

## Lublin jako dobra wspólnota\*

Zdrowie psychiczne stanowi nieodłączny składnik naszego zdrowia, choć w Polsce występuje jeszcze wiele zaniedbań oraz uprzedzeń w podejściu do związanych z nim problemów społecznych i ekonomicznych. Bezradność, obojętność oraz nieracjonalne stereotypy prowadzą często do nierównego traktowania i wykluczenia osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego. Zbyt często udzielana im pomoc nie jest dostatecznej jakości.

Ulepszanie systemu instytucjonalnego w opiece psychiatrycznej winno opierać się na modelu środowiskowym. Takie podejście daje gwarancję respektowania praw chorego, zachęca do odpowiedzialności, zapewnia oparcie w lokalnej wspólnocie, zarówno dla chorego, jak i jego rodziny.

Przekazywanie uporządkowanej wiedzy na temat zdrowia psychicznego to kolejny element społecznej i zdrowotnej polityki państwa oraz samorządów w zapewnianiu odpowiedniej jakości życia swoim mieszkańcom.

Uchwalona w 1994 roku Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego wiele miejsca poświęca potrzebie kompleksowego zaspokajania potrzeb Polaków w tym zakresie.

Rozdział I Ustawy wskazuje na dwa główne kierunki działań:

1. polegający na promocji zdrowia psychicznego, zapobieganiu zaburzeniom psychicznym oraz kształtowaniu właściwych postaw społecznych wobec osób z zaburze-

niami psychicznym i przeciwdziałaniu ich dyskryminacji oraz

2. zmierzający do zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej i innych form pomocy niezbędnych dla życia w środowisku rodzinnym i społecznym.

Jak poważne wyzwania stoją przed organizatorami leczenia psychiatrycznego na Lubelszczyźnie zaczęto rozważać już przed laty. Mimo dość gęstej sieci jednostek psychiatrycznej opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, szczególnie w dużych aglomeracjach miejskich (Lublin, Puławy, Zamość, Biała Podlaska), trudno mówić o systemie skoordynowanych działań na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi.

W trosce o zdrowie psychiczne mieszkańców regionu została powołana Lubelska Rada Zdrowia Psychicznego. Na podstawie diagnozy potrzeb i zasobów sformułowano następujące wnioski:

1. Poradnie zdrowia psychicznego - w dość dużej liczbie na terenie województwa, nie zabezpieczają na bieżąco potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi - brak praktycznej opieki czynnej nad pacjentem, zbyt długi jest czas oczekiwania na wizytę. Poradnie funkcjonują najczęściej w oderwaniu od jednostek pomocy społecznej i trzeciego sektora a często nawet od leczenia stacjonarnego.

2. Nadal występuje przewaga łóżek w szpitalach psychiatrycznych (Szpital Neurop-

\* XX Sympozjum PNTZP, Lublin 2009

sychiatryczny, Suchowola, Radecznica) w stosunku do łóżek w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych. Trzy duże miasta w województwie - Zamość, Puławy, Biała Podlaska - nie posiadają stacjonarnych oddziałów psychiatrycznych.

3. Istnieje tylko jeden psychiatryczny oddział dzienny i jeden oddział rehabilitacji psychiatrycznej w województwie, oba na terenie Lublina.

4. Brak praktycznie sieci zespołów leczenia środowiskowego, być może najistotniejszego ogniwa leczenia i opieki nad osobami chronicznie chorymi psychicznie, zapewniającego ciągłość opieki i jej koordynację. Istniejące 3 Zespoły Leczenia Środowiskowego funkcjonują aktualnie tylko na terenie Lublina.

5. Środowiskowe domy samopomocy - jedyne ośrodki stosunkowo równomiernie rozmieszczone w województwie. Tak jednak w przypadku ŚDS jak i warsztatów terapii zajęciowej uczestnicy choroby psychicznie przebywają razem z osobami upośledzonymi umysłowo, pozostając w stosunku do nich w mniejszości. Istnieje w województwie tylko dwa WTZ-y przeznaczone wyłącznie dla chorych psychicznie (Lublin i Puławy), na 46 w województwie.

6. Funkcjonują w województwie 3 zakłady aktywności zawodowej, z czego jeden dla chorych psychicznie (Puławy).

7. Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi - ważna forma wsparcia i aktywizacji społecznej. W większości nie współpracują ze środowiskowymi domami samopomocy czy jednostkami psychiatrycznej służby zdrowia.

8. Można mówić o braku na terenie województwa systemu mieszkalnictwa chronionego dla osób chorujących psychicznie (działania prowadzone tylko w Lublinie nie zabezpieczające nawet minimum potrzeb miasta).

9. Brak na terenie województwa firm społecznych zajmujących się zatrudnianiem osób chorujących psychicznie. Istnieją w województwie 2 centra integracji społecznej i 3 spółdzielnie socjalne, ale żadna z tych jednostek

nie zajmuje się osobami chorującymi psychicznie. Osoby z zaburzeniami psychicznymi stanowią znikomy procent zatrudnionych w zakładach pracy chronionej.

10. Centra interwencji kryzysowej - istnieje ich 13 w województwie ale tylko 2 specjalizują się w pomocy osobom chorującym psychicznie (Lublin i Puławy) i są prowadzone przez organizacje pozarządowe. Pozostałe 11 zajmuje się ofiarami przemocy.

11. Zdecydowanie za mało jest w województwie liczba placówek terapii zaburzeń psychicznych dla dzieci i młodzieży (2 oddziały stacjonarne młodzieżowe, 1 dziecięcy, wszystkie 3 w Lublinie; tylko 1 oddział dzienny psychiatrii dziecięcej - Szpital Neuropsychiatryczny w Lublinie).

12. Dość dobrze zorganizowana w województwie sieć stacjonarnych jednostek terapii uzależnienia od alkoholu (COTUA - całodobowy oddział terapii uzależnienia od alkoholu) z dużą liczbą NGO działających na rzecz tych osób. Niedobór zauważa się jednak w liczbie dostępnych miejsc w oddziałach leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych - pacjenci tacy zajmują dużą część łóżek w oddziałach ogólnopsychiatrycznych. Zdecydowanie za mało jest oddziałów dziennych dla osób uzależnionych od alkoholu (tylko 2, oba na terenie Lublina).

13. Wyraźny niedobór występuje w zakresie placówek służby zdrowia zajmujących się terapią uzależnienia od narkotyków (stacjonarnych, dziennych, ambulatoryjnych, rehabilitacyjnych).

Podsumowując: niezależnie od grupy wiekowej pacjentów, profilu zaburzeń i części województwa podstawowe i najpoważniejsze niedobory występują w zakresie dostępnych form psychiatrii środowiskowej (jedyne miejsce na terenie województwa gdzie funkcjonuje dobrze zorganizowany system rehabilitacji i opieki środowiskowej (Puławy) nie ma z kolei podstawowego zabezpieczenia w usługi psychiatrycznej służby zdrowia.

Z Lubelską Radą Zdrowia Psychicznego ściśle współpracuje Lubelska Filia Sekcji Psychiatrii Środowiskowej i Rehabilitacji Pol-

skiego Towarzystwa Psychiatrycznego jako struktura skupiająca szereg ważnych elementów systemu ochrony zdrowia, pomocy społecznej i organizacji pozarządowych.

W odpowiedzi na potrzeby Lublina w zakresie zdrowia psychicznego oraz wymagania sformułowane w NPOZP dla samorządu gminnego, powołany został Zespół do Spraw Ochrony Zdrowia Psychicznego. Zadaniem Zespołu było opracowanie diagnozy potrzeb mieszkańców Lublina w zakresie ochrony zdrowia psychicznego.

Raport, który powstał stanowi wstępny etap działań zmierzających do opracowania Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Celem nadrzędnym Programu będzie poprawa stanu zdrowia psychicznego mieszkańców Lublina oraz zapobieganie powstawaniu zaburzeń psychicznych. Miejski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego stworzony zostanie jako wydzielona, a jednocześnie integralna część Miejskiego Programu Zdrowia.

W dokumencie zawarto charakterystykę sytuacji zdrowotnej mieszkańców Lublina w odniesieniu do zdrowia psychicznego oraz zasobów instytucjonalnych, dotyczących opieki psychiatrycznej.

Wnioski wypracowane przez Zespół stanowiąc będą założenia tworzonego modelu opieki w ramach Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

1. Większość poradni zdrowia psychicznego sprawuje opiekę psychiatryczną w sposób słabo zintegrowany z innymi formami opieki psychiatrycznej. Brak im wypracowanego modelu współpracy z jednostkami pomocy społecznej i organizacjami pozarządowymi.

2. Niewystarczające jest zaopatrzenie w opiekę psychiatryczną przez zespoły leczenia środowiskowego.

3. Najrzadszą i niewystarczającą formą opieki pozaszpitalnej są hostele terapeutyczne i mieszkania chronione. Brak właściwej bazy lokalowej uniemożliwia wypełnianie standardów opieki i korzystanie ze środków NFZ na prowadzenie hosteli. Niedostatek tych no-

woczesnych form, stanowiących podstawę środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej powinien wyznaczać kierunek dokonywanych zmian w budowaniu właściwego systemu opieki w Lublinie. Rozwój systemu mieszkalnictwa chronionego, mógłby ograniczyć liczbę chorych kierowanych do DPS, sprzyjając jednocześnie ich integracji społecznej i samodzielności.

4. Działalność psychiatrycznych placówek opieki zdrowotnej uzupełniana jest świadczeniami podstawowej opieki zdrowotnej, udzielanymi głównie osobom z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi. Racjonalna współpraca między placówkami opieki podstawowej i psychiatrycznej wymaga poprawy kształcenia przeddyplomowego lekarzy w zakresie problemów zdrowia psychicznego i jego zaburzeń oraz przejrzystych zasad podziału odpowiedzialności i zasad współpracy.

5. Na terenie miasta Lublina brak placówki całonocnego pobytu dla osób chorych psychicznie poza jednostkami służby zdrowia. Osoby wymagające takiej pomocy kierowane są do domów pomocy społecznej, bądź zakładów opiekuńczo-leczniczych poza Lublinem. Obecnie poza Lublinem w domach pomocy społecznej dla osób chorych psychicznie przebywa ok. 60 osób, w tym 28 osób skierowano na podstawie postanowienia sądu o umieszczeniu w domu pomocy społecznej bez zgody osoby chorej. Średni czas oczekiwania do domu pomocy społecznej dla osób chorych psychicznie, gdy brak postanowienia sądu wynosi ok. 2 lat. W związku ze zmianą art. 152 ust.5 ustawy o pomocy społecznej organ gminy nie może kierować osób do domu pomocy społecznej prowadzonego na podstawie zezwolenia warunkowego, czego rezultatem jest problem ze znalezieniem miejsca dla osoby chorej psychicznie, nawet na terenie województwa lubelskiego.

6. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z 1994 roku stworzyła podstawy prawne dla powstania nowych form pomocy społecznej, takich jak środowiskowe domy samopomocy (około 500 z ponad 14 tys. miejsc w Polsce), oferujące na ogół opiekę dzienną

oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze. W Lublinie funkcjonuje 7 środowiskowych domów samopomocy z czego 3 przeznaczonych jest dla osób chorujących psychicznie. Do środowiskowych domów samopomocy osoby kierowane są na bieżąco. Wyjątek stanowią ośrodki wsparcia dla osób z chorobą Alzheimera i schorzeniami pokrewnymi, do których czas oczekiwania wynosi nawet do 1 roku.

Ten ogromny potencjał działa dziś w sposób mało skoordynowany z działaniem opieki zdrowotnej. Stan ten wymaga zmian zmierzających do zwiększenia różnorodności form oparcia i pomocy społecznej udostępnianych osobom z zaburzeniami psychicznymi. Wymaga radykalnego podniesienia poziomu integracji tych dwóch form opieki.

7. Ważnym ogniwem w systemie aktywizacji psychospołecznej osób z zaburzeniami psychicznymi jest ich rehabilitacja zawodowa. Warsztaty terapii zajęciowej (9 na terenie Lublina, z czego tylko 1 dla chorujących psychicznie), pozostają zbyt daleko od codziennego doświadczenia związanego z pracą zawodową. Dopiero w 2009 roku powstanie pierwszy w Lublinie zakład aktywności zawodowej, który zabezpieczy potrzeby niewielkiego odsetka chorych. Istniejące na terenie miasta zakłady pracy chronionej, centrum integracji społecznej i spółdzielnia socjalna nie są przygotowane do zatrudniania osób chorujących psychicznie. Biorąc pod uwagę powyższe oraz to, że w przypadku większości chorych psychicznie zdobycie i utrzymanie zatrudnienia na otwartym rynku pracy będzie bardzo trudne lub niemożliwe, sięgając po środki unijne, które aktualnie wykorzystuje się na szkolenia, winno się dołożyć wszelkich starań aby utworzyć jak najwięcej miejsc pracy w przedsiębiorstwach społecznych, które będą stanowić dla tych osób miejsca pracy o optymalnych warunkach.

Nowoczesna psychiatria szanuje godność chorego i uwzględnia wszystkie jego potrzeby. Nowoczesna psychiatria, dba o skuteczność leczenia ale także o jakość życia pacjenta. Wyznaje zasadę, że czas pozosta-

wania chorego poza szpitalem, nie może być jedyną miarą jakości opieki. Nowoczesna psychiatria to psychiatria przyjazna pacjentowi, gdzie preferowanym miejscem oddziaływań terapeutycznych jest naturalne środowisko jego życia. Opieka nad chorym jest tutaj prowadzona we współpracy z jego rodziną, jednostkami pomocy społecznej, Kościołem, organizacjami pozarządowymi, instytucjami rynku pracy, placówkami kulturalnymi i oświatowymi.

Podstawowym postulatem jest potrzeba przenoszenia ciężaru opieki ze szpitala do środowiska, ograniczania hospitalizacji do niezbędnych przypadków, skracania czasu pobytu pacjenta na oddziale zamkniętym oraz lokalizacji łóżek, w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych, jak najbliższej miejsca zamieszkania pacjenta, tam, gdzie leczeni są chorzy somatycznie. W przeciwnym razie stwarzamy warunki rozwoju i podtrzymywania patologicznych następstw instytucjonalizacji - utrwalania deficytów funkcjonowania społecznego, zanikania więzi z rodzinami, utraty niezależności życiowej pacjentów, zwiększenia wydatków na opiekę.

Potrzebą osób chorujących psychicznie, również na Lubelszczyźnie jest wprowadzenie modelu skoordynowanych jednostek leczenia i rehabilitacji psychospołecznej. Duże szpitale psychiatryczne powinny zostać przekształcone do jednostek specjalistycznych, a środki finansowe przeznaczone na ich utrzymanie, mogłyby zostać przesunięte na organizowanie oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych, stwarzając tym samym optymalne warunki kompleksowej opieki zdrowotnej. Powinna powstać bogata sieć oddziałów dziennych, zespołów leczenia środowiskowego, hosteli terapeutycznych i mieszkań chronionych. Niezbędnym ogniwem w procesie terapeutycznym jest właściwie zorganizowany system aktywizacji zawodowej złożony z warsztatów terapii zajęciowej, zakładów aktywności zawodowej, różnorodnych form przedsiębiorczości społecznej, wreszcie dostępnych stanowisk otwartego rynku pracy, tak aby każdy pacjent na bieżącym eta-

nie leczenia i aktywizacji mógł odnaleźć swoje miejsce.

Liczne, wieloletnie badania europejskie i amerykańskie wykazały, że model środowiskowy przynosi istotnie lepsze efekty niż tradycyjny - istotnie skraca czas hospitalizacji, poprawia standard życia, zwiększa poziom aktywności zawodowej i innych umiejętności życiowych. Sprzyja też poczuciu satysfakcji z usług leczniczych, systematyczności leczenia farmakologicznego oraz zmniejsza poziom obciążenia rodzin. Najbardziej spektakularnym sukcesem psychiatrii środowiskowej jest przywrócenie do praktycznie samodzielnego życia blisko 90% chorych, których przeniesiono do środowiska po 10-20 latach ciągłego pobytu w szpitalach psychiatrycznych. Koszty modelu środowiskowego, w samym tylko wymiarze medycznym, są zazwyczaj takie same, a często niższe niż koszty modelu tradycyjnego.

Zakończyły się właśnie konsultacje tekstu Rozporządzenia Rady Ministrów wprowadzającego zasady Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Rozporządzenie przewiduje powstanie na każdym szczeblu samorządu terytorialnego zespołów odpowiedzialnych za opracowanie wojewódzkich, powiatowych, miejskich/gminnych programów zdrowia psychicznego.

Działania lubelskie uprzedziły w tej mierze literę prawa. Powstała początkowo Lubelska Rada Zdrowia Psychicznego przy Marszałku Województwa a następnie Zespół do Spraw Zdrowia Psychicznego przy Prezydencie Miasta Lublin. W trakcie tworzenia jest, prawdopodobnie pierwsza w Polsce, gminna

rada zdrowia psychicznego, która powstanie w Gminie Niedzwica Duża oddalonej o 20 km od Lublina.

Zgodnie z wymaganiami Narodowego Programu Zdrowia Psychicznego skład poszczególnych zespołów zostanie odpowiednio uzupełniony. Poza ekspertami w dziedzinie psychiatrii, przedstawicielami systemu opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i organizacji pozarządowych znajdują się tutaj reprezentanci odnośnych urzędów, Narodowego Funduszu Zdrowia, instytucji rynku pracy i systemu orzecznictwa. Strategia polityki zdrowotnej w zakresie zdrowia psychicznego lokalnych społeczności zostanie wyznaczona przez krajowe standardy i będzie spójna z Regionalnym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego.

W systemie ochrony zdrowia psychicznego opartego o działania promocyjne, profilaktyczne, lecznicze i rehabilitacyjne od lat kluczową rolę odgrywają samopomocowe ruchy pacjentów i ich rodzin oraz coraz bardziej profesjonalne organizacje pozarządowe. To dzięki tym wszystkim oddolnym inicjatywom reforma opieki psychiatrycznej w Polsce mogła zajść tak daleko. To właśnie te doświadczenia pokazały jak efektywnie przekształcać system opieki psychiatrycznej w kierunku środowiskowym.

Można żywić nadzieję, że bogaty w historię i tradycję, wielokulturowy Lublin zawsze otwarty na odmienność i różnorodność, pozostanie wrażliwy na potrzeby osób z zaburzeniami psychicznymi - będzie dla nich dobrą wspólnotą.