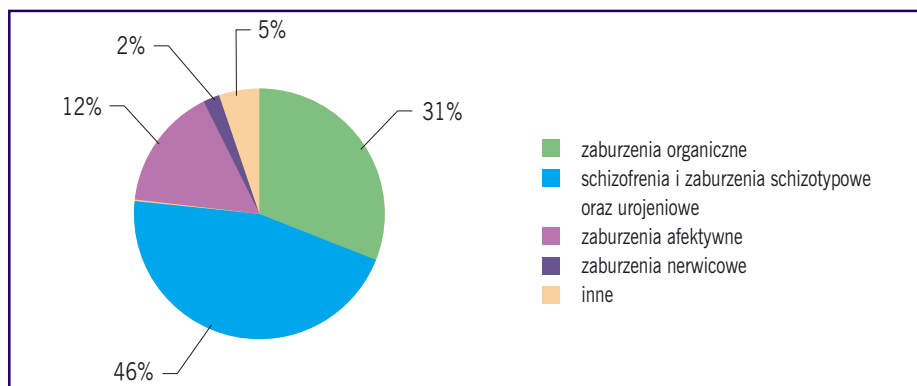
Wskaźniki zaburzeń afektywnych wzrosły o 133%, schizofrenii i zaburzeń schizotypowych wzrosły o 100%, zaburzeń nerwicowych – o 120%, aż pięciokrotnie wzrósł wskaźnik zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu.



Opieka środowiskowa

Opieka środowiskowa w Polsce działa w bardzo ograniczonym zakresie. W 1999 r. funkcjonowało w Polsce 19 zespołów leczenia środowiskowego i leczono w nich tylko 2,7 tys. pacjentów. Po dziesięciu latach liczba zespołów zwiększyła się zaledwie do 45 i leczono w nich blisko 6200 osób (16 na 100 tys. ludności).

Rys. 12. Struktura zaburzeń psychicznych w opiece środowiskowej w 2009 r. w %



Blisko połowa – 46% pacjentów – leczona była z powodu schizofrenii i zaburzeń schizotypowych oraz urojeniowych, 31% – z powodu zaburzeń organicznych, 16% – z powodu zaburzeń afektywnych, zaburzenia nerwiczne stanowiły 2%.

Podsumowanie

Analiza epidemiologiczna rejestrowanego rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w poszczególnych formach opieki wskazuje, że lecznictwo ambulatoryjne objęło opieką o ponad połowę więcej pacjentów niż 10 lat wcześniej. Jednakże w dalszym ciągu nie odciażyło opieki całodobowej. Nieznacznie tylko zwiększyła się proporcja wskaźnika hospitalizacji do wskaźnika leczenia w opiece ambulatoryjnej; w 1999 r. wynosiła ona 1:6, po 10 latach 1:7. Pośrednie formy leczenia, oddziały dzienne, a zwłaszcza zespoły leczenia środowiskowego, rozwijają się w stopniu tak minimalnym, że liczby objętych nimi pacjentów pozostają bez wpływu na rozmiar hospitalizacji. Należy też zwrócić uwagę, że opieka całodobowa w dużym stopniu obciążona jest kolejnymi hospitalizacjami tych samych pacjentów – co roku około 25% hospitalizacji stanowią co najmniej dwukrotne pobyty tych samych osób.

W opiece ambulatoryjnej najczęściej – w obydwu analizowanych okresach – leczono się z powodu zaburzeń nerwicznych, afektywnych, organicznych i spowodowanych używaniem alkoholu. Natomiast największy wzrost wartości wskaźników wystąpił



w przypadku zespołów behawioralnych z czynnikami fizycznymi, zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych i zaburzeń organicznych.

W opiece całodobowej najczęściej zarówno w roku 1999, jak i 2009 leczono z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu, schizofrenii i zaburzeń schizotypowych oraz zaburzeń organicznych i afektywnych. Najwyższy wzrost wskaźników wystąpił – tak samo jak w opiece ambulatoryjnej – w przypadku zespołów behawioralnych, zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu substancji psychoaktywnych i zaburzeń organicznych.

Uwagę zwraca duża różnica w dynamice rozpowszechnienia zaburzeń afektywnych między opieką ambulatoryjną i całodobową. W opiece ambulatoryjnej nastąpił wzrost o 65%, w opiece całodobowej wskaźnik rozpowszechnienia utrzymał się na prawie identycznym poziomie. Wzrost ten jest w istotnym stopniu spowodowany wysoką dynamiką rozpowszechnienia epizodów afektywnych rejestrowanych w opiece ambulatoryjnej – ponad dwukrotnie częściej w 2009 r. niż 10 lat wcześniej, podczas gdy w opiece całodobowej nastąpił spadek. Podobna tendencja wystąpiła w przypadku schizofrenii i zaburzeń schizotypowych – w ambulatoryjnej rozpowszechnienie wzrosło o 24%, w całodobowej tylko o 6%.

Wzrasta rozpowszechnienie – zarówno w opiece ambulatoryjnej, jak i całodobowej – zaburzeń kwalifikowanych jako ciężkie i przewlekłe (schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe oraz zaburzenia afektywne – z wyłączeniem epizodów afektywnych), wzrasta również ich zapadalność w opiece ambulatoryjnej. Silniejsza dynamika wzrostu w opiece ambulatoryjnej świadczy o odciążaniu opieki całodobowej, co zapewne wiąże się w dużym stopniu z rozwojem farmakologii oraz leków przedłużających okresy remisji.

Wzrasta liczba rejestrowanych zaburzeń organicznych zarówno w opiece ambulatoryjnej, jak i całodobowej. Wzrasta również ich zapadalność i dotyczy to przede wszystkim ludzi starszych. W opiece ambulatoryjnej najwyższe z występujących wskaźników rozpowszechnienia dotyczą grupy osób w wieku powyżej 65. roku życia.

Dość wysoką dynamiką charakteryzują się zaburzenia rozwoju psychicznego, zachowania i emocji, dotyczące przede wszystkim dzieci i młodzieży – rosną zarówno wskaźniki rozpowszechnienia, jak i zapadalności tych zaburzeń zarówno w opiece ambulatoryjnej, jak i całodobowej.

Osobnym, bardzo niepokojącym zjawiskiem jest wzrost rozpowszechnienia zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu, zwłaszcza w opiece całodobowej. Jest to jedyny rodzaj zaburzenia, w przypadku którego dynamika wzrostu w opiece całodobowej jest prawie dwukrotnie wyższa niż w ambulatoryjnej.



PRIORYTETY

I. ZABURZENIA DEPRESYJNE (F30–39)

Etiologia, objawy, konsekwencje

Przyczyny każdego zespołu depresyjnego są złożone i obejmują: biologiczną podatność na wystąpienie i skumulowane czynniki psycho-społeczne. Zaburzenia depresyjne stanowią najczęstsze zaburzenia psychiczne w ciągu całego życia człowieka. Ponadto powodują one najdłuższy okres niesprawności spośród wszystkich zaburzeń psychicznych. Charakterystyka kliniczna dotyczy kilku istotnych wymiarów powodujących cierpienia chorego: obniżenie nastroju, który odpowiedzialny jest za występowanie smutku i przygnębienia, „przeżywanie” myśli o niemożności funkcjonowania, negatywna ocena siebie, innych ludzi, otaczającej rzeczywistości oraz przeszłości i przyszłości; zaburzenia napędu psychoruchowego odpowiedzialne za niemożność sprawnego funkcjonowania psychofizycznego, zaburzenia procesów poznawczych, wśród których istotne są zaburzenia koncentracji uwagi, pamięci krótko i długotrwałej, myślenia, podejmowania decyzji, oceny wzrokowo-przestrzennej, zaburzenia rytmów biologicznych, do których należy pogorszenie snu, łaknienia, libido oraz liczne dolegliwości somatyczne maskujące lub imitujące objawy chorób somatycznych. Nieuniknionym skutkiem niskiej samooceny i negatywnej percepcji rzeczywistości są myśli i tendencje samobójcze. Depresja współwystępuje z licznymi chorobami somatycznymi i chorobami o.u.n., powodując trudności w ich leczeniu i pogarszając rokowanie. W wymiarze indywidualnym, depresja inwalidyzuje chorego, zmniejszając możliwości wykonywania pracy, funkcjonowania społecznego, staje się obciążeniem dla rodziny chorego, utrudnia lub uniemożliwia planowanie leczenia współwystępujących chorób (np. chorób układu sercowo-naczyniowego, cukrzycy), zwiększa ryzyko występowania udaru, uniemożliwia prowadzenie prawidłowej rehabilitacji chorób somatycznych. W wymiarze społecznym powoduje izolację chorego, zwiększa obciążenia osób zaangażowanych w opiekę, pogarsza jakość pracy, a w efekcie zwiększa koszty społeczne.

Epidemiologia

W latach 1999–2009 liczba leczonych z powodu zaburzeń depresyjnych¹³ w opiece ambulatoryjnej zwiększyła się o 66%, z ponad 150 tys. do ponad 250 tys. Wskaźnik zapadalności w opiece ambulatoryjnej w 1999 r. wynosił 108 na 100 tys. ludności, po 10 latach – 147 (wzrost o 36%).

¹³ ze względów technicznych przedstawione dane epidemiologiczne oraz dane na temat kosztów obejmują wszystkie zaburzenia afektywne (nastroju) oznaczone w klasyfikacji ICD-10 kodami F30–F39, wśród których zaburzenia depresyjne stanowią przeważającą większość. Pozostałą część stanowią osoby, u których rozpoznano dotąd jedynie nie-depresyjne zaburzenia afektywne (tj. maniakkalne i mieszane).


Tab. 7. Choroby afektywne w opiece ambulatoryjnej, wskaźnik na 100 tys. ludności

	1999	2006	2009
Rozpowszechnienie	401	642	665
Zapadalność	108	148	147

Inaczej kształtowała się sytuacja w lecznictwie stacjonarnym. W latach 1999–2006 liczba pacjentów wzrosła o kilkanaście procent, z 18,9 tysięcy do blisko 21 tysięcy, aby w następnych trzech latach spaść ponownie do ok. 18 tysięcy. W latach 1999–2009 wskaźnik rozpowszechnienia utrzymywał się na podobnym poziomie, podczas gdy wskaźnik zapadalności spadł o blisko 25%, z 21 do 16 na 100 tys. mieszkańców.

Tab. 8. Choroby afektywne w opiece całodobowej, wskaźnik na 100 tys. ludności

	1999	2006	2009
Rozpowszechnienie	48	54	47
Zapadalność	21	18	16

W opiece ambulatoryjnej wzrost wskaźnika rozpowszechnienia obserwuje się we wszystkich frakcjach wieku, najsilniej wzrósł w najmłodszej – o 8% oraz najstarszej – o 7%. Natomiast wskaźnik zapadalności nieznacznie spadł we wszystkich grupach wiekowych, z wyłączeniem osób powyżej 65. roku życia, gdzie wskaźnik wzrósł o prawie 3%.

Tab. 9. Choroby afektywne w opiece ambulatoryjnej, zmiany wskaźnika wg wieku

Grupy wiekowe	0–18		19–29		30–64		65+	
Lata	2006	2009	2006	2009	2006	2009	2006	2009
Rozpowszechnienie	58	63	501	507	949	950	725	782
Zapadalność	25	24	157	151	204	197	147	151

* Dopiero od 2005 roku przedziały grup wiekowych są porównywalne

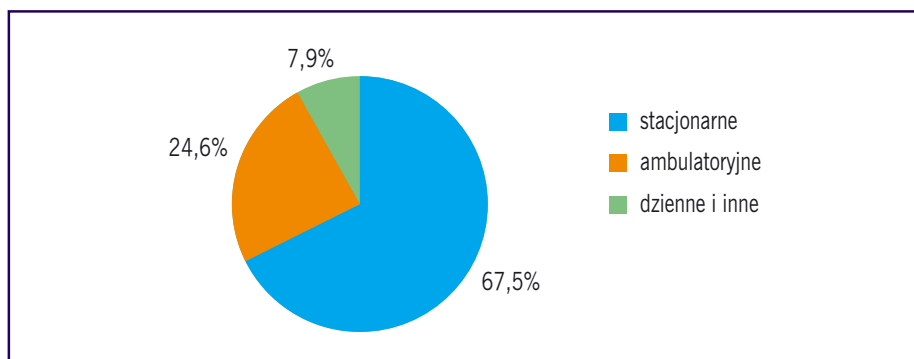
W tym samym czasie – w opiece całodobowej – najwyraźniejszy spadek rozpowszechnienia na zaburzenia afektywne wystąpił w grupie wieku 30–64 lata, a następnie niewielki w grupie 19–29 lat, w pozostałych utrzymał się na podobnym poziomie. Podobne zmiany wystąpiły w dynamice zapadalności.

**Tab. 10. Choroby afektywne w opiece całodobowej, wskaźnik wg grup wiekowych**

Grupy wiekowe	0–18		19–29		30–64		65+	
Lata	2006	2009	2006	2009	2006	2009	2006	2009
Rozpowszechnienie	5	6	18	17	93	76	46	46
Zapadalność	4	4	11	9	28	23	16	16

Koszty

Koszt wszystkich świadczeń, udzielonych osobom z zaburzeniami afektywnymi kształtował się na poziomie 185 mln zł, z czego koszt świadczeń stacjonarnych wyniósł 67,5%, ambulatoryjnych – 24,6 %, a pozostałych form – prawie 8%. Stanowiły one 10% ogólnych kosztów ponoszonych na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień.

Rys. 13. Struktura kosztów świadczeń – zaburzenia afektywne (nastroju) w %

Świadczenia oddziałów opieki całodobowej, w których hospitalizowano osoby z zaburzeniami afektywnymi, sfinansowano ze środków publicznych na poziomie 124,9 mln zł, z czego na oddziały ogólne psychiatryczne przypadło 85% kosztów. Głównym miejscem leczenia – a więc i powstawania kosztów opieki ambulatoryjnej, wynoszących 45,7 mln zł – były ogólne poradnie zdrowia psychicznego. Świadczenia opieki dziennej, hosteli oraz zespołów leczenia środowiskowego skutkowały kosztami w łącznej wysokości 14,5 mln zł.

Koszt leków przeciwdepresyjnych, podstawowych w leczeniu tej grupy pacjentów, refundowano na poziomie 124,5 mln zł. Udział innych leków nie przekraczał prawdopodobnie 10–20% tej kwoty, tj. ok. 12–25 mln zł.

Całkowity koszt świadczeń i leków refundowanych należy oszacować na poziomie ok. 320–335 mln zł.



Rekomendacje

Do podstawowych metod zmniejszenia częstości występowania depresji należy:

1. upowszechnienie wiedzy wśród społeczeństwa o wczesnych objawach depresji i możliwościach jej leczenia;
2. organizowanie specjalistycznych grup informacyjnych zwiększających poziom wiedzy, np.: badania przesiewowe w populacjach wrażliwych, strony internetowe, grupy samopomocowe;
3. szkolenie lekarzy różnych specjalności, zwłaszcza POZ, w zakresie rozpoznawania depresji.

Organizacja systemu ochrony zdrowia powinna uwzględnić:

1. zwiększenie możliwości współpracy pomiędzy lekarzami różnych specjalności i psychiatrami;
2. organizowanie wyspecjalizowanych poradni zaburzeń psychicznych;
3. udział psychiatrów (konsultacyjny) w środowiskowych badaniach nad chorymi zarówno wśród chorych leczonych w poradniach, jak i specjalistycznych oddziałach szpitalnych;
4. organizacja specjalistycznych oddziałów ukierunkowanych na leczenie zaburzeń afektywnych.

II. SAMOBÓJSTWA

Uwarunkowania, czynniki ryzyka, konsekwencje oraz koszty indywidualne i społeczne

Problemem samobójstw, ich uwarunkowaniami i zapobieganiem zajmuje się relatywnie nowa, rozwijająca się na świecie od ponad 60 lat, dyscyplina naukowa – suicydologia, która ma charakter interdyscyplinarny i korzysta z dorobku głównie socjologii, psychologii, psychiatrii oraz kryminologii. Wynika to ze złożonych i wieloczynnikowych uwarunkowań zachowań samobójczych, które można ogólnie podzielić na: społeczne, psychologiczne i biologiczne.

W wymiarze społecznym samobójstwa są związane ze stopniem społecznej integracji (np. wykluczeniem społecznym), skutkami przemian społeczno-ekonomicznych – w tym szczególnie z bezrobociem, przemianami w sferze kulturowych wartości, norm etycznych i prawnych oraz towarzyszących im reakcji społecznych, a także roli i negatywnego wpływu mass mediów w formie transmisji zachowań samobójczych (tzw. samobójstwa naśladowcze).

W wymiarze psychologicznym uwarunkowania samobójstw koncentrują się wokół roli osobowości oraz wpływie stopnia radzenia sobie ze stresami i wydarzeniami traumatycznymi w indywidualnym cyklu życiowym.

W wymiarze biologicznym zachowania samobójcze są łączone z zaburzeniami psychicznymi, w tym szczególnie z różnymi postaciami depresji (zaburzeń afektywnych)



oraz wszystkimi formami nadużywania i uzależnień od substancji psychoaktywnych, a głównie od alkoholu.

Należy także podkreślić związek samobójstw z działaniami przestępczymi, w tym ich współwystępowanie z zabójstwami i terroryzmem.

Czynniki ryzyka zachowań suicydalnych można podzielić na pierwszo-, drugo- i trzeciorzędowe. Do pierwszorzędowych należą:

1. obecność zaburzeń psychicznych, głównie depresyjnych, zaburzeń osobowości oraz schizofrenii, a w drugiej kolejności często w powiązaniu z nadużywaniem substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu,
2. wcześniejsze próby samobójcze,
3. obecność uporczywych myśli samobójczych,
4. konkretne plany i działania suicydalne, np. gromadzenie leków, broni, środków toksycznych i innych niebezpiecznych materiałów w celu odebrania sobie życia,
5. próby samobójcze i samobójstwa w rodzinie oraz wśród bliskich osób.

Do drugorzędowych czynników ryzyka zalicza się cały zestaw stresów psychologicznych i społecznych, w tym traumatyczne doświadczenia w dzieciństwie, ostre stresory psychospołeczne związane z negatywnymi wydarzeniami życiowymi – rodzinnymi i osobistymi, problemy socjalno-bytowe i wszelkie sytuacje straty bliskiej osoby, finansowej czy przeżycie katastrofy naturalnej, komunikacyjnej i innych traumatycznych zdarzeń, np. sytuacja przewlekłej, często nieuleczalnej choroby.

Do trzeciorzędowych czynników ryzyka zalicza się wpływ na zachowania samobójcze cech społeczno-demograficznych: wieku, płci, stanu cywilnego i przynależności do mniejszości etnicznych i seksualnych. Np. w Polsce mężczyźni ponad 5,5-krotnie częściej niż kobiety dokonują samobójstw zakończonych zgonem, a kobiety około dwukrotnie częściej prób samobójczych.

Konsekwencje – szczególnie w przypadku samobójstw dokonanych w sferze indywidualnej – są oczywiste, ale ich społeczne i psychologiczne skutki dotyczą przeciętnie co najmniej 4–5 najbliższych osób, a także pośrednio większy krąg osób w miejscu zamieszkania, pracy czy nauki. W przypadku prób samobójczych należy brać pod uwagę koszty leczenia w oddziałach toksykologicznych i intensywnej terapii, koszty rehabilitacji i pomocy psychiatryczno-psychologicznej. Tak w przypadku samobójstw dokonanych, jak i prób samobójczych należy także liczyć koszty związane ze stratami w pracy, ubezpieczeniach i podatkach.

Epidemiologia

Samobójstwo stanowi siódmą, pod względem częstości, przyczynę zgonu i obejmuje przeciętnie ponad 1,5% wszystkich zgonów. Według szacunkowych danych WHO, każdego roku w pierwszej dekadzie XXI wieku, na świecie ponad milion – a w Europie ponad 100 tysięcy osób – odbiera sobie życie w wyniku zamachu samobójczego. Szacuje się, że liczba prób samobójczych jest co najmniej dziesięć razy a – w zależności od



kraju, regionu czy grupy etnicznej – może być nawet dwadzieścia i więcej razy większa od liczby samobójstw zakończonych zgonem. W latach 2003–2008, dla badanych blisko 100 krajów świata, przeciętny współczynnik samobójstw wynosił 14 na 100 tys. ludności, w tym 23 dla mężczyzn i 6,5 dla kobiet. Polska ze współczynnikiem 16,9 przypadków na 100 tys. ludności (30 dla mężczyzn i 4,8 dla kobiet) należy – w porównaniu do innych krajów europejskich – do grupy państw o relatywnie wysokim współczynniku samobójstw. W Regionie Europejskim WHO Polska lokuje się na szesnastym miejscu. Na świecie jest w pierwszej dwudziestce państw o najwyższych współczynnikach samobójstw. Inna kolejność występuje w zależności od płci. W przypadku mężczyzn Polska zajmuje jedenastą pozycję na świecie, a w przypadku kobiet lokuje się w czwartej dziesiątce krajów.

Tab. 11. Kraje o najwyższych współczynnikach samobójstw, wg wielkości współczynników ogółem

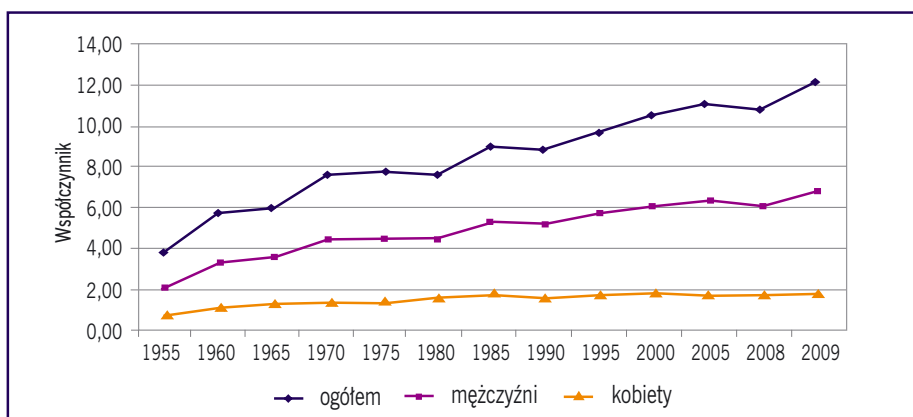
KRAJ	Rok	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem
1. Białoruś	2003	63,3	10,3	35,1
2. Litwa	2007	53,9	9,8	30,4
3. Rosja	2006	53,9	9,5	30,1
4. Kazachstan	2007	46,2	9,0	26,9
5. Węgry	2006	42,3	11,2	25,7
6. Japonia	2008	35,1	13,8	24,0
7. Ukraina	2005	40,9	7,0	22,9
8. Korea Płd	2006	29,6	14,1	21,9
9. Sri Lanka	1996	–	–	21,6
10. Słowenia	2007	33,7	9,7	21,5
11. Łotwa	2007	34,1	7,7	19,9
12. Serbia	2006	28,4	11,1	19,5
13. Finlandia	2007	28,9	9,0	18,8
14. Belgia	1999	27,2	9,5	18,2
15. Estonia	2008	30,6	7,3	18,1
16. Chorwacja	2006	26,9	9,7	18,0
17. Szwajcaria	2007	24,8	11,4	18,0
18. Francja	2006	25,5	9,0	17,0
19. Polska	2009	30,0	4,8	16,9



Według danych statystycznych GUS na podstawie kart zgonów, w latach 1990–2005, rocznie w wyniku samobójstwa umierało w Polsce od ponad 5 tys. (w 1990 r.) do ponad 6 tys. osób (w latach 2004 i 2005, odpowiednio: 6072 i 6043). Wskaźnik samobójstw na 100 tys. ludności wzrósł w tym okresie o 22% (od 13 do blisko 16). W 2006 r. nastąpił niewielki spadek do 5804 przypadków (współczynnik 15,2), a w 2007 r. znaczny spadek do 5282 (14). W kolejnych dwóch latach notuje się ponowny wzrost zgonów spowodowanych samobójstwem: do 5681 w 2008 r. (15) i 6446 w 2009 r. (współczynnik 16,9). W liczbach bezwzględnych, w 2009 r. – 6474 osoby zakończyły życie w wyniku samobójstwa i jest to absolutny smutny rekord w dotychczasowej historii statystyki samobójstw w Polsce.

Znaczne oscylacje w liczbie samobójstw, ich generalnie wysoki poziom, kształtujący się pomiędzy 14 a 17 przypadków na 100 tys. ludności, wskazują na potrzebę działań prewencyjnych i konieczność opracowania oraz realizacji Programu Zapobiegania Samobójstwom, który jest planowany w 2011 r., w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Rys. 14. Współczynnik samobójstw w Polsce w latach 1955–2009



Tab. 12. Współczynnik samobójstw w Polsce w latach 1955–2009

Lata	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006	2009
Ogółem	5,7	8,2	9,0	11,2	11,3	11,2	13,3	13,0	14,3	15,1	15,8	15,2	16,9
Mężczyźni	9,6	14,1	14,9	18,8	19,3	18,8	22,6	22,0	24,3	25,9	27,8	26,8	30,0
Kobiety	2,2	3,0	3,4	3,7	3,7	4,0	4,5	4,0	4,7	4,9	4,6	4,4	4,8

Istotnym elementem analizy problemu zgonów samobójczych jest ich udział wśród ogólnej liczby zgonów. Przykładowo w 2008 r. w Polsce zanotowano ogółem 379 399 zgonów, w tym w 172 945 przypadkach przyczyną były choroby układu krążenia (zawały serca



i udary mózgu), w 93 060 przypadkach były to nowotwory złośliwe, a w 25 553 przypadkach – zgony w wyniku urazów i zatruc (wypadki komunikacyjne, inne śmiertelne wypadki w wyniku urazów i zatruc, zabójstwa oraz samobójstwa). Wśród ponad 25 tysięcy zgonów z tzw. przyczyn zewnętrznych (urazy i zatrucia) zanotowano 5681 przypadków samobójstw. Stanowiły one ponad 22% zgonów z przyczyn zewnętrznych, a prawie 1,5% wśród wszystkich zgonów w 2008 roku. W ostatnich dwóch dekadach udział samobójstw wśród wszystkich zgonów wahał się od 1,4% do 1,7%. Ich udział wśród ogółu zgonów jest zbliżony do zgonów w wyniku chorób metabolicznych i przemiany materii (np. cukrzycy) albo z powodu wypadków komunikacyjnych. Według statystyk GUS, w skali roku w ostatnich latach więcej osób umiera w wyniku samobójstwa niż w wyniku wypadków drogowych. Samobójstwo zajmuje siódmą pod względem częstości pozycję wśród przyczyn zgonu w Polsce, a wśród dzieci i młodzieży w wieku do 19 lat lokuje się na drugiej pozycji.

W całym przedstawionym okresie wielkość współczynników samobójstw była zróżnicowana ze względu na płeć – w ostatniej dekadzie mężczyźni popełniali w Polsce przeciętnie sześć razy częściej samobójstwa niż kobiety. W okresie od 2001 do 2009 roku dla mężczyzn współczynniki te wynosiły od 25,9 do 30 przypadków na 100 tys., a wśród kobiet – od 4,4 do 4,9. Należy zaznaczyć, że we wszystkich krajach na świecie – z wyjątkiem Chin – mężczyźni znacznie częściej dokonują zamachów samobójczych zakończonych zgonem, przeciętnie w proporcji 3,5 do 1.

Ta prawidłowość dotyczy zamachów samobójczych zakończonych śmiercią. W przypadku prób samobójczych proporcja jest odwrotna i to kobiety częściej podejmują próby odebrania sobie życia, szczególnie w młodszych grupach wieku. Według badań WHO, w latach 1989–1992, w 16 miastach i regionach Europy kobiety przeciętnie o 38% częściej niż mężczyźni podejmowały próby samobójcze. Inne szacunki i wyniki badań wskazują, że na świecie kobiety przeciętnie prawie dwukrotnie częściej niż mężczyźni podejmują próby samobójcze.

W Polsce w latach 1990–2009 współczynnik samobójstw zwiększył się o ponad 23% (z 13 do 16,9). Niepokojący jest znaczny wzrost liczby samobójstw wśród dzieci i młodzieży. Największy wzrost nastąpił wśród chłopców i wśród młodych mężczyzn. W grupie wieku do 19 lat wyniósł on 27%, a w grupie wieku 20–24 lata – ponad 33%. W liczbach bezwzględnych oznacza to wzrost liczby samobójstw w grupie do 19 lat z 232 do 294 przypadków, a w grupie 20–24 lata z 320 do 426 przypadków. Liczba prób samobójczych podejmowanych przez dzieci i młodzież jest znacznie większa i trudna do oszacowania. Ponieważ w młodszych grupach wieku, według ekspertów z wielu krajów, próby samobójcze zdarzają się znacznie częściej niż średnio w całej populacji, to można wstępnie oszacować ich liczbę na co najmniej 15–20 razy większą niż liczba samobójstw zakończonych zgonem. W Polsce oznaczałoby to, że rocznie podejmowane są próby samobójcze przez 4,5 do 6 tys. dzieci i młodzieży w grupie wieku od 7 do 19 lat. Natomiast w całej populacji w Polsce można ostrożnie szacować, że rocznie przynajmniej 60 do 90 tys. osób podejmuje próby pozbawienia się życia, w tym częściej kobiety i osoby w młodszych grupach wieku.

Badania wykazują, że u ponad połowy osób, które dokonały skutecznego zamachu samobójczego, występowały zaburzenia depresyjne o różnorodnym nasileniu i przyczy-



nach, przy czym szczególne miejsce przypada nawracającym zaburzeniom afektywnym. Szczególne miejsce chorób afektywnych wynika nie tylko z wysokich kosztów następstw ekonomicznych, ale również z ich istotnej roli w kształtowaniu współczynników samobójstw dokonanych oraz prób samobójczych.

Samobójstwa a alkohol

Nadużywanie i uzależnienie od alkoholu są powszechnie uznane za jeden z czynników znacznie zwiększających ryzyko podjęcia próby samobójczej lub skutecznego popełnienia samobójstwa. Badania nad samobójstwami w populacjach generalnych w wielu krajach wykazują, że od 15% do 27% ich ofiar stanowią osoby nadużywające alkoholu. Ryzyko samobójstwa – u osób uzależnionych w okresie całego ich życia – można szacować w granicach od 2,5% do o 3,5%. Najczęściej są one dokonywane przez osoby z okresem uzależnienia trwającym średnio od 18 do 20 lat, natomiast rzadko występują w pierwszych latach nadużywania alkoholu. W przypadku kobiet okres nadużywania alkoholu jest krótszy. Wiadomo również, że mniej więcej połowa samobójstw mężczyzn w Polsce ma miejsce po spożyciu alkoholu lub u osób z historią nadmiernego picia. W polskich badaniach (13-letnia katamneza) nad umieralnością pacjentów (mężczyzn) leczenia odwykowego, w grupie ustalonych przyczyn zgonów dokładnie 10% stanowiły samobójstwa, a obserwowana liczba zgonów samobójczych była 7,5 razy wyższa od oczekiwanej. Szacuje się, że 30% zmienności współczynników samobójstw można wyjaśnić zmianami w konsumpcji alkoholu per capita. Wiadomo również, że wśród osób uzależnionych od alkoholu, które dokonały samobójstwa, w 47% do 64% przypadków występowały zespoły depresyjne.

W pierwszej dekadzie XXI wieku, w prawie wszystkich krajach Europy Środkowej i Wschodniej, które przechodziły transformację społeczno-ekonomiczną i miały szczególnie wysokie współczynniki samobójstw, obserwuje się znaczny spadek ich liczby. Wysoki pozytywny trend spadkowy występuje w Estonii, na Węgrzech, Rosji, Litwie, Łotwie, Słowenii i Ukrainie. Również w krajach Europy Zachodniej i Południowej, m.in. w Finlandii, Szwecji, Danii, Norwegii, Wielkiej Brytanii, Izraelu i Malcie, obserwuje się pozytywne zmiany, czyli trend spadkowy. Może mieć to związek z podejmowanymi i realizowanymi w tych krajach programami i strategiami na rzecz zapobiegania samobójstwom, w tym także udziałem w programach międzynarodowych.

Rekomendacje

Podstawowa struktura programów i strategii zapobiegania samobójstwom składa się z całego zespołu działań i zadań realizowanych na dwóch poziomach instytucjonalnych:

1. systemu opieki zdrowotnej,
2. systemu zdrowia publicznego, który obejmuje wszystkie instytucje i sektory władz publicznych, organy bezpieczeństwa publicznego, szkoły, miejsca pracy,



organizacje pozarządowe, religijne i inne organizacje, których jednym z zadań jest zapewnienie ochrony i promocji zdrowia obywateli.

Na poziomie systemu i organizacji opieki zdrowotnej najważniejsze zadania to masowe i systematyczne kształcenie lekarzy pierwszego kontaktu i innych specjalności w zakresie diagnozowania zaburzeń psychicznych, szczególnie zaburzeń depresyjnych (afektywnych) oraz schizofrenii, w kontekście ryzyka zachowań samobójczych, ich leczenia i zapewnienia specjalnej opieki dla osób z grup ryzyka, po próbach samobójczych oraz w stanach kryzysów psychicznych, w tym po śmierci samobójczej bliskiej osoby w ramach tzw. postwencji.

Na poziomie systemu zdrowia publicznego, działania i zadania polegają na realizacji programów powszechnej edukacji i promocji zdrowia psychicznego kierowanych głównie do nauczycieli, dziennikarzy, duchownych, pracowników socjalnych, policjantów, strażaków i menedżerów. Obejmują one wiedzę na temat rozpoznawania zagrożeń i metod zapobiegania samobójstwom, czynników chroniących (protektorywnych) przed podejmowaniem zachowań samobójczych oraz czynników psychospołecznych i klinicznych (rola zaburzeń psychicznych) ryzyka suicydalnego.

W ramach programu i strategii zapobiegania samobójstwom można rekomendować następujące działania i zadania:

1. promowanie świadomości, że samobójstwa są ważnym problemem zdrowia psychicznego i można im w znacznym zakresie zapobiegać;
2. obalanie mitów, które nagromadziły się wokół problematyki dotyczącej samobójstw, np. osoba, która głośno mówi o tym, że ma zamiar popełnić samobójstwo „tak naprawdę chce tylko zwrócić na siebie uwagę”; osiem na dziewięć osób, które popełniły samobójstwo, wysyła sygnały pośrednie lub wprost swojemu otoczeniu o zamiarze popełnienia samobójstwa;
3. tworzenie sieci grup i instytucji, w tym ośrodków interwencji kryzysowej i telefonów zaufania, w celu pomocy i wsparcia dla osób w kryzysie suicydalnym;
4. rozwijanie i realizowanie strategii ograniczania stygmatyzacji osób korzystających z opieki psychiatrycznej, w tym zmniejszania społecznego tabu wokół problemu samobójstw;
5. opracowywanie i realizowanie lokalnych programów zapobiegania samobójstwom, w tym związanych z zarządzaniem i rozwiązywaniem sytuacji kryzysowych;
6. promowanie działań w celu ograniczania dostępu do środków mogących służyć do popełnienia samobójstwa;
7. powszechna i systematyczna organizacja szkoleń i treningów w celu rozpoznawania suicydalnych zachowań ryzykownych, a także w zakresie leczenia depresji;
8. zwiększanie dostępu do placówek opieki zdrowotnej i poprawa współpracy między ośrodkami leczenia psychiatrycznego i odwykowego a jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej;



9. zrównoważone prezentowanie w mediach obrazu osób po próbach samobójczych, samobójców oraz osób psychicznie chorych i uzależnionych, ze wskazaniem ośrodków i metod pomocy oraz wsparcia;
10. promowanie i wspieranie badań na temat samobójstw i metod ich prewencji;
11. rozwijanie systemu monitorowania (ewaluacji) programów zapobiegania samobójstwom, w tym przede wszystkim ocena ich skuteczności.

III. ZABURZENIA SPOWODOWANE PICIEM ALKOHOLU (F10)

Etiologia, objawy, konsekwencje indywidualne i społeczne

Etiologia nieumiarkowanego picia alkoholu, prowadzącego do picia ryzykownego, picia szkodliwego, uzależnienia od alkoholu oraz powikłań uzależnienia, jest dość dobrze poznana i sprowadza się do czynników osobniczych i środowiskowo-kulturowo-politycznych.

Osobnicza skłonność do nadmiernego picia w znacznym stopniu związana jest z czynnikami biologicznymi (głównie genetycznymi), które warunkują m.in.: a) metabolizm alkoholu sprzyjający pozytywnym doznaniom i słabo nasilonym przykrym objawom, b) cechy osobowości sprzyjające stylowi życia i sposób radzenia sobie ze stresem oraz przykrymi emocjami poprzez picie alkoholu.

Czynniki kulturowe to m.in.: osadzenie nadmiernego picia w szeroko rozumianej kulturze, społeczna akceptacja nietrzeźwości, zwłaszcza jako usprawiedliwienia łamania norm społecznych i reakcje społeczne na ich przekraczanie. Czynniki środowiskowe to także m.in.: ogólny poziom akceptacji picia i naciski na wspólne picie. Czynniki polityczne to m.in.: polityka cenowa wobec alkoholu, poziom jego fizycznej dostępności, kwestia jego spożywania w miejscach publicznych, reagowanie służb porządkowych na zachowania po alkoholu oraz system karania za wykroczenia i przestępstwa w stanie nietrzeźwości.

Patogeneza różnych szkód zdrowotnych, uzależnienia od alkoholu i jego powikłań, jest dość dobrze znana, co jednak w niedostatecznym stopniu przekłada się na postępowanie lecznicze.

Psychiatryczne skutki picia nadmiernego to:

1. picie ryzykowne, czyli picie w okolicznościach, które zwiększają ryzyko szkód zdrowotnych;
2. picie szkodliwe, czyli taki model picia, który prowadzi do konkretnych szkód zdrowotnych (somatycznych i psychicznych), jak i pogorszenia funkcjonowania w rolach społecznych;
3. uzależnienie od alkoholu, czyli model spożywania alkoholu, w którym kontrolowanie picia jest znacznie upośledzone, występuje głód alkoholu, stwierdza się zwiększoną tolerancję alkoholu oraz występowanie objawów odstawiennych, a picie alkoholu coraz bardziej wypiera inne aktywności uprzednio ważne dla osoby uzależnionej;



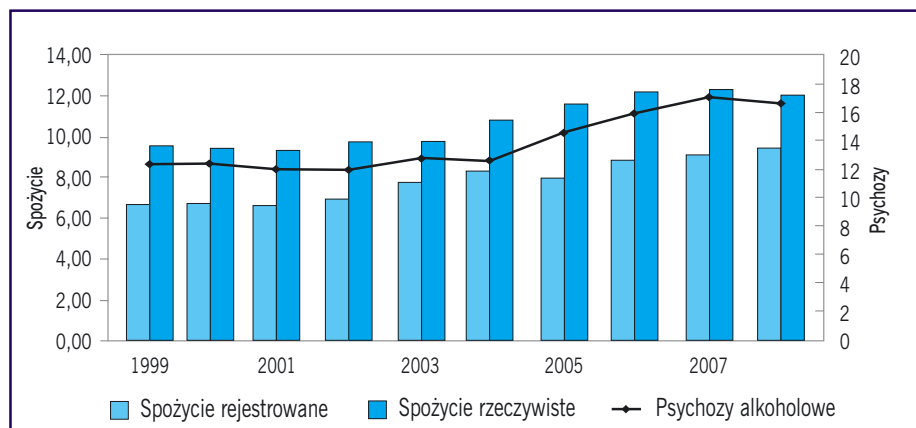
4. psychiatryczne powikłania uzależnienia: uogólnione i specyficzne encefalopatie alkoholowe, związane z alkoholem zaburzenia nastroju, ostre i przewlekłe psychozy, zespół amnestyczny, otępienie, pogorszenie obrazu psychopatologicznego i przebiegu innych zaburzeń psychicznych, zwiększone ryzyko samobójstw.

Alkohol jest silną toksyną wpływającą negatywnie praktycznie na wszystkie narządy i układy organizmu. Najczęstsze są powikłania ze strony układu pokarmowego (stłuszczenie, zapalenie i marskość wątroby, ostre i przewlekłe zapalenia trzustki, zespoły złego wchłaniania), układu krążenia (nadciśnienie tętnicze, miokardiopatia, zaburzenia rytmu), układu endokrynnego (hypogonadyzm, zaburzenia miesiączkowania i płodności). Picie alkoholu w czasie ciąży może powodować alkoholowy zespół płodowy polegający na występowaniu wad morfologicznych i opóźnionym rozwoju psychicznym. Picie alkoholu przyczynia się do zmniejszenia odporności, przyspieszenia procesów nowotworowych oraz pogarsza przebieg i utrudnia leczenie innych chorób somatycznych.

Epidemiologia

W ciągu ostatniej dekady spożycie alkoholu w Polsce znacznie wzrosło. Jego sprzedaż zwiększyła się o połowę z 6,8 litra etanolu na jednego mieszkańca w 1999 r. do 9,6 litra w 2008 r., a w 2009 r. spadła do 9,06 litra.

Rys. 15. Rejestrowane i rzeczywiste spożycie alkoholu w litrach na jednego mieszkańca oraz współczynnik pierwszorazowych hospitalizacji z powodu psychoz alkoholowych



Zmiany w konsumpcji wpłynęły na wzrost liczby zgonów spowodowanych schorzeniami bezpośrednio związanymi z alkoholem, takimi jak: choroby wątroby, zatrucia i zaburzenia psychiczne związane z alkoholem. W 1999 r. z powodu tych chorób zmarło niewiele ponad 8 tys. osób, w 2008 r. – 11,6 tysięcy. Tylko w ostatnich pięciu latach skumulowana nadwyżka zgonów z powodów bezpośrednio związanych z alkoholem – nie licząc urazów i wypadków – wyniosła ponad 11 tysięcy.

W 1999 r. w opiece ambulatoryjnej leczono ponad 136 tys. pacjentów, w 2009 r. liczba leczonych była większa o blisko pięćdziesiąt tysięcy (185 tys.). Wskaźnik rozpo-



wszechnienia wzrósł o 37% – z 353 do 486 na 100 tys. ludności. Wskaźnik zapadalności w tym samym okresie – o 40% – ze 150 do 210 na 100 tysięcy.

Tab. 13. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z alkoholem w opiece ambulatoryjnej, wskaźnik na 100 tys. mieszkańców

	1999	2006	2009
Rozpowszechnienie	353	439	486
Zapadalność	150	175	210

W opiece całodobowej w 1999 r. hospitalizowano prawie 49 tys. osób, po 10 latach liczba hospitalizowanych wzrosła o blisko 30 tys. – do 77 tysięcy. Wskaźnik rozpowszechnienia wzrósł o 60% – ze 126 do 202 na 100 tys. ludności. W tym samym okresie zapadalność wzrosła o 51% – z 69 do 104 na 100 tysięcy.

Tab. 14. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z alkoholem w opiece całodobowej, wskaźnik na 100 tys. mieszkańców

	1999	2006	2009
Rozpowszechnienie	126	188	202
Zapadalność	69	100	104

Wzrost rozpowszechnienia w opiece ambulatoryjnej, podobnie jak wzrost zapadalności wystąpił we wszystkich grupach wiekowych oprócz najmłodszej, przy czym najsilniejsze tempo wzrostu zanotowano w grupie wieku 30–64.

Tab. 15. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z alkoholem w opiece ambulatoryjnej wg wieku, wskaźnik na 100 tys. mieszkańców

Grupy wiekowe	0–18		19–29		30–64		65+	
Lata	2006	2009	2006	2009	2006	2009	2006	2009
Rozpowszechnienie	15	13	358	374	765	830	112	126
Zapadalność	9	8	169	196	296	348	34	43

Koszty

Według oszacowań Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, straty związane z konsumpcją alkoholu w Polsce przekraczają 17 miliardów złotych, z czego tylko niewielki procent stanowią koszty leczenia w ramach psychiatrycznej i odwykowej opieki zdrowotnej. Koszty leczenia osób uzależnionych od alkoholu w 2009 r. osiągnęły poziom 350 mln zł, tj. 19% ogólnej kwoty przeznaczonej na opiekę psychia-



tryczną i leczenie uzależnień przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Na leczenie w warunkach opieki całodobowej przypada aż 75% tych kosztów, tj. 262,4 mln zł. Prawie co piąta złotówka (19%) wydana na leczenie tej grupy osób przeznaczana jest na leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykację). Pozostałe straty wynikające z konsumpcji alkoholu (ponad 16,5 mld zł) występują poza sektorem ochrony zdrowia.

Rekomendacje

Ograniczenie kosztów finansowych i społecznych związanych z alkoholem, w tym zatrzymanie narastającej liczby nowych pacjentów w lecznictwie odwykowym i ograniczenie liczby zgonów, wymaga potraktowania alkoholu jako towaru wyjątkowego, do którego dystrybucji nie mogą stosować się w pełni zasady wolnego rynku. Należy dążyć do zmniejszenia liczby punktów sprzedaży napojów alkoholowych, w tym piwa. Równoległe polityka podatkowa musi doprowadzić do ograniczenia dostępności ekonomicznej alkoholu.

Pomimo widocznej poprawy stan polskiego lecznictwa uzależnienia od alkoholu jest nadal niezadowolający. Problemem jest brak szybkiego dostosowywania się programów do zmieniających się realiów epidemiologiczno-klinicznych. W szczególności istotne jest wprowadzenie programów dla:

1. Osób uzależnionych od leków uspokajających i nasennych. Częste są uzależnienia mieszane (od alkoholu i środków uspokajająco-nasennych), a postępowanie kliniczne jest podobne (szczególnie oddziaływania psychoterapeutyczne są identyczne lub niemal identyczne, nawet w przypadku osób uzależnionych wyłącznie od leków uspokajających i nasennych). Liczba osób leczonych z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem leków uspokajających i nasennych systematycznie i gwałtownie zwiększa się, a realna liczba osób z tymi problemami jest prawdopodobnie wielokrotnie większa, ale przypadki te są rzadko rozpoznawane i brakuje wyspecjalizowanych programów pomocy dla takich osób. W odniesieniu do osób wyłącznie z tym uzależnieniem często stwierdza się odmowy przyjmowania do lecznictwa odwykowego ze względu na brak kontraktów na leczenie tej grupy osób.
2. Osób uzależnionych od alkoholu z poważnymi zaburzeniami psychicznymi (głównie schizofrenią, głębokimi zaburzeniami nastroju i poważnymi organicznymi uszkodzeniami o.u.n.).
3. Osób z poważnymi uszkodzeniami o.u.n., które nie są w stanie skorzystać z tradycyjnych metod psychoterapeutycznych.
4. Osób uzależnionych od alkoholu i tzw. uzależnieniami behawioralnymi (głównie od hazardu) oraz z samymi uzależnieniami behawioralnymi. Programy te jedynie częściowo są realizowane przez lecznictwo odwykowe, ale wydaje się celowe, żeby właśnie lecznictwo odwykowe, jako najlepiej przygotowane merytorycznie (podobieństwo technik leczenia odwykowego i uzależnień behawioralnych), realizowało te programy. Dotyczy to także osób z uzależnieniami behawioralnymi bez współwystępujących problemów alkoholowych.
5. Osób, które – oprócz uzależnienia od alkoholu – są uzależnione od tytoniu.



Poważnym zadaniem organizacyjnym, stojącym przed szeroko rozumianym lecnictwem odwykowym, jest szkolenie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i innych niż psychiatria specjalności w zakresie zwiększonej czujności na możliwość występowania problemów alkoholowych u pacjentów, weryfikowania tych podejrzeń za pomocą narzędzi skринingowych, podejmowania krótkiej interwencji i motywowania do podejmowania leczenia odwykowego, zwłaszcza w odniesieniu do osób pijących szkodliwie i ryzykownie. Leczenie odwykowe powinno być bardziej zindywidualizowane. Należy podkreślić też znaczącą rolę, jaką w procesie leczenia odgrywają programy pogłębione, tzn. programy, które mają za zadanie podtrzymywanie zmian oraz programy rehabilitacyjne, dzięki którym osoby uzależnione będą miały szansę na poprawę funkcjonowania w społeczeństwie.

IV. ZABURZENIA GERIATRYCZNE ZWIĄZANE ZE STARZENIEM SIĘ (F00–F09)

Etiologia, objawy, konsekwencje

Wiek podeszły charakteryzuje znacząco większa liczba chorób somatycznych, ośrodkowego układu nerwowego i zaburzeń psychicznych współwystępujących z tymi chorobami. Do zaburzeń psychicznych, będących najczęściej skutkiem chorób somatycznych, należą: zespoły depresyjne (np. do 40% po udarze) i zaburzenia świadomości (do 30% wśród chorych hospitalizowanych w oddziałach somatycznych). Do odrębnej grupy zaburzeń, których czynnikami ryzyka jest wiek, należą zespoły otępienne (do 10% populacji po 65 r.ż.). Zespoły otępienne charakteryzuje stopniowa utrata sprawności procesów poznawczych, początkowo utrudniająca funkcjonowanie, potem powodująca inwalidyzację chorych. Problemy związane z obecnością zespołów otępiennych dotyczą przewlekłości przebiegu otępienia (od 4–15 lat), konieczności stałej opieki w stanach o niewielkim nasileniu oraz pielęgnacji w otępieniu o nasileniu znacznym. Koszty opieki i pielęgnacji są najwyższe w czasie hospitalizacji, ale koszt opieki w domu chorego bez wsparcia środowiskowego sięga 90% kosztów hospitalizacji.

Epidemiologia

W 1999 r. w lecnictwie ambulatoryjnym leczono ponad 90 tys. osób z powodu zaburzeń organicznych, w 2009 r. – blisko 200 tysięcy. Wskaźnik rozpowszechnienia wzrósł ponad dwukrotnie – z 238 na 100 tys. ludności do 523. Wskaźnik zapadalności między tymi latami wzrósł o połowę z 66 na 100 tys. do 113.

Tab. 16. Zaburzenia organiczne w opiece ambulatoryjnej, wskaźnik na 100 tys. ludności

	1999	2006	2009
Rozpowszechnienie	238	502	523
Zapadalność	66	111	113



W tym samym okresie w opiece całodobowej liczba hospitalizowanych zwiększyła się z 18,5 tys. do ponad 30 tysięcy. Po wzroście wskaźników hospitalizacji i zapadalności w latach 1999–2006, w latach następnych zaobserwować można ich stabilizację.

W latach względnej stabilizacji wskaźnik rozpowszechnienia zaburzeń organicznych wzrósł tylko w najstarszej frakcji wieku (o 12%), w pozostałych grupach wiekowych spadł. Podobnie w przypadku zapadalności wskaźnik wzrósł w najstarszej grupie wiekowej, w pozostałych utrzymał się na podobnym poziomie lub spadł.

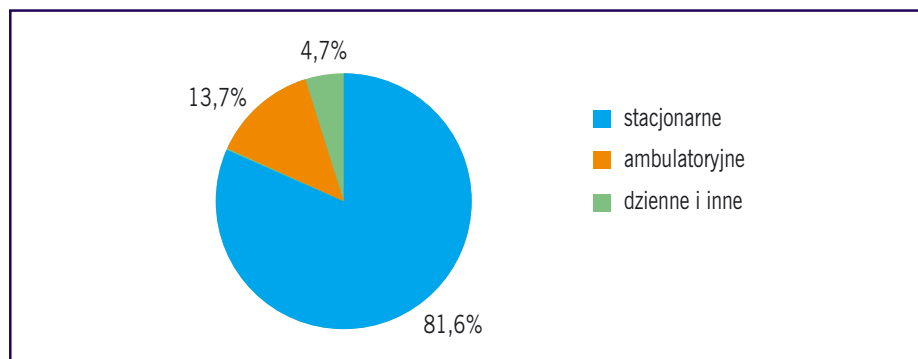
Tab. 17. Zaburzenia organiczne w opiece całodobowej, wskaźnik wg grup wiekowych

Grupy wiekowe	0–18		19–29		30–64		65+	
Lata	2006	2009	2006	2009	2006	2009	2006	2009
Rozpowszechnienie	3	2	17	14	93	83	242	272
Zapadalność	2	1	5	6	26	22	133	143

Koszty

Całkowity koszt wszystkich świadczeń zdrowotnych udzielonych w 2009 r. osobom z zaburzeniami starzenia (F00–F09) wyniósł 271,4 mln zł, co stanowiło 14,7% wydatków NFZ na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień. Na opiekę stacjonarną przypada z tej kwoty 81,6 % środków, ambulatoryjną – 13,7%, a na świadczenia form pośrednich – 4,7%.

Rys. 16. Struktura kosztów świadczeń – organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi



Największa część wydatków – 221,4 mln zł – przypada na świadczenia udzielane leczącym się w oddziałach opieki całodobowej, w tym głównie na ogólne oddziały psychiatryczne. Koszt hospitalizacji w specjalistycznych oddziałach psychogeriatrycznych, których liczba (21) jest niedostateczna w stosunku do narastających potrzeb, wyniósł 23,6 mln zł, tj. 13% kosztów opieki stacjonarnej. Z kolei udział kosztów hospitalizacji



w oddziałach o profilu opiekuńczym oraz dla przewlekle chorych, charakteryzujących się długim czasem leczenia, wyniósł 46,8 mln zł, co daje 21,1% całkowitych kosztów świadczeń stacjonarnych.

Ambulatoryjne świadczenia dla tej grupy pacjentów, korzystających głównie z poradni zdrowia psychicznego, skutkowały rocznymi wydatkami w wysokości 37,2 mln zł. Niemożliwy do ustalenia jest koszt świadczeń udzielanych przez specjalistyczne poradnie psychogeriatryczne.

Świadczenia oddziałów dziennych, głównie o profilu psychogeriatrycznym lub rehabilitacyjnym, sfinansowane zostały na poziomie 10,5 mln zł, natomiast świadczenia zespołów leczenia środowiskowego – 2,3 mln zł.

Koszt leków prokognitywnych najczęściej stosowanych w odniesieniu do tej grupy pacjentów wyniósł 84,4 mln zł.

Łącznie koszt świadczeń i leków to co najmniej 355,5 mln zł, ponieważ nie obejmuje on kosztów leków z innych grup stosowanych w przypadku osób z grupy F00–F09.

Rekomendacje

Działania, mające na celu zwiększenie wiedzy społecznej dotyczącej otępienia, powinny obejmować:

1. informacje o częstotliwości występowania oraz obrazie klinicznym zaburzeń procesów poznawczych w wieku podeszłym;
2. poradnictwo w zakresie diagnostyki różnicowej otępienia i innych przyczyn zaburzeń procesów poznawczych (np. chorób somatycznych i farmakoterapii);
3. badania przesiewowe potwierdzające/wykluczające zaburzenia funkcji poznawczych;
4. szkolenie lekarzy różnych specjalności w zakresie rozpoznawania otępienia.

W organizowaniu opieki nad chorymi z otępieniem powinno się uwzględnić:

1. organizację struktury diagnostyczno-leczniczo-opiekuńczej nad chorymi:
 - poradnie zaburzeń pamięci,
 - nadzór nad domami dziennego i weekendowego pobytu dla chorych,
 - nadzór nad jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, w których przebywają chorzy z otępieniem,
 - organizowanie centrów dla osób z zaburzeniami pamięci,
 - nadzór lekarzy posiadających doświadczenie w opiece nad chorymi w zakładach opiekuńczo-leczniczych,
 - konsultacje w ramach leczenia domowego,
 - organizację specjalistycznych oddziałów szpitalnych;
2. organizowanie grup wsparcia dla rodzin;
3. szkolenia dotyczące obrazu klinicznego otępienia i wsparcia dla opiekunów;
4. wprowadzenie jednolitych standardów diagnostycznych otępienia.



V. PRZEWLEKŁE I NAWRACAJĄCE CHOROBY PSYCHOTYCZNE I AFEKTYWNE (F20–29, F31, F33, F34–39)

Etiologia, objawy, konsekwencje indywidualne i społeczne

Omawiana grupa chorób obejmuje tzw. poważne choroby psychiczne (SMI, *severe mental illnesses*), wyróżniające się szczególnie głębokim i dysfunkcyjnym zaburzeniem zdrowia psychicznego, a ponadto tendencją do przewlekłego lub nawrotowego przebiegu. Przyczyny tych chorób nie są znane. Do SMI należy większość zaburzeń klasyfikowanych w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10) jako *choroby psychotyczne* i niektóre z zaburzeń klasyfikowanych jako *choroby afektywne* (zaburzenia nastroju).

Choroby psychotyczne cechuje znaczny stopień dezorganizacji procesów psychicznych, prowadząca w okresie ostrych epizodów choroby do zniekształcenia oceny rzeczywistości (urojeń, halucynacji) oraz wypowiedzi, działań i reakcji emocjonalnych niedostosowanych do kontekstu, utrudniających lub uniemożliwiających chorym racjonalny kontakt z otoczeniem. Do chorób tego rodzaju zaliczane są głównie zaburzenia schizofreniczne i urojeniowe (wymienione w rozdziale F2 klasyfikacji ICD-10) oraz podobne do nich objawowo zaburzenia umieszczone w innych rozdziałach tej klasyfikacji.

Choroby afektywne cechuje występowanie poważnych zaburzeń nastroju, tzn. depresji¹⁴, manii lub stanów mieszanych (jednocześnie cech depresji i manii), czasem nasilonych w stopniu powodującym znaczne ograniczenie kontroli nad zachowaniem i krytycyzmu w ocenie rzeczywistości. Część tych chorób ma przebieg nawrotowy, a czasem przewlekły.

Charakterystyczna dla SMI utrata zdolności rozeznania rzeczywistości oraz kontroli nad zachowaniem, powoduje poważne skutki indywidualne, takie jak: cierpienie, bezradność, niesamodzielność, niezaspokajanie podstawowych czynności życiowych oraz równie poważne skutki społeczne: ryzyko zachowań samobójczych lub agresywnych, a także zachowań w inny sposób zakłócających relacje z otoczeniem (np. wycofanie, osamotnienie, bierność, zaniedbanie). Nawracający lub przewlekły przebieg tych chorób wiąże się z poważnym ryzykiem nieprzystosowania społecznego, w postaci ograniczenia lub utraty zdolności do niezależnej egzystencji, konieczności korzystania z długotrwałej opieki zdrowotnej oraz form oparcia i pomocy społecznej. Poważne choroby psychiczne (psychotyczne i afektywne) powodują też znaczne i długotrwałe obciążenie rodzin.

¹⁴ Tylko niektóre zaburzenia depresyjne spełniają te kryteria i tylko te należą do obszaru priorytetu „przewlekłe i nawracające zaburzenia psychotyczne i afektywne”. Jednak nie zawsze można z góry trafnie ocenić, czy zaburzenia depresyjne ostatecznie spełnią te kryteria i kiedy. Dlatego obszar tego priorytetu i priorytetu „zaburzenia depresyjne” częściowo się nakładają.



Obok skutków wynikających z samej choroby, chorujący niezwykle często i dotkliwie doświadczają skutków społecznej ignorancji i uprzedzeń, które prowadzą do ich stygmatyzacji, wykluczania i nierównego traktowania.

W rozumieniu ustawy o *ochronie zdrowia psychicznego*, SMI należą do szerzej ujmowanych „zaburzeń psychiatrycznych”¹⁵, co uzasadnia objęcie chorych z takim rozpoznaniem przepisami, umożliwiającymi zarówno poddanie ich w określonych sytuacjach postępowaniu bez zgody (przymus badania, leczenia szpitalnego, czasem przymus bezpośredni), jak również gwarantującymi im nieodpłatne świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych, niezależnie od ich statusu ubezpieczeniowego.

Epidemiologia

Wskaźniki rozpowszechnienia chorób psychiatrycznych i afektywnych na świecie są dość rozbieżne. Wysokość i dynamikę wskaźników rocznego rozpowszechnienia tych chorób w Polsce można oceniać jedynie na podstawie zgłaszalności do placówek, odnotowanej w rutynowej statystyce medycznej. W 1999 r. na przewlekłe, nawracające choroby psychiatryczne i urojeniowe łącznie leczono się w opiece ambulatoryjnej ponad ćwierć miliona osób, po 10 latach – prawie 335 tysięcy. Wskaźnik rozpowszechnienia wzrósł o 31% – z 670 do 878 na 100 tys. ludności. W opiece całodobowej w 1999 r. hospitalizowano 53,5 tys. osób, po 10 latach – 56,6 tysięcy. Wskaźnik rozpowszechnienia wzrósł o 6% – ze 139 do 148 na 100 tys. ludności.

We wszystkich analizowanych latach zarówno w opiece ambulatoryjnej, jak i całodobowej, znacznie więcej pacjentów leczono się z powodu schizofrenii oraz zaburzeń schizotypowych i urojeniowych niż z powodu przewlekłych i nawracających zaburzeń afektywnych, przy czym dynamika wzrostu wskaźników rozpowszechnienia i zapadalności jest znacznie wyższa w przypadku zaburzeń afektywnych, zwłaszcza w opiece ambulatoryjnej.

Schizofrenia i zaburzenia schizotypowe i urojeniowe (F20–F29)

W 1999 r. w opiece ambulatoryjnej leczono się prawie 149 tys. osób, po 10 latach – blisko 184 tysięcy. Wskaźnik rozpowszechnienia w ciągu 10 lat wzrósł o 25% z 385 do 481 na 100 tys. ludności. Wskaźnik zapadalności spadł o 7% z 67 do 62 na 100 tys. ludności.

Tab. 18. Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe w opiece ambulatoryjnej, wskaźnik na 100 tys. ludności

	1999	2006	2009
Rozpowszechnienie	385	469	481
Zapadalność	67	64	62

¹⁵ Ujęcie tych zaburzeń w ustawie różni się od definicji przyjętej w klasyfikacji ICD-10.



W opiece całodobowej wskaźnik rozpowszechnienia wzrósł o 6% – z 109 do 116 na 100 tys. ludności, z lekkim spadkiem między rokiem 2006 i 2008. Wskaźnik zapadalności nieco zmniejszył się z 25 na 23 na 100 tys. ludności.

Tab. 19. Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe w opiece całodobowej, wskaźnik na 100 tys. ludności

	1999	2006	2009
Rozpowszechnienie	109	117	116
Zapadalność	25	25	23

W opiece ambulatoryjnej, między rokiem 2006 a 2009, wskaźniki rozpowszechnienia w najmłodszej frakcji wieku zmalały, w pozostałych frakcjach nieznacznie wzrosły. Wskaźniki zapadalności we wszystkich frakcjach wieku spadły, jedynie w najstarszej grupie nastąpił wzrost.

Tab. 20. Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe w opiece ambulatoryjnej, wskaźnik wg grup wiekowych

Grupy wiekowe	0–18		19–29		30–64		65+	
Lata	2006	2009	2006	2009	2006	2009	2006	2009
Rozpowszechnienie	44	39	449	450	682	686	454	470
Zapadalność	16	10	97	93	76	72	59	65

W opiece całodobowej we wszystkich frakcjach wieku, oprócz grupy osób powyżej 65. roku życia, rozpowszechnienie nieco zmniejszyło się, podobnie zmniejszyła się zapadalność.

Tab. 21. Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe w opiece całodobowej, wskaźnik wg grup wiekowych

Grupy wiekowe	0–18		19–29		30–64		65+	
Lata	2006	2009	2006	2009	2006	2009	2006	2009
Rozpowszechnienie	12	10	128	126	175	170	69	71
Zapadalność	8	6	45	40	30	27	11	11

Nawracające i przewlekłe zaburzenia afektywne F31, F33, F34–F39

W 1999 r. w opiece ambulatoryjnej leczyło się 110 tys. osób, po 10 latach – 151 tysięcy. Wskaźnik rozpowszechnienia wzrósł o 38% – z 285 do 396 na 100 tys. Wskaźnik zapadalności zwiększył się o 34% – z 50 do 67 na 100 tys.

**Tab. 22. Nawracające i przewlekłe zaburzenia afektywne w opiece ambulatoryjnej, wskaźnik na 100 tys. ludności**

	1999	2006	2009
Rozpowszechnienie	285	364	396
Zapadalność	50	68	67

W opiece całodobowej w 1999 r. hospitalizowano ponad 11 tys. pacjentów, po 10 latach prawie 12,3 tysiąca. Wskaźnik rozpowszechnienia w tym okresie wzrósł o 7% – z 30 do 32 na 100 tys. (przy podobnym spadku między rokiem 2006 a 2008). Wskaźnik zapadalności sukcesywnie malał z 10 do 7 na 100 tysięcy.

Tab. 23. Nawracające i przewlekłe zaburzenia afektywne w opiece całodobowej, wskaźnik na 100 tys. ludności

	1999	2006	2009
Rozpowszechnienie	30	37	32
Zapadalność	10	9	7

W opiece ambulatoryjnej wzrost wskaźników rozpowszechnienia wystąpił we wszystkich frakcjach wieku, oprócz grupy najmłodszej, gdzie nieznacznie zmalął, wskaźnik zapadalności spadł we wszystkich frakcjach wiekowych.

Tab. 24. Nawracające i przewlekłe zaburzenia afektywne w opiece ambulatoryjnej, wskaźnik wg grup wiekowych

Grupy wiekowe	0–18		19–29		30–64		65+	
Lata	2006	2009	2006	2009	2006	2009	2006	2009
Rozpowszechnienie	32	31	267	287	563	569	448	481
Zapadalność	13	10	73	71	98	89	74	70

W opiece całodobowej wskaźnik rozpowszechnienia spadł we frakcji 30–64 lat, w pozostałych utrzymał się na identycznym poziomie. Wskaźnik zapadalności spadł również we frakcji wieku 30–64 lata, w pozostałych pozostał na identycznym bądź podobnym poziomie.

Tab. 25. Nawracające i przewlekłe zaburzenia afektywne w opiece całodobowej, wskaźnik wg grup wiekowych

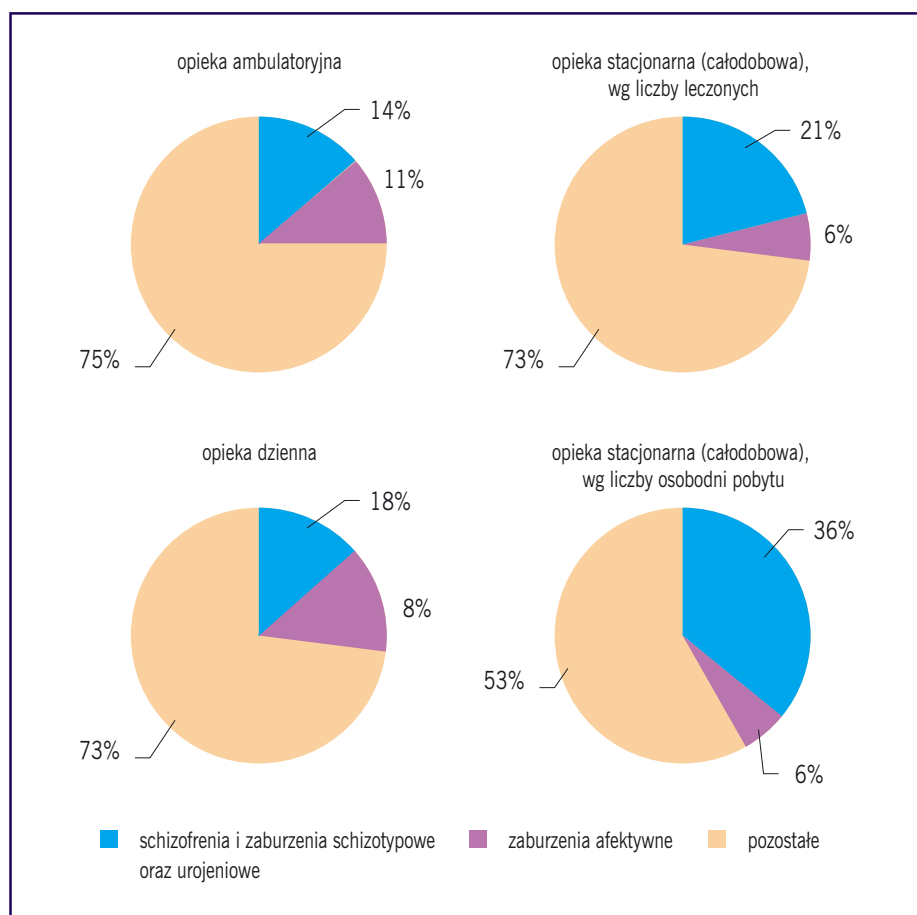
Grupy wiekowe	0–18		19–29		30–64		65+	
Lata	2006	2009	2006	2009	2006	2009	2006	2009
Rozpowszechnienie	2	2	8	8	66	55	32	32
Zapadalność	1	1	4	3	13	10	7	7



Poważne choroby psychiczne (SMI) w stosunku do ogółu zaburzeń

Według danych z roku 2009 pacjenci z SMI stanowili około $\frac{1}{4}$ ogółu zgłaszających się do placówek opieki ambulatoryjnej, dziennej i stacjonarnej, przy czym pacjenci z chorobami psychiatrycznymi (F20–F29) przeważali nad pacjentami z chorobami afektywnymi (F31, F33, F34–F39) – nieznacznie w opiece ambulatoryjnej, a znacznie w opiece dziennej i stacjonarnej. W odniesieniu do opieki stacjonarnej, różnice te uwydatniają się, gdy porównywać liczbę osobodni spędzonych w szpitalu – chorzy z SMI zajmują niemal połowę osobodni pobytu (42%), sześciokrotną przewagą osób z chorobami psychiatrycznymi nad osobami z chorobami afektywnymi.

Rys. 17. Poważne choroby psychiczne – psychiatryczne (F20–F29) i afektywne (F31, F33, F34–F39) – w stosunku do ogółu zaburzeń, z podziałem na: opiekę ambulatoryjną, dzienną i stacjonarną, wg liczby leczonych i stacjonarną, wg liczby osobodni w szpitalu.





Koszty

Bezpośrednie koszty SMI obejmują koszty świadczeń ambulatoryjnych i całodobowych oraz refundacji leków dla chorych leczonych ambulatoryjnie. Chorzy z SMI stanowili w 2009 r. 24% leczonych w opiece ambulatoryjnej i 27% pacjentów w opiece całodobowej (jednak aż 42% kosztów osobodni szpitalnych).

Do kalkulacji kosztów włączono choroby stwarzające potrzebę czynnej i długotrwałej opieki zdrowotnej i wsparcia społecznego: choroby psychiczne (zaburzenia klasyfikowane w dziale F2 – schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii i inne psychiczne) oraz nawracające (F31, F33) i przewlekłe (F34, F35) choroby afektywne.

Łączny koszt leczenia chorób należących do tej grupy wyniósł 691,1 mln zł, co stanowiło 37,5% wszystkich kosztów świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

Koszt świadczeń oddziałów opieki całodobowej kształtował się na poziomie 571,9 mln zł, tj. 82,7% wszystkich kosztów tej grupy pacjentów. Na leczenie ambulatoryjne i w innych pozastacjonarnych formach opieki wydatki sięgnęły ok. 120 mln zł.

Koszt leków refundowanych stosowanych w leczeniu przewlekłych, nawracających chorób psychicznych, to suma kosztów leków przeciwpsychotycznych – 552,6 mln zł i przeciwdepresyjnych – 125,5 mln zł, dająca kwotę 678,1 mln zł.

W połączeniu z kosztami świadczeń, całość kosztów oszacowana dla tej grupy chorych (691,1 + 678,1) wynosi 1 369,2 mln zł. Należy jednak zauważyć, iż w odniesieniu do tej grupy chorych stan ich zdrowia i zakres niezbędnej opieki generują istotne koszty poza systemem ochrony zdrowia – w systemie ubezpieczenia społecznego, opieki społecznej oraz w otoczeniu chorych.

Rekomendacje

Promocja zdrowia i profilaktyka

Prewencja pierwotna (zapobieganie wystąpieniu chorób). Nie są znane czynniki ryzyka umożliwiające prewencję pierwotną.

Prewencja wtórna (wczesne wykrywanie i leczenie).

Konieczne są działania na rzecz przyspieszenia i ułatwienia decyzji poszukiwania pomocy w sytuacjach zagrażającego kryzysu oraz zwiększania dostępności takiej pomocy.

1. działania edukacyjne przeciwdziałające stygmatyzacji, wykluczeniu i nierównemu traktowaniu chorych, ich rodzin oraz instytucji zajmujących się opieką i leczeniem;
 - a) w zakresie edukacji powszechnej;
 - b) w zakresie działalności oświatowej mediów publicznych i innych instytucji opinotwórczych;
2. akcje społeczne o charakterze informacyjno-edukacyjnym, ukazujące dobrą praktykę w dziedzinie ochrony zdrowia psychicznego;



3. poszerzenie programów nauczania i szkoleń z zakresu ochrony zdrowia psychicznego w kształceniu przeddyplomowym i podyplomowym zawodów aktywnych w ochronie zdrowia psychicznego lub współpracujących z nimi;
4. opracowanie programów wczesnego wykrywania i leczenia oraz modelu ośrodków podejmujących tego typu działalność.

Prewencja trzeciorzędowa (przeciwdziałania następstwom choroby).

Skoordynowana, dostępna, ciągła i efektywna środowiskowa opieka psychiatryczna, zgodnie z propozycjami Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, uwzględniająca działania w zakresie:

1. sieci opieki zdrowotnej, w celu zapewnienia osobom chorym i ich najbliższym ciągłości opieki;
2. sieci oparcia i pomocy społecznej, w celu umożliwienia osobom chorym funkcjonowania w społeczeństwie na zasadach zbliżonych do osób zdrowych i ograniczenie potrzeby korzystania przez te osoby z wykluczającego ze społeczeństwa leczenia szpitalnego;
3. sieci uczestnictwa zawodowego, w celu zapewnienia osobom chorym ekonomicznych podstaw samodzielności.

Organizacja leczenia

1. rozwój sieci centrów zdrowia psychicznego, zgodnie z modelem zaproponowanym w NPOZP;
2. czynną opiekę zdrowotną nad chorymi z SMI.



KONKLUZJE

Przyjęcie rozporządzenia w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego wymaga określenia szczegółowych priorytetów polityki zdrowotnej. Dostępne dane epidemiologiczne wskazują na lawinowo rosnący popyt na świadczenia z zakresu zdrowia psychicznego. W ciągu ostatniego dziesięciolecia liczba osób leczonych ambulatoryjnie zwiększyła się o połowę, a leczonych stacjonarnie – o jedną trzecią. Oznacza to setki tysięcy dodatkowych pacjentów i miliardy złotych na ich leczenie i rehabilitację. O pogarszającym się stanie zdrowia psychicznego – zwłaszcza w ostatnich latach – świadczy najwyższy w historii współczynnik samobójstw, w wyniku których ginie więcej Polaków niż na skutek wypadków drogowych. Gorsza kondycja psychiczna obywateli ma negatywny wpływ na klimat społeczno-polityczny, zmniejsza produktywność i innowacyjność, ogranicza możliwości rozwojowe kraju.

Ochrona zdrowia, mimo iż dysponuje rosnącym potencjałem intelektualnym, fachowym i coraz większym doświadczeniem, nie jest w stanie wpłynąć decydująco na zdrowie psychiczne Polaków. Może tylko leczyć, jej wpływ na przyczyny jest ograniczony. Poprawa sytuacji wymaga przede wszystkim zdecydowanych kroków w dziedzinie promocji zdrowia. Bez przełomu w tej dziedzinie wzrastać będzie liczba obywateli z ciężkimi doświadczeniami psychicznymi. Dlatego też należy:

1. Uwzględniać kwestie zdrowia psychicznego w programach rozwoju społeczno-gospodarczego i we wszystkich działaniach podejmowanych przez organy władzy publicznej, przedsiębiorców i organizacje pozarządowe.
2. Przygotowywać i wdrażać programy promocji zdrowia psychicznego dla społeczności lokalnych, zakładów pracy, szkół i uczelni oraz służb mundurowych, z uwzględnieniem specyfiki wcielających je podmiotów.
3. Podejmować działania mające na celu zapobieganie samobójstwom. Doświadczenia innych krajów wskazują na możliwość zmniejszenia liczby samobójstw w stosunkowo krótkim, bo kilkuletnim horyzoncie czasowym. Zaniechania w tej dziedzinie grożą znacznym wzrostem częstotliwości zachowań suicydalnych.
4. Doprowadzić do ograniczenia konsumpcji alkoholu zarówno wśród młodzieży, jak i w dorosłych pokoleniach, co – jak wynika z doświadczeń polskich i zagranicznych – spowoduje ograniczenie zdrowotnych i społecznych problemów, w tym spadek liczby uzależnionych i spadek liczby zgonów związanych z alkoholem. Liczne badania wskazują na to, że najtańszą – a zarazem najskuteczniejszą strategią – jest ograniczenie dostępności fizycznej i ekonomicznej alkoholu.

W obecnej sytuacji epidemiologicznej wyróżnić można cztery grupy rozpoznań, które stanowią największe zagrożenie dla zdrowia psychicznego Polaków, generując przy tym około 75% kosztów leczenia:

1. depresje,
2. choroby związane ze starzeniem, w tym choroby organiczne,



3. zaburzenia alkoholowe i zaburzenia związane z uzależnieniem od innych środków psychoaktywnych,
4. przewlekłe choroby schizofreniczne i afektywne.

Skuteczne i optymalne kosztowo leczenie wymaga głębokiej reorientacji systemu psychiatrycznej ochrony zdrowia. Należy odejść od szpitalo-centrycznego modelu, w którym szpitale pochłaniają trzy czwarte kosztów, oferując opiekę dla zaledwie kilkunastu procent pacjentów. Opieka psychiatryczna musi mieć charakter zintegrowany i stać się opieką środowiskową, na którą składają się opieka zdrowotna (centra zdrowia psychicznego), oparcie i pomoc społeczna oraz wsparcie w zakresie pracy zawodowej. Opieka stacjonarna powinna stanowić ostateczność i być oferowana przede wszystkim przez oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych, które są bardziej dostępne, mniej stygmatyzujące oraz pozwalają na zapewnienie ciągłości i wszechstronności opieki bliżej środowiska pacjenta. Wymaga to opracowania szczegółowego programu przekształceń, obejmującego sukcesywne zmniejszanie liczby łóżek ogólnopsychiatrycznych w szpitalach psychiatrycznych oraz jednoczesny rozwój opieki środowiskowej jako podstawy systemu. Unikać przy tym należy działań petryfikujących obecny, instytucjonalny model opieki psychiatrycznej.

Niniejszy dokument został przygotowany na zlecenie Ministra Zdrowia przez zespół, w skład którego wchodził pracownicy zakładów i klinik Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Część dotyczącą promocji zdrowia opracowała dr Irena Jelonkiewicz, sekcje opisujące organizację ochrony zdrowia i koszty opieki psychiatrycznej – mgr Wanda Langiewicz, epidemiologię – mgr Ludmiła Boguszewska, zagadnienia zaburzeń geriatrycznych i depresji – prof. Tadeusz Parnowski, samobójstw – dr Włodzimierz Brodniak, zaburzeń alkoholowych – dr Bogusław Habrat, a przewlekłe i nawracające choroby psychiczne i afektywne – prof. Jacek Wciórka. Redaktorem i koordynatorem prac związanych z opracowaniem był dr Jacek Moskaiewicz.



Bibliografia

1. Jané-Llopis E., Anderson P., *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A policy for Europe*, Radboud University Nijmegen, Nijmegen 2005.
2. Heszen I., Sęk H., *Psychologia Zdrowia*, PWN, Warszawa 2007.
3. *European Community Health Indicator*, 2002.
4. *European Pact for Mental Health and Well-being*, EU high-level conference *Together for Mental Health and Well-being*, Brussels 2008.
5. *Mental Health: New Understanding, New Hope*, The World Health Report 2001, WHO, Genewa 2001.
6. *Mental Health Declaration for Europe. Facing the Challenges, Bulding Solutions*, WHO European Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki 2005.
7. *Podjąć wyzwania, szukać rozwiązań. Deklaracja o Ochronie Zdrowia Psychicznego dla Europy oraz Plan Działań na rzecz Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Europy*, Europejska Konferencja Ministerialna Światowej Organizacji Zdrowia, 12–15.01.2005r., Wyd. Rada ds. Promocji Zdrowia Psychicznego, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005.
8. *Strengthening mental Health*, Resolution of the Executive Board of the WHO, Genewa 2002.
9. *The State of Mental Health in the European Union*, 2004.
10. *Zielona Księga. Poprawa zdrowia psychicznego ludności. Strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej*, Komisja Europejska, Bruksela 2005.

Dotychczas w serii ukazał się



Ministerstwo
Zdrowia



Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r.



www.mz.gov.pl

