

Priorytetowe działania w obszarze zdrowia psychicznego na lata 2016-2020



Zadanie finansowane ze środków
Narodowego Programu Zdrowia
na lata 2016-2020



ISBN 978-83-942213-1-7

Redakcja i korekta: Sanitas Sp. z o.o.

Redaktor: Tomasz Kobosz

Druk: Rebellious Investment Sp. z o.o.



Priorytetowe działania w obszarze zdrowia psychicznego na lata 2016-2020

Autorzy

Witold Paweł Kalbarczyk

Sławomir Murawiec

Monika Kalbarczyk

Warszawa, grudzień 2016



Minister Zdrowia

Warszawa, *grudzień 2016 r.*



Marszałkowie
Starostowie
Wójtowie/Burmistrzowie/Prezydenci

Anna Pięta

Zdrowie psychiczne obywateli należy do jednego z najważniejszych zasobów współczesnego społeczeństwa, jego ochrona natomiast stanowi jeden z kluczowych obszarów polityki zdrowotnej Państwa. Styl życia społeczeństwa we współczesnym świecie, środowisko fizyczne oraz środowisko społeczne życia i pracy, powodują iż zdrowie psychiczne obywateli narażone jest na wiele niekorzystnych czynników, które skutkować mogą jego pogorszeniem i koniecznością skorzystania ze świadczeń zdrowotnych w przedmiotowym zakresie. Stwierdzenie, że nie ma zdrowia bez zdrowia psychicznego nie jest wyłącznie frazesem, lecz wskazuje na niezwykle istotną rolę tego aspektu zdrowia w podejściu holistycznym.

Kluczowymi działaniami umożliwiającymi poprawę dobrostanu psychicznego społeczeństwa są przede wszystkim promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym. Dlatego prowadzenie działań na rzecz poprawy zdrowia psychicznego społeczeństwa jest jednym z priorytetowych obszarów wskazanych w ustawie z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. poz. 1916) oraz stanowi jeden z celów operacyjnych rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz. U. poz. 1492) będącego aktem wykonawczym do ww. ustawy.

Ministerstwo Zdrowia prezentuje Państwu priorytety w obszarze zdrowia psychicznego na lata 2016-2020, wyrażając nadzieję, że niniejsze opracowanie pozwoli prowadzić prozdrowotną politykę państwa w sposób umożliwiający i ułatwiający społeczeństwu podejmowanie działań ukierunkowanych na ochronę, wzmacnianie i zwiększanie potencjału zdrowia psychicznego.

z wyrazami szacunku

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU

Jarosław Pinkas

SPIS TREŚCI

Wstęp autorów /9

1. Streszczenie /10

2. Ochrona zdrowia psychicznego w strategicznych dokumentach międzynarodowych /13

2.1 Zdrowie psychiczne to indywidualny i zbiorowy kapitał /13

2.2 WHO /15

2.3 OECD /18

2.4 Unia Europejska /21

3. Choroby i zaburzenia psychiczne - wyzwanie epidemiologiczne i ekonomiczne /23

3.1 Zaburzenia psychiczne w krajach OECD i UE /23

3.2 Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w Polsce /24

3.2.1 Zaburzenia depresyjne /26

3.2.2 Samobójstwa /27

3.2.3 Schizofrenia /29

3.3 Koszty zaburzeń psychicznych w Polsce /30

3.3.1 Koszty depresji /30

3.3.2 Koszty schizofrenii /31

3.3.3 Absencja z powodu zaburzeń psychicznych rośnie /33

4. Ochrona zdrowia psychicznego Polaków jako priorytet polityki zdrowotnej na lata 2016-2020 /35

5. Przykłady dobrych praktyk ochrony zdrowia psychicznego z Polski, Europy i świata /41

5.1 Promocja zdrowia psychicznego i profilaktyka zaburzeń psychicznych w Polsce /41

5.2 Profilaktyka zaburzeń psychicznych na świecie /46

6. Jak przygotować i zrealizować dobry regionalny program ochrony zdrowia psychicznego? /49

7. Literatura /51



Wstęp autorów

Raport „Priorytetowe działania w obszarze zdrowia psychicznego na lata 2016-2020” został napisany w ramach realizacji jednego z zadań 3. celu operacyjnego „Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020”. Cel ten dotyczy zapobiegania problemom zdrowia psychicznego i poprawy dobrostanu psychicznego społeczeństwa.

Naszym zadaniem, jako autorów raportu, jest przybliżenie odbiorcom w sposób możliwie zwięzły i konkretny nie tylko najważniejszych kwestii związanych ze zdrowiem psychicznym Polaków, osadzenie ich w kontekście polityki gospodarczej i zdrowotnej Polski oraz Unii Europejskiej, ale przede wszystkim upowszechnienie wiedzy o tym, jak ważna jest profilaktyka zaburzeń psychicznych i codzienna ochrona zdrowia psychicznego każdego z nas.

Zdrowie psychiczne i odczuwanie dobrostanu psychicznego są niezbędnym warunkiem normalnego funkcjonowania człowieka w każdym okresie życia. Potrzebujemy go do rozwoju w okresie dzieciństwa, nauki w szkole czy na wyższej uczelni, później przez kilkadziesiąt lat aktywności zawodowej, a także kiedy jesteśmy już seniorami u schyłku życia. Zdrowie psychiczne jest naszym kapitałem niezbędnym do wypełniania roli małżonków i rodziców. Dzięki niemu możemy spełniać nasze aspiracje i role społeczne, ale także podnosić się z upadków i przeżywać trudności, z jakimi każdy z nas spotyka się w życiu. Funkcjonowanie w nieustannym stresie i nieumiejętność zachowywania równowagi pomiędzy życiem zawodowym a prywatnym, coraz szybsze tempo życia i spłylenie wielu relacji międzyludzkich - to czynniki, które działają destrukcyjnie na psychikę wielu ludzi. To, czy nauczymy się dokonywać mądrych wyborów i żyć tak, by chronić swoje zdrowie przez całe życie zależy nie tylko od nas samych, ale także od tych, którzy tworzą warunki naszego życia w gminie, powiecie czy województwie.

Raport jest kierowany do jednostek samorządu terytorialnego (JST) w całym kraju, gdyż to właśnie na lokalnym poziomie najszybciej i najlepiej można dotrzeć do ludzi, którzy już teraz lub w przyszłości mogą borykać się z problemami zdrowia psychicznego, takimi jak depresja czy nerwica. To w rękach

władz samorządów znajdują się narzędzia, które mogą sprawić, że miejsce, w którym żyjemy, a także przedszkole, szkoła, zakład pracy, organizacja pracy lokalnej administracji służącej mieszkańcom czy obiekty rekreacji dostępne dla mieszkańców w każdym wieku, sprzyjać będą naszemu zdrowiu fizycznemu i psychicznemu. Przykłady programów profilaktycznych podane w raporcie, kierowane do uczniów, osób czynnych zawodowo czy seniorów, w skuteczny sposób mogą uchronić tysiące z nas od destrukcyjnych następstw stresu czy depresji. Skorzystanie z nich jako wzorców lub sięgnięcie po takie, które są opracowywane i przeprowadzane przez profesjonalistów z zakresu psychoedukacji może pomóc JST w realizacji celów własnych programów ochrony zdrowia psychicznego.

Raport został opracowany i napisany w gronie osób, które na co dzień zajmują się problematyką zdrowia publicznego Polaków, a także zdrowiem psychicznym osób potrzebujących leczenia psychiatrycznego lub psychoterapii. Wiemy zatem z własnej praktyki, że zaburzenia psychiczne i problemy zdrowia psychicznego dotyczą coraz więcej ludzi, którzy mieszkają obok nas lub uczą się w osiedlowej szkole. Pozornie dobra praca, ale wykonywana w ciągłym stresie lub - przeciwnie - jej brak przez dłuższy lub nawet krótki okres, problemy rodzinne lub finansowe, strata kogoś bliskiego czy rozładowywanie napięcia przez alkohol - to przyczyny depresji, nerwicy, a nawet samobójstw.

Kondycja psychiczna Polaków nie jest, niestety, najlepsza, ale nie znaczy to, że nie mamy na nią wpływu. Wierzmy, że raport „Priorytetowe działania w obszarze zdrowia psychicznego na lata 2016-2020” pomoże wielu jednostkom samorządu terytorialnego w naszym kraju w podjęciu skutecznych działań wzmacniających kondycję psychiczną mieszkańców polskich wsi, małych miast i wielkich aglomeracji. Troska o zdrowie, rozumiane jako dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, obecna we wszystkich politykach w Polsce już dzisiaj, szczególnie najbliższej miejsc, gdzie żyjemy, to szansa każdego z nas z osobna oraz wszystkich jako wspólnoty na lepsze jutro.

1

Streszczenie

Zdrowie nie jest wyłącznie przeciwieństwem choroby czy niepełnosprawności. To dążenie do pełnego fizycznego, psychicznego oraz społecznego dobrostanu, a także umiejętność prowadzenia dającego satysfakcję życia społecznego i ekonomicznego.

Zdrowie i dobrostan to słowa, które w strategicznych dokumentach WHO, OECD i UE - a które były przedmiotem analiz przy okazji opracowywania tego raportu - na ogół używane są łącznie. Angielskie *well-being* najczęściej tłumaczone na język polski w kontekście zdrowia jako dobrostan każdego z nas oraz nas wszystkich jako wspólnoty, może być także rozumiane jako pomyślność, a także dobro czy nawet dobrobyt. Zdrowie jako indywidualny zasób człowieka nazywane jest także bogactwem (ang. *Health is Wealth*), bo pozwala na rozwój, pracę i pomnażanie dóbr, które człowiek może tworzyć, produkować lub zdobywać.

Zdrowie jest kapitałem, który może przynieść fizyczny, psychiczny oraz społeczny dobrostan i - w konsekwencji - dobrobyt, a choroba przynosi często straty i może prowadzić do ubóstwa. Z drugiej strony - dobrobyt może sprzyjać zdrowiu, a bieda często jest czynnikiem sprzyjającym rozwojowi wielu chorób.

Każda z wymienionych wyżej organizacji w swoich strategicznych dokumentach poświęconych zdrowiu podaje kwoty rzędu miliardów, a nawet bilionów dolarów lub euro strat, jakie europejska gospodarka ponosi rocznie z powodu przedwczesnej utraty zdrowia lub życia przez dziesiątki milionów mieszkańców naszego kontynentu. Wśród chorób o największym znaczeniu epidemiologicznym w Europie, które przynoszą największe straty społeczne i gospodarcze zarówno w skali ogólnoeuropejskiej, jak i w skali poszczególnych krajów UE, wymieniane są schorzenia układu sercowo-naczyniowego, nowotwory oraz zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania. Obecnie wymienia się je w takiej kolejności, ale prognozy epidemiologiczne wskazują, że w ciągu najbliższych 10-20 lat, z uwagi na rosnącą liczbę nowych chorych, pierwszą przyczyną zgonów staną się nowotwory, a choroby psychiczne i zaburzenia zachowania staną się drugim najbardziej kosztotwórczym problemem zdrowotnym Europy.

Dane europejskie WHO wskazują, że aż 27% Europejczyków w wieku 18-65 lat, a więc około 83 mln ludzi, przynajmniej raz w roku odczuwa objawy złego stanu zdrowia psychicznego. Do tej liczby należy dodać wielomilionową grupę osób w wieku senioralnym, która jest szczególnie narażona na ryzyko zaburzeń depresyjnych i lękowych związanych ze swoim stanem zdrowia, niesamodzielnością czy samotnością.

Zaburzenia psychiczne, ze swej natury przewlekłe i trwające z różną intensywnością często przez wiele lat, na terenie całej Unii Europejskiej są przyczyną 22% niepełnosprawności mierzonej w latach przeżytych w niepełnosprawności (ang. *Years Lived with Disability* - YLD). Łączne koszty złego stanu zdrowia psychicznego mieszkańców UE, obejmujące zarówno koszty bezpośrednie, czyli wydatki na leczenie, jak i koszty pośrednie, czyli wydatki społeczne oraz utracona produktywność, w krajach UE przekraczają kwotę 450 mld euro rocznie.

Coraz więcej badań populacyjnych dotyczących kondycji zdrowia psychicznego w Europie dowodzi, że gwałtownie rośnie liczba osób cierpiących z powodu problemów psychicznych związanych z tempem życia, stresem, problemami emocjonalnymi czy finansowymi. Zwiększa się też liczba osób, które źle oceniają swoją kondycję i odporność psychiczną.

Informacji na temat kondycji psychicznej Polaków dostarcza raport z badania „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępu do psychiatrycznej opieki zdrowotnej - EZOP Polska”. Umożliwiło ono zbadanie występowania najczęściej diagnozowanych zaburzeń psychicznych w naszym kraju, takich jak depresja, schizofrenia czy uzależnienia od substancji, a także liczby osób, która ze względu na brak ruchu i otyłość, rosnące tempo życia i pracy oraz związany z nimi stres, problemy natury finansowej i osobistej, presję na sukces i wyniki w połączeniu z brakiem umiejętności odpoczywania, rozładowywania napięcia czy brakiem oparcia, w ciągu kolejnych lat może wymagać opieki psychiatrycznej. Wyniki tego badania wskazują, że potencjalnymi pacjentami systemu opieki psychiatrycznej w Polsce może być łącznie nawet 6-7,5 mln osób, a nie - jak obecnie - ok. 1,6 mln osób rocznie.

Szacuje się, że około 25% Polaków w wieku produkcyjnym cierpi na zaburzenia psychiczne, ale 75% osób cierpiących z tego powodu nie otrzymuje żadnej profesjonalnej pomocy. Dane z badań wskazują, że z epizodami depresyjnymi, nasiloną depresją oraz dystymią, czyli krótkotrwałymi zaburzeniami nastroju o charakterze dysforyczno-depresyjnym i lękowo-depresyjnym w Polsce boryka się około 1,5 mln osób. Na schizofrenię choruje wg różnych szacunków między 330 a nawet 400 tys. osób, ale tylko blisko 190 000 jest leczonych w ramach środków NFZ. Osoby cierpiące z powodu zaburzeń psychicznych są mniej wydajne w pracy, a także znaczna ich część jest niezdolna do pracy, okresowo lub trwale. Z tego powodu gospodarka i społeczeństwo, ale przede wszystkim osoby chore ponoszą ogromne straty.

Opierając się na szacunkach ekspertów WHO, OECD oraz UE, można przyjąć, że koszty zaburzeń psychicznych w Polsce (łącznie koszty bezpośrednie i pośrednie) sięgają ok. 3-4% rocznego Produktu Krajowego Brutto.

Wg GUS w 2015 roku PKB Polski wynosił 1,79 bln zł. Oznacza to, że koszty wszystkich zaburzeń psychicznych w 2015 roku obciążły nas kwotami od 54 do nawet 72 mld złotych.

Zdrowie i system opieki zdrowotnej wpisane są w jeden z trzech podstawowych priorytetów strategii rozwoju gospodarczego Unii Europejskiej „Europa 2020”, który brzmi: „Rozwój sprzyjający włączeniu społecznemu - wspieranie gospodarki o wysokim poziomie zatrudnienia i zapewniającej spójność społeczną i terytorialną”. Celem strategii „Europa 2020” jest m.in. zmniejszenie o 20 mln liczby osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym. Unijna strategia wzrostu zakłada, że wskaźnik zatrudnienia ogółem w UE zwiększy się do 75%.

Jednym z kluczowym obszarów działań koniecznych do realizacji tego celu jest ochrona zdrowia, profilaktyka zdrowotna, a także działania pozwalające na utrzymywanie w zdrowiu jak największej liczby ludności we wszystkich grupach wiekowych oraz poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych o wysokiej jakości i skuteczności. W tym kontekście kraje Unii winny działać także na rzecz zdrowia psychicznego. Dlatego 25 krajów członkowskich UE, a także Islandia i Norwegia powołały organizację Joint Action on Mental Health and Wellbeing (JA MH-WB), której celem jest opracowywanie i promowanie rozwiązań stanowiących wkład w promocję zdrowia oraz dobro-

stanu społeczeństw, zapobieganie chorobom i zaburzeniom psychicznym oraz poprawa opieki nad osobami dotkniętymi tymi zaburzeniami, a także integracja społeczna osób z zaburzeniami psychicznymi w Europie. Głównym zadaniem tej organizacji jest tworzenie ram działań na rzecz zdrowia psychicznego na poziomie europejskim. W styczniu 2016 roku JA MH-WB opublikowała dokument, zatytułowany „Europejskie Ramy Działań na rzecz Zdrowia i Dobrostanu” (ang. *European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing*), który określa te ramy oraz wyznacza 5 obszarów działań na rzecz zdrowia psychicznego oraz dobrostanu.

Są to:

- promocja zdrowia psychicznego w miejscach pracy;
- promocja zdrowia psychicznego w szkołach,
- promocja działań zapobiegających depresji oraz samobójstwom, a także wdrożenie w tym celu rozwiązań informatycznych (e-zdrowie),
- rozwijanie środowiskowej i społecznie włączającej opieki psychiatrycznej nad osobami z poważnymi zaburzeniami psychicznymi,
- promocja włączania zdrowia psychicznego do wszystkich polityk.

Polska polityka zdrowotna, której narzędziem są zarówno ustawa z dnia 11 września o zdrowiu publicznym (Dz. U. poz. 1916), jak i rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 (Dz. U. poz. 1492) oraz ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o zdrowiu psychicznym (Dz. U. z 2016 r. poz. 546 i 1245) o poprawie dobrostanu psychicznego Polaków mówi także w kontekście celów rozwojowych Polski do roku 2020, a także do roku 2030. Podobnie jak w całej Europie, także w Polsce bez aktywnego, zorganizowanego i wielopłaszczyznowego działania na rzecz wzmocnienia i promocji zdrowia psychicznego grozi nam stagnacja gospodarcza i kryzys ekonomiczno-społeczny o trudnej do wyobrażenia skali. Ogromny wpływ na to, czy uda nam się zapobiec takiemu rozwojowi wypadków mają lokalne społeczności, a także władze samorządowe naszych gmin, powiatów i województw. Liczne przykłady przytaczane w dokumentach Joint Action on Mental Health and Wellbeing wskazują, że to właśnie lokalna aktywność, wspólnota sąsiadów czy mała organizacja pozarządowa - przy wsparciu i we współpracy z władzami samorządowymi podejmują

skuteczne działania, przynoszące realną poprawę w zakresie kondycji fizycznej i psychicznej mieszkańców. Nie przez przypadek zatem w NPZ 2016–2020 liczba zadań przypisanych JST samodzielnie lub wśród innych odpowiedzialnych instytucji bądź struktur państwa przekracza 70.

Wśród celów operacyjnych, w których rola JST jest kluczowa, znajduje się właściwie większość z celów NPZ na nadchodzące lata. Mimo że o zdrowiu psychicznym wprost mówią dwa cele operacyjne: 2. Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi oraz 3. Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa, to de facto zdrowie psychiczne jest pośrednio chronione w większości celów operacyjnych NPZ na lata 2016–2020.

Analizy przeprowadzone w ramach prac nad raportem wskazują, że priorytetami ochrony zdrowia psychicznego na lata 2016–2020 są:

- poprawa kondycji psychicznej całej populacji poprzez upowszechnienie zdrowego stylu życia,
- budowanie i ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, profilaktyka i wczesne wykrywanie depresji oraz zaburzeń zachowania mogących doprowadzić do zaburzeń psychicznych, uzależnienia lub być ich objawami,
- wzmocnienie zdrowia psychicznego osób pracujących w zakresie radzenia sobie ze stresem, profilaktyki i wczesnego wykrywania depresji oraz umiejętności zachowywania równowagi między pracą a życiem prywatnym,
- wzmocnienie zdrowia psychicznego osób z grup ryzyka depresji i samobójstw,
- utrzymywanie w aktywności osób w wieku seniornym.

Raport przywołuje przykłady dobrych praktyk w zakresie organizacji programów profilaktyki zdrowia psychicznego w odniesieniu do młodzieży, ogólnej populacji województwa, osób pracujących oraz seniorów. Dotyczą one depresji, przeciwdziałania samobójstwom, radzenia sobie ze stresem oraz zarządzania własną energią życiową w celu życia w zdrowiu, a także w celu zachowania równowagi pomiędzy życiem prywatnym i zawodowym. Zawiera także rady czy też rekomendacje, jak JST powinny budować skuteczne programy polityki zdrowotnej w odniesieniu do promocji zdrowia psychicznego oraz profilaktyki zaburzeń psychicznych. Wśród nich najważniejsze to odejście od dotychczasowego akcyjnego podejścia do akcji profilaktycznych, traktowanie obszaru zdrowia psychicznego jako ważnej składowej zdrowia i zdrowego stylu życia, a także korzystanie wyłącznie ze sprawdzonych wzorców programów profilaktyki zaburzeń psychicznych oraz realizatorów, którzy mają kompetencje i doświadczenie w zakresie psychoedukacji.

2

Ochrona zdrowia psychicznego w strategicznych dokumentach międzynarodowych

2.1

Zdrowie psychiczne to indywidualny i zbiorowy kapitał

Współczesne badania naukowe (nie tylko z obszaru medycyny, ale także psychologii, socjologii czy ekonomii) jednoznacznie wskazują, że zdrowie nie jest wyłącznie przeciwieństwem choroby czy niepełnosprawności. To dążenie do pełnego fizycznego, psychicznego oraz społecznego dobrostanu¹, a także umiejętność prowadzenia dającego satysfakcję życia społecznego i ekonomicznego².

Zdrowie zależy nie tylko od czynników genetycznych, psychofizycznych i społecznych, ale także od stylu życia oraz od wpływu wymiaru duchowego³. Dlatego o zdrowiu człowieka i jego ochronie należy myśleć i mówić, a przede wszystkim działać na jego rzecz, w dużo szerszym kontekście niż tylko i wyłącznie medycznym.

WHO oraz inne organizacje międzynarodowe, takie jak Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (ang. *Organization for Economic Co-operation and Development* – OECD) czy Unia Europejska, a także rządy krajów wchodzących w skład tych organizacji wraz z władzami regionalnych czy lokalnych samorządów oraz organizacjami pozarządowymi (ang. *non-governmental organization* – NGO), przy wsparciu ekspertów wielu dziedzin, od lat czynią starania, by zdrowie było chronione z poszanowaniem praw człowieka, w interesie zarówno każdego z nas indywidualnie, jak i wspólnoty ludzi czy społeczeństw.

Sztandarowe hasła najważniejszych strategicznych dokumentów, które w ostatnich dziesięcioleciach wytaczają kierunki działań i rozwoju ochrony zdrowia ludzi na całym świecie, to „Zdrowie dla wszystkich” (ang. *Health for All*), czyli propagowany przez WHO od lat 70. XX wieku Milenijny Cel oraz „Zdrowie we wszystkich politykach” (ang. *Health in All Policies*), obowiązujący od 2006 roku i fińskiej prezydencji Unii Europejskiej⁴. Wydaje się, że zdrowie jako wartość uniwersalna – dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny – w naturalny sposób powinno być

„Zdrowie psychiczne we wszystkich politykach” to najważniejsza rekomendacja wynikająca z analizy strategicznych dokumentów WHO, OECD i UE poświęconych zdrowiu psychicznemu.

Rekomendacje tych organizacji w najpełniejszy, a zarazem najbardziej szczegółowy sposób precyzuje europejska organizacja Joint Action on Mental Health and Wellbeing:

- *promocja zdrowia psychicznego w miejscach pracy,*
- *promocja zdrowia psychicznego w szkołach,*
- *promocja działań zapobiegających depresji oraz samobójstwom, a także wdrożenie w tym celu rozwiązań informatycznych (e-zdrowie),*
- *rozwijanie środowiskowej i społecznie włączającej opieki psychiatrycznej nad osobami z poważnymi zaburzeniami psychicznymi,*
- *promocja włączania zdrowia psychicznego do wszystkich polityk.*

¹ Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia z 1946 roku.

² Społeczne determinanty zdrowia.

³ *Spirituality and health: an initial proposal to incorporate spiritual health in health impact assessment*, 2003 <http://www.who.int/hia/examples/overview/whohia203/en/>.

⁴ Leppo K., Ollila E., Peña S., Wismar M., Cook S., *Health in All Policies. Seizing Opportunities, Implementing Policies*, Ministry of Social Affairs and Health Finland, National Institute for Health and Welfare, European Observatory on Health Systems and Policies, UNRISD, Ministry of Foreign Affairs of Finland, 2013.

priorytetem państwa służącego obywatelom. Państwo to jednak nie tylko rząd i jego administracja, ale także władze samorządowe różnych szczebli, najbliższe lokalnym społecznościom i ich problemom oraz liczne organizacje zrzeszające ludzi o różnych poglądach i celach. Podobnie społeczeństwo – to nie tylko zbiorowość pojedynczych ludzi, ale przede wszystkim wspólnota, w której z różnych powodów znajdują się osoby, których zdrowie – rozumiane zgodnie ze współczesną definicją – nie jest lub przestaje być stanem określanym jako dobry.

Zdrowie i dobrostan to słowa, które w strategicznych dokumentach wspomnianych wyżej organizacji na ogół używane są łącznie. Angielskie *well-being* najczęściej tłumaczone na polski w kontekście zdrowia jako dobrostan każdego z nas z osobna oraz nas wszystkich jako wspólnoty, może być także rozumiane jako pomyślność, a także dobro czy nawet dobrobyt. Zdrowie jako indywidualny zasób człowieka nazywane jest także bogactwem (ang. *Health is Wealth*), bo pozwala na rozwój, pracę i pomnażanie dóbr, które człowiek może tworzyć, produkować lub zdobywać. Wiele badań, jak i codzienne ludzkie obserwacje dowodzą, że zdrowie jest kapitałem, który może przynieść fizyczny, psychiczny oraz społeczny dobrostan i w konsekwencji dobrobyt, a choroba przynosi często straty i w konsekwencji może prowadzić do ubóstwa. Z drugiej strony: dobrobyt może sprzyjać zdrowiu, a bieda często jest czynnikiem sprzyjającym rozwojowi wielu chorób. Sytuacja ta dotyczy zarówno pojedynczych ludzi w każdym kraju, ale także różnych grup etnicznych i społecznych, a nie rzadko całych narodów. Brak którejś ze składowych zdrowia każdego człowieka, a więc zdrowia fizycznego, zdrowia psychicznego lub zdrowia społecznego, przy braku lub niedostatku wsparcia ze strony państwa, lokalnej społeczności, rodziny czy przyjaciół, prowadzi do nierówności pomiędzy osobami zdrowymi a chorymi, a te sprzyjają izolacji i wykluczeniu społecznemu.

Rysunek 1. Stan zdrowia a dobrostan i rozwój gospodarczy



Źródło: Gujski M., Kalbarczyk W.P., Tytko Z., Ścibek A., *Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje*, wyd. 2, popr., Instytut Ochrony Zdrowia, Warszawa 2013, s. 97.

Łączenie zdrowia oraz indywidualnego dobrostanu z dobrobytem nie jest przypadkowe. Dowodzą tego liczne badania oparte na analizach ekonomicznych, które wskazują, że choroby kosztują nas znacznie więcej niż kwoty, które wydajemy na ich leczenie. W przypadku kosztów chorób mówimy bowiem nie tylko o kosztach ich bezpośredniego leczenia, ale także o kosztach pośrednich związanych z absencją chorobową i zasiłkami chorobowymi wypłacanymi przez pracodawców oraz systemy ubezpieczeń społecznych, a także straconymi dochodami na skutek zaniechania produkcji czy sprzedaży, co ma wpływ na dochody pracowników, pracodawców i państw. Każda z wymienionych wcześniej organizacji (WHO, OECD, UE) w swoich strategicznych dokumentach poświęconych zdrowiu podaje kwoty rzędu miliardów, a nawet bilionów dolarów lub euro strat, jakie europejska gospodarka ponosi rocznie z powodu przedwczesnej utraty zdrowia lub życia przez dziesiątki milionów mieszkańców naszego kontynentu.

Większość chorób, na które obecnie zapadają ludzie i – jak się prognozuje – coraz częściej będą zapadać w nadchodzących dekadach, to tak zwane choroby cywilizacyjne. Wśród chorób o największym znaczeniu epidemiologicznym w Europie, które przynoszą największe straty społeczne i gospodarcze zarówno w skali ogólrnoeuropejskiej, jak i w skali pojedynczych krajów UE, wymieniane są schorzenia układu sercowo-naczyniowego, nowotwory oraz zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania. Obecnie wymienia się je w takiej kolejności, ale prognozy epidemiologiczne wskazują, że w ciągu najbliższych 10–20 lat, z uwagi na rosnącą liczbę nowych chorych, pierwszą przyczyną zgonów staną się nowotwory, a choroby psychiczne i zaburzenia zachowania staną się drugim najbardziej kosztownym problemem zdrowotnym Europy.

Choroby psychiczne w wielu krajach stanowią istotny, ale jednocześnie z wielu powodów zaniedbany problem zdrowotny. Dotychczas robiono niewiele albo zdecydowanie za mało, aby kwestia ta przebiła się nie tylko do świadomości społecznej, ale także do decydentów polityki zdrowotnej i społecznej. Tymczasem problem ten jest niebagatelny i aby go rozwiązać lub przynajmniej istotnie zmniejszyć jego skalę, niezbędne są wielotorowe, konsekwentne, wieloletnie działania, które muszą objąć nie tylko wymagające głębokich zmian organizacyjno-finansowych struktury lecznictwa psychiatrycznego, ale przede wszystkim system edukacji, pomocy społecznej oraz rynek pracy. Nie chodzi bowiem wyłącznie o lepszą organizację profesjonalnej

pomocy psychiatrycznej, psychoterapeutycznej czy psychologicznej dla osób z rozpoznanymi zaburzeniami psychicznymi. Chodzi przede wszystkim o działania edukacyjne mające na celu zdobycie:

- umiejętności budowania relacji z otoczeniem społecznym,
- zdolności do efektywnego przeżywania zarówno sukcesów, jak i porażek,
- akceptacji pomocy i korzystania z niej, oparcia się na innych,
- asertywności,
- umiejętności radzenia sobie ze stresem związanym z rosnącym tempem życia i pracy.

Mowa tu o kształtowaniu postaw i zdrowego stylu życia dzieci, młodzieży i ludzi czynnych zawodowo, ale także o wsparciu zdrowia psychicznego dla rosnącej grupy osób w wieku senioralnym, 65+ oraz psychogeriatrii. W działaniach tych nie wolno zapominać o pomocy dla opiekunów osób z zaburzeniami psychicznymi, a także o profesjonalistach – jako grupie szczególnie narażonej na wypalenie i depresję – pracujących z tymi ludźmi. Mówimy więc głównie o ogromnej skali potrzeb w zakresie pierwotnej profilaktyki zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, która powinna być prowadzona blisko miejsca zamieszkania, w placówkach edukacyjnych czy zakładach pracy, ale także z wykorzystaniem najnowszych technologii informatycznych i środków komunikacji. Na te obszary wskazują zarówno WHO, jak i OECD oraz Komisja Europejska.

2.2 WHO

Dokumenty Europejskiego Biura WHO „Zdrowie 2020. Europejskie ramy polityczne i strategia na XXI wiek” (*Health 2020 A European policy framework and strategy for the 21st century*⁵) oraz „Zdrowie 2020. Europejskie ramy polityczne wspierające działania dla zdrowia i dobrostanu prowadzone przez rządy i społeczeństwa” (*Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*⁶) jednoznacznie wykazują, że

„dobre zdrowie jest nieodzowne dla rozwoju gospodarczego i społecznego oraz że ma ono ogromny wpływ na życie każdego człowieka z osobna, wszystkich rodzin i innych wspólnot”⁷. Dokumenty te wyznaczają strategiczne cele do osiągnięcia do 2020 roku na polu ochrony zdrowia dla krajów wchodzących w skład WHO na obszarze Europy.

Są to:

- **większa równość w zdrowiu oraz lepsze zarządzanie zdrowiem,**
- **poprawa w zakresie przestrzegania zasady „Zdrowie dla wszystkich” oraz zmniejszanie nierówności w zdrowiu,**
- **poprawa przywództwa oraz zasady uczestnictwa w zarządzaniu zdrowiem,**
- **praca wszystkich nad wspólną polityką na rzecz priorytetów dla zdrowia.**

Priorytetowymi działaniami są:

- **dla celu 1.** inwestowanie w zdrowie we wszystkich cyklach życia oraz wzmacnianie ludzi,
- **dla celu 2.** zajmowanie się największymi europejskimi wyzwaniami: chorobami niezakaźnymi i chorobami zakaźnymi,
- **dla celu 3.** wzmocnienie zorientowania na ludzi przez systemy zdrowotne, zwiększenie aktywności z zakresu zdrowia publicznego oraz przygotowanie na sytuacje nagłe i niespodziewane - monitorowanie ich występowania, rozwoju oraz zdolność do adekwatnej reakcji,
- **dla celu 4.** tworzenie odpornych społeczności oraz środowiska wsparcia.

Analizując problemy dotyczące zdrowia psychicznego w regionie europejskim, Regionalne Biuro WHO, wraz z szerokim gronem ekspertów z krajów członkowskich, wypracowało dokument zatytułowany „Europejski Plan Działań na rzecz Zdrowia Psychicznego” (*The European Mental Health Action Plan*⁸). Dokument ten, w całości poświęcony wyłącznie działaniom na rzecz zdrowia psychicznego Europejczyków, odpowiada czterem priorytetowym obszarom nowej europejskiej polityki na rzecz zdrowia i dobrostanu zdefiniowanym w Zdrowiu 2020,

⁵ *Health 2020. A European policy framework and strategy for 21st century*, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1.

⁶ <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-beinga>.

⁷ *Health 2020. A European policy framework and strategy for 21st century*, s. 11, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1.

⁸ *The European Mental Health Action Plan, WHO Europe, 2013*, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/194107/63wd11e_MentalHealth-3.pdf.

wnosząc istotny wkład w ich realizację. Jego powstanie jest konsekwencją kaskadowego modelu działania WHO i opracowania przez światową centralę WHO „Globalnego Planu na rzecz Zdrowia Psychicznego” (WHO *Global Mental Health Action Plan* «WHA66.8»⁹) oraz odpowiedzią na Konwencję Narodów Zjednoczonych o Prawach Osób Niepełnosprawnych z 2008 roku¹⁰. Zawiera także najważniejsze wnioski z Europejskiego Paktu na rzecz Zdrowia i Dobrostanu Psychicznego z czerwca 2008 roku, zawartego podczas słoweńskiej prezydencji w Unii Europejskiej¹¹.

Punktem wyjścia do opracowania „Planu Działań” była szeroka dyskusja z czołowymi ekspertami zajmującymi się problemami zdrowia psychicznego z wielu krajów oraz analiza sytuacji w zakresie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w krajach wchodzących do europejskiego regionu WHO. **Konkluzją z tej dyskusji jest pierwsze zdanie tego strategicznego dokumentu: „Promocja zdrowia psychicznego oraz zapobieganie i leczenie zaburzeń psychicznych mają fundamentalne znaczenie dla zapewnienia ochrony i poprawy jakości życia, dobrostanu oraz produktywności pojedynczych ludzi, rodzin, pracowników, a także społeczności lokalnych, co wzmacnia i daje większą odporność społeczeństwu jako całości”.** Dokument podkreśla pełnię praw ludzkich oraz obywatelskich ludzi cierpiących z powodu zaburzeń psychicznych, prawa do realizacji ich aspiracji, dostępu do pomocy i leczenia adekwatnego do potrzeb, które powinno być realizowane w środowisku ich życia, blisko miejsca zamieszkania, umożliwiając im naukę i pracę, a także możliwie pełne uczestnictwo w życiu społecznym. Takie podejście do problematyki zdrowia psychicznego, realizowane dzięki współpracy międzysektorowej, z zaangażowaniem nie tylko struktur i profesjonalistów medycznych, ale także osób z administracji rządowej, samorządowej oraz organizacji pozarządowych i lokalnych społeczności, aktywnych w niemedycejskich sferach życia, zmniejsza skalę wykluczenia osób z zaburzeniami psychicznymi. **Dane, analizy i wnioski z badań lub publikacji przywoływane w tym dokumencie wskazują, że kluczowa dla zmniejszenia skali stygmatyzacji i wykluczenia osób z zaburzeniami psychicznymi jest permanentna edukacja społeczna na temat zdrowia psychicznego oraz praw ludzi cierpiących na zaburzenia psychiczne.**

W „Europejskim Planie Działań na rzecz Zdrowia Psychicznego” zdefiniowano siedem celów, które winny być osiągnięte przez państwa europejskie w zakresie ochrony zdrowia i leczenia zaburzeń psychicznych. Cztery zostały określone jako cele główne, trzy pozostałe jako przekrojowe (ang. *cross-cutting*). W komunikacie na ten temat stwierdzono: **„Działania podejmowane przez poszczególne kraje powinny być realizowane zgodnie z nadanymi przez siebie priorytetami, zgodnie z potrzebami oraz dostępnymi zasobami na poziomie narodowym, regionalnym i lokalnym”.** Przeprowadzone analizy wykazały bowiem, że skala zróżnicowania problemów i wyzwań, przed jakimi stoi psychiatria i ochrona zdrowia psychicznego w poszczególnych krajach europejskich jest bardzo duża.

Cztery cele główne:

- każdy człowiek ma takie same możliwości osiągnięcia psychicznego dobrostanu w okresie całego swojego życia, szczególnie osoby najbardziej narażone oraz znajdujące się w grupach ryzyka,
- osoby z zaburzeniami psychicznymi są obywatelami, których prawa są w pełni przestrzegane, chronione i wspierane,
- świadczenia zdrowotne z zakresu chorób psychicznych są dostępne zgodnie z potrzebami w miejscu zamieszkania, a osoby ich potrzebujące mogą sobie na nie pozwolić z punktu widzenia kosztów,
- ludzie z zaburzeniami psychicznymi mają prawo być traktowani z szacunkiem oraz mają prawo do bezpiecznego i skutecznego leczenia.

Pozostałe 3 cele o charakterze przekrojowym/międzysektorowym:

- systemy opieki medycznej dostarczają właściwą opiekę w zakresie zdrowia fizycznego i psychicznego dla wszystkich,
- systemy ochrony zdrowia psychicznego pracują w dobrze skoordynowanym partnerstwie z innymi sektorami,
- zarządzanie oraz świadczenia z zakresu zdrowia psychicznego są prowadzone na podstawie rzetelnej informacji oraz wiedzy.

⁹ WHO Global Mental Health Action Plan 2013–2020, WHO 2013, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-en.pdf.

¹⁰ Convention on the Rights of Persons with Disabilities, UN 2008 <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>.

¹¹ *European Pact for Mental Health and Well-being*, EU High-level Conference Together for Mental Health and Wellbeing, Brussels, 12-13 June 2008.

Zgodnie z zasadą budowania strategicznych dokumentów WHO, każdy cel ma przypisane zakładane mierzalne rezultaty, które winny być osiągnięte w okresie realizacji planu. Proces dochodzenia do tych rezultatów powinien być monitorowany, a osiągane wyniki oceniane okresowo, tak by można było korygować prowadzone działania. „Plan” opisuje więc zakładane rezultaty oraz mierniki ich realizacji, ale – co najważniejsze – zawiera też przykłady działań, jakie powinny lub mogą być prowadzone, by osiągnąć każdy z opisanych wcześniej siedmiu celów. Tylko niewielka część tych działań zależy od władz centralnych, całego rządu czy poszczególnych resortów. Większość leży w kompetencjach, a przede wszystkim w zasięgu możliwości władz samorządowych lokalnych społeczności, organizacji pozarządowych działających na rzecz zdrowia, związków skupiających pracodawców i pracowników, ale także pojedynczych pracodawców, rodzin lub nawet indywidualnych osób. Zakres tego opracowania nie pozwala na prezentowanie wszystkich przykładowych działań każdego z siedmiu celów tego planu, dlatego przytoczone zostaną tylko przykłady, które w największym stopniu mogą być realizowane na poziomie lokalnej społeczności przez władze samorządowe we współpracy z organizacjami pozarządowymi oraz profesjonalistami z zakresu zdrowia psychicznego i dobrostanu.

Cel 1. Każdy człowiek ma takie same możliwości osiągnięcia psychicznego dobrostanu w okresie całego swojego życia, szczególnie osoby najbardziej narażone oraz znajdujące się w grupach ryzyka.

Przykładowe działania pozwalające na realizację celu:

- zapewnienie edukacji przedszkolnej dla dzieci oraz zachęcanie rodziców do traktowania domu jako miejsca uczenia się poprzez zabawę, czytanie dzieciom oraz wspólne rodzinne posiłki oraz rozmowy;
- prowadzenie ogólnych oraz profilowanych programów promocji zdrowia psychicznego w szkołach, obejmujących wczesne wykrywanie problemów emocjonalnych oraz zachowań agresywnych;
- propagowanie idei uczenia się przez całe życie: poprawianie czytania, liczenia oraz podstawowych umiejętności tych, którzy najbardziej tego potrzebują oraz są wykluczeni;
- tworzenie zachęt dla pracodawców do zmniejszania stresu psychospołecznego oraz związanego z pracą, wzmacnianie zdolności pracowników do radzenia

sobie ze stresem oraz wprowadzanie prostych programów promujących w miejscu pracy kulturę sprzyjającą dobrostanowi pracowników i ich rodzin,

- zachęcanie do optymalizacji organizacji oraz godzin pracy, aby pracownicy mogli żyć w równowadze pomiędzy pracą a życiem prywatnym,
- promowanie zdrowych społeczności i sprzyjających zdrowiu miejsc do życia – promowanie zdrowego odżywiania się oraz aktywności fizycznej dla wszystkich grup wiekowych poprzez sport oraz inne aktywności, a także zapewnianie bezpiecznych miejsc zabaw dla dzieci,
- promowanie tworzenia i ochrony służących zdrowiu miejsc na świeżym powietrzu oraz częstego obcowania z naturą,
- zapewnianie osobom w starszym wieku środowiska życia, które jest określane przez nich samych jako bezpieczne oraz wygodne, które umożliwia im uczestnictwo w życiu społeczności, mobilność oraz autonomię.

Działania, które są proponowane przez Regionalne Biuro WHO dla Europy to:

- zwiększanie świadomości na temat społecznych determinantów zdrowia na zdrowie psychiczne, znaczenia zdrowia psychicznego jako czynnika pośredniego wpływającego na zdrowie, a także wpływu zdrowia publicznego na stan zdrowia psychicznego populacji,
- identyfikacja sposobów interwencji oraz rozwój ścieżek postępowania w celu zapobiegania oraz wczesnych interwencji w sytuacjach ciężkiego/zagrażającego stresu i jego konsekwencji na poziomie pojedynczego człowieka, a także populacji,
- wspieranie promocji oraz upowszechnienia skutecznych programów edukacyjnych dotyczących zapobiegania samobójstwom, stygmatyzacji, dyskryminacji, picia alkoholu, używania narkotyków oraz demencji,
- upowszechnianie pomiędzy krajami członkowskimi informacji o skutecznych programach dotyczących działań na rzecz zdrowia psychicznego oraz dobrostanu realizowanych w miejscach pracy.

„Europejski Plan Działań na rzecz Zdrowia Psychicznego” propaguje rozwój środowiskowej opieki psychiatrycznej na poziomie lokalnej społeczności o populacji nieprzekraczającej 200–250 tys. osób. Winna być ona oparta na kompleksowych ośrodkach oferujących,

w zależności od potrzeb konkretnej osoby z zaburzeniami psychicznymi, świadczenia pomocy psychologicznej, psychoterapeutycznej lub psychiatrycznej realizowanej w trybie ambulatoryjnym, dziennym lub w sytuacjach tego wymagających całodobowym, w tym także hospitalizacji. Rekomenduje stopniowe i konsekwentne odchodzenie od modelu „azyłowego” ze szpitalami psychiatrycznymi zlokalizowanymi na obrzeżach miast lub poza miastami, na rzecz opieki środowiskowej i hospitalizacji ograniczonej do niezbędnego minimum w małych oddziałach psychiatrycznych oraz specjalistycznych ośrodkach zajmujących się ciężkimi chorobami psychicznymi, które winny działać w lokalnych szpitalach ogólnych. Rekomenduje daleko posuniętą deinstytucjonalizację opieki psychiatrycznej, która dzięki łatwo dostępnym ośrodkom opieki środowiskowej, jak i – w razie potrzeby – skutecznym lekom, może być realizowana w miejscu zamieszkania osoby z zaburzeniami lub chorobą psychiczną. „Europejski Plan na rzecz Zdrowia Psychicznego” podkreśla też wagę międzysektorowego oraz ogólnospołecznego zaangażowania w osiągnięcie wyznaczonych celów.

W 2016 roku, 5 lat po publikacji pierwszej edycji „mhGAP Przewodnika postępowania dla niewyspecjalizowanych w zdrowiu ośrodków w przypadku zaburzeń psychicznych, neurologicznych i związanych z użyciem substancji szkodliwych” (*mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*¹²), eksperci WHO opublikowali nową wersję tego użytecznego przewodnika z rozszerzeniem dotychczasowej nazwy o słowa „Wersja 2.0”¹³. W dalszej części raportu dokument ten nazywany będzie „mhGAP Przewodnik postępowania 2.0”. Zawiera on wskazówki i algorytmy postępowania dla osób, które nie mają profesjonalnego wykształcenia medycznego, a ze względu na styczność z osobami, które mogą mieć zaburzenia psychiczne, choroby neurologiczne lub być pod wpływem substancji odurzających, mogą podjąć skuteczną interwencję, która pomoże takim osobom. Algorytmy te, przedstawione na prostych schematach zostały opracowane na podstawie doświadczeń z działań o udowodnionej skuteczności przez zespół ekspertów

zajmujących się na co dzień diagnozowaniem, pomocą lub terapią osób z zaburzeniami psychicznymi, neurologicznymi oraz używającymi substancji odurzających. **Dzięki „mhGAP Przewodnikowi postępowania 2.0” pracownicy pomocy społecznej, nauczyciele czy nawet urzędnicy administracji samorządowej mogą nauczyć się rozpoznawać objawy najczęstszych zaburzeń psychicznych oraz zaburzeń zachowania, takich jak depresja, zaburzenia nerwicowe, schizofrenia, samookaleczenie czy próby samobójcze oraz skutecznie pomóc osobom z takimi objawami przez postępowanie zgodne z obowiązującym standardem. Nieprawdziwa, choć niestety bardzo rozpowszechniona na całym świecie, jest bowiem opinia, że pomoc osobom ze wspomnianymi wcześniej zaburzeniami mogą wyłącznie profesjonalści.** Obie edycje „mhGAP Przewodnika postępowania” służą przelamaniu takiego stereotypowego myślenia i w wielu krajach na świecie pomogły już tysiącom osób dzięki temu, że pierwszymi, którzy „wyciągnęli do nich rękę” były osoby bez profesjonalnego wykształcenia medycznego w zakresie zdrowia psychicznego.

2.3 OECD

Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (*Organization for Economic Co-operation and Development, OECD*), jako organizacja zrzeszająca 35 najbardziej rozwiniętych gospodarczo krajów świata, w swoich strategicznych opracowaniach skupia się na ekonomicznych oraz gospodarczych aspektach zdrowia, w tym oczywiście także zdrowia psychicznego. W 2014 roku został opublikowany raport OECD zatytułowany „Zdrowie psychiczne się liczy” (*Making Mental Health Count*¹⁴). Zawarte są w nim liczne dane o bezpośrednich oraz pośrednich kosztach chorób psychicznych – w tym kosztów świadczeń społecznych wynikających z absencji chorobowej, a także kosztów utraconej produktywności wynikającej z przedwczesnego wychodzenia z rynku pracy osób z zaburzeniami psychicznymi czy ich nieefektywnej pracy spowod-

¹² *mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*, WHO 2010, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44406/1/9789241548069_eng.pdf.

¹³ *mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*. Version 2.0, http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_intervention_guide_02/en/.

¹⁴ *Making Mental Health Count. The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*, „OECD Health Policy Studies”, 2014, <https://www.oecd.org/health/health-systems/making-mental-health-count-9789264208445-en.htm>.

wanej samopoczuciem (tzw. prezentyzm lub prezen-teizm). Ogromna skala wysokości tych kosztów po-dana w raporcie powoduje, że zaburzenia psychiczne należy uznać za jeden z poważniejszych czynników wpływających negatywnie na rozwój gospodarczy.

OECD opracowało także kilka raportów poświęconych problematyce chorób psychicznych i pracy w serii za-tytułowanej „Zdrowie psychiczne i praca” (*Mental Health and Work*). Są to: *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*¹⁵ oraz seria rap-ortów poświęconych tej problematyce dotyczących Australii, Austrii, Szwajcarii, Danii, Norwegii, Szwecji i Belgii. Wydało także *Mental Health and Work Review*, w którym znaleźć można informacje o wpływie, jaki choroby psychiczne wywierają na rynek pracy oraz po-wodowanych przez nie stratach gospodarczych. Poniżej najważniejsze dane z tych publikacji OECD.

Najważniejsze dane o chorobach psychicznych w krajach OECD¹⁶

- 5% populacji w wieku produkcyjnym cierpi na po-ważne choroby psychiczne, a kolejnych 15% odczuwa najczęściej występujące zaburzenia psychiczne,
- w okresie całego życia co druga osoba doświadczy zaburzeń zdrowia psychicznego,
- osoby z poważnymi zaburzeniami psychicznymi umierają nawet 20 lat wcześniej niż wynosi średnia w populacji ogólnej,
- osoby z poważnymi zaburzeniami psychicznymi są 6-7 razy częściej bezrobotne niż osoby zdrowe, a osoby z łagodnymi oraz umiarkowanymi zaburze-niami są bezrobotne 2-3 razy częściej,
- bezpośrednie i pośrednie koszty chorób psychicznych mogą przekraczać 4% Produktu Krajowego Brutto,
- najczęstszą przyczyną przedwczesnej śmierci osób z ostrą depresją, chorobą dwubiegunową oraz schizofrenią są choroby przewlekłe, takie jak choroby układu sercowo-naczyniowego.

Choroby psychiczne są powszechne, a ich czę- stość nie rośnie:

- choroby psychiczne częściej występują u mło-dych dorosłych, kobiet oraz osób z niższym wy-kształceniem,
- najczęściej występują łagodne oraz umiarkowane zaburzenia psychiczne. Ciężkie choroby i zaburze-nia psychiczne są rzadkie,
- zaburzenia psychiczne zaczynają się ujawniać we wczesnych fazach życia - średnio w wieku 15 lat,
- zaburzenia lękowe zaczynają się szczególnie we wczesnym okresie życia.

Wiele osób z zaburzeniami psychicznymi pracuje, ale równie dużo chce pracować, a nie są zatrud- niane przez pracodawców:

- współczynnik zatrudnienia wśród osób z zaburze-niami psychicznymi sięga w krajach OECD średnio 55-70% lub 10-15 punktów procentowych mniej niż osób bez takich zaburzeń,
- ta luka w zatrudnieniu odpowiada za olbrzymie straty dla gospodarki, ale także samych osób z za-burzeniami psychicznymi oraz ich rodzin,
- wiele osób z zaburzeniami psychicznymi nie może znaleźć pracy – osoby cierpiące na zaburzenia psy- chiczne 2 razy częściej są bezrobotne niż osoby zdrowe,
- osoby z zaburzeniami psychicznymi w wieku pro- dukcyjnym często utrzymują się z zasiłku dla bezro- botnych, a nie z rent chorobowych.

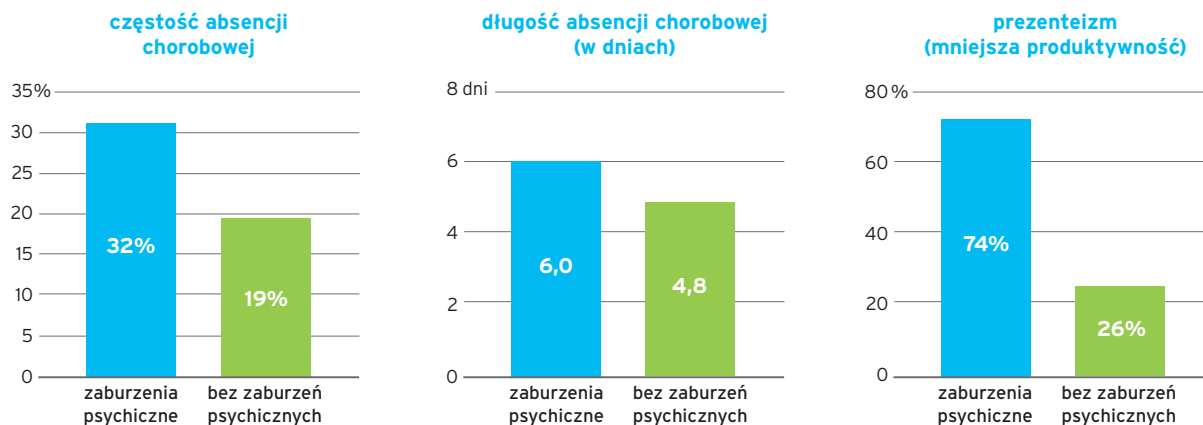
Straty produktywności spowodowane zaburze- niami psychicznymi są olbrzymie:

- pracownicy z zaburzeniami psychicznymi są nie- obecni w pracy z powodów zdrowotnych dużo częściej niż inni pracownicy (32% vs. 19%), a ich nieobecność jest także dłuższa (6 dni w stosunku do 4,8 dnia),
- wielu pracowników z zaburzeniami psychicznymi nie bierze zwolnień lekarskich, ale z powodów zdrowotnych może być mniej wydajna w pracy: 74% wszystkich pracowników z zaburzeniami psychicz- nymi w okresie ostatnich 4 tygodni obniżyło swoją produktywność w pracy, w stosunku do zaledwie 26% pracowników bez takich zaburzeń.

¹⁵ *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, [In series:] *Mental Health and Work*, OECD 2015.

¹⁶ Wybrane informacje z raportów OECD *Making Mental Health Count. The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care; Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work* oraz *Factsheet, Highlights from OECD's Mental Health and Work Review*.

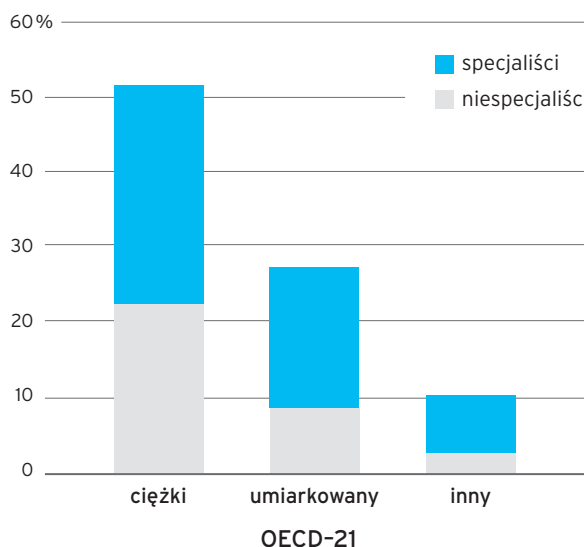
Wykres 1. Absenteizm i prezenteizm osób z oraz bez zaburzeń psychicznych



Źródło: Factsheet, *Highlights from OECD's Mental Health and Work Review*, s. 2.

- tak wysokie straty w produktywności sugerują, że polityka ukierunkowana na monitoring chorób oraz zarządzanie są kluczowe. Nie jest to jednak wystarczające, gdyż interwencje i wsparcie w wielu przypadkach przychodzą za późno. Praca w warunkach wysokiej jakości oraz dobre warunki pracy, ale przede wszystkim odpowiednie zarządzanie, odgrywają kluczową rolę. Właściwa terapia może poprawić wskaźniki zatrudnienia osób z zaburzeniami psychicznymi, jednak nieadekwatne leczenie jest zjawiskiem powszechnym,
- szansa na pozostanie na rynku pracy lub powrót do pracy rośnie wraz adekwatnym do potrzeb leczeniem. To powoduje, że leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi daje lepsze rezultaty w zakresie ich zatrudnienia,
- w krajach OECD prawie 50% osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi oraz 70% z zaburzeniami umiarkowanymi nie otrzymuje żadnego leczenia,
- w krajach OECD nie tylko współczynniki leczenia są bardzo niskie, ale często stosowane leczenie jest nieadekwatne,
- jest to spowodowane tym, że około 50% osób z poważnymi oraz nawet 2/3 osób z umiarkowanymi zaburzeniami psychicznymi nie trafia do specjalistów, a jedynie do lekarzy ogólnych, którzy nie są dostatecznie przygotowani do leczenia osób cierpiących z powodów psychicznych nawet w zakresie minimalnych standardów terapeutycznych.

Wykres 2. Procentowy udział osób leczonych przez psychiatrów oraz innych lekarzy (niespecjalistów w psychiatrii) wg stopnia ciężkości zaburzeń psychicznych



Źródło: Factsheet, *Highlights from OECD's Mental Health and Work Review*, s.3.

Wnioski zawarte w przytoczonych raportach OECD wskazują m.in. na konieczność prowadzenia takiej polityki zdrowotnej, która będzie zapobiegała zaburzeniom psychicznym, ale także rozpoznawała oraz interweniowała w przypadku ich wystąpienia na możliwie wczesnych etapach. Polityka ta powinna być realizowana zarówno w szkołach w okresie dojrzewania, jak i w miejscach pracy, zapobiegając zaprzestaniu nauki, absencji chorobowej czy utracie pracy. Duży nacisk powinien być kładziony na kwestię adekwatnego leczenia, szczególnie w odniesieniu do osób w wieku produkcyjnym zagrożonych utratą pracy oraz osób bezrobotnych, które cierpią z powodu umiarkowanych zaburzeń psychicznych. Wymaga to daleko posuniętej współpracy pomiędzy służbami medycznymi, biur zatrudnienia oraz pomocy społecznej.

Prowadzenie polityki zdrowotnej w zakresie zdrowia psychicznego, której celem będzie zmniejszenie kosztów zaburzeń psychicznych, wg ekspertów OECD będzie miało znaczący pozytywny wpływ na rozwój gospodarczy państw i dobrobyt jego mieszkańców. Wymaga to także działań na polu edukacji i promocji zdrowia, zmiany modelu organizacji opieki psychiatrycznej z „azylowego” i szpitalnego na model opieki środowiskowej i deinstytucjonalizacji, łatwego dostępu do skutecznych terapii lekowych oraz integracji opieki zdrowotnej i społecznej sprzyjającej utrzymywaniu na rynku pracy osób cierpiących z powodu zaburzeń zdrowia psychicznego.

2.4 Unia Europejska

Ramy polityki zdrowotnej krajów tworzących Unię Europejską do roku 2020 określone są w dwóch dokumentach: strategii rozwoju zatytułowanej „Europa 2020 – Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu”¹⁷ oraz Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie ustanowienia programu „Zdrowie na rzecz wzrostu gospodarczego”, trzeciego wieloletniego programu działań UE w dziedzinie zdrowia na lata 2014-2020¹⁸, a także w zaleceniach Rady UE¹⁹.

Zdrowie i system opieki zdrowotnej wpisane są w jeden z trzech podstawowych priorytetów strategii rozwoju gospodarczego Unii Europejskiej „Europa 2020”, który brzmi: „rozwój sprzyjający włączeniu społecznemu - wspieranie gospodarki o wysokim poziomie zatrudnienia i zapewniającej spójność społeczną i terytorialną”.

Zapisy tej strategii dla krajów UE w odniesieniu do zdrowia są zbieżne z celami określonymi w dokumencie WHO „Zdrowie 2020. Europejskie ramy polityczne i strategia na XXI wiek”.

Celem strategii „Europa 2020” jest m.in. zmniejszenie o 20 mln liczby osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym. **Unijna strategia wzrostu zakłada, że wskaźnik zatrudnienia ogółem w UE zwiększy się do 75%. Jednym z kluczowych obszarów działań koniecznych do realizacji tego celu jest ochrona zdrowia, profilaktyka zdrowotna, a także działania pozwalające na utrzymywanie w zdrowiu jak największej liczby ludności we wszystkich grupach wiekowych oraz poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych o wysokiej jakości i skuteczności. W tym kontekście kraje Unii winny działać także na rzecz zdrowia psychicznego.**

Świadoma wagi problemu zdrowia psychicznego Europejczyków i jego negatywnego wpływu m.in. na gospodarkę, Rada Ministrów UE w 2011 roku wezwała kraje członkowskie oraz Komisję Europejską do powołania w ramach programu EU – Health Programme organizacji/programu pod nazwą Joint Action on Mental Health and Wellbeing (JA MH-WB).

Program ten tworzy 25 krajów członkowskich UE, a także Islandia i Norwegia. Rozpoczął on swoją działalność w 2013 roku jako kontynuacja Europejskiego Porozumienia na rzecz Zdrowia Psychicznego i Dobrostanu (*European Pact for Mental Health and Wellbeing*). **Celem JA MH-WB jest opracowywanie i promowanie rozwiązań stanowiących wkład w promocję zdrowia oraz dobrostanu społeczeństw, zapobieganie chorobom i zaburzeniom psychicznym oraz poprawa opieki nad osobami dotkniętymi tymi zaburzeniami, a także integracja społeczna osób z zaburzeniami psychicznymi w Europie.** Głównym zadaniem tej

¹⁷ Komunikat Komisji Europejskiej: *Europa 2020 – Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu*, KOM (2010) 2020 wersja ostateczna, Bruksela, 03.03.2010 r., http://ec.europa.eu/eu2020/pdf/1_PL_ACT_part1_v1.pdf.

¹⁸ KOM(2011) 709 Bruksela, 9.11.2011.

¹⁹ Zalecenia Rady UE z dnia 8 lipca 2014 r. w sprawie krajowego programu reform Polski na 2014 r. oraz zawierające opinie Rady na temat przedstawionego przez Polskę programu konwergencji na 2014 r. COM (214) 422 final.

organizacji jest tworzenie ram działań na rzecz zdrowia psychicznego na poziomie europejskim. Kilkuletnia praca zespołu ekspertów pozwoliła na opracowanie i opublikowanie w styczniu 2016 roku dokumentu, który określa te ramy oraz wyznacza 5 obszarów działań na rzecz zdrowia psychicznego oraz dobrostanu. Dokument ten zatytułowany „Europejskie Ramy Działania na rzecz Zdrowia i Dobrostanu” (*European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing*²⁰) wraz z kilkoma załącznikami stanowiącymi de facto niemal samodzielne opracowania poświęcone pięciu obszarom, w których powinny być prowadzone działania na rzecz zdrowia psychicznego i dobrostanu.

Są to:

- **promocja zdrowia psychicznego w miejscach pracy**²¹,
- **promocja zdrowia psychicznego w szkołach**²²,
- **promocja działań zapobiegających depresji oraz samobójstwom, a także wdrożenie w tym celu rozwiązań informatycznych (e-zdrowie)**²³,
- **rozwijanie środowiskowej i społecznie włączającej opieki psychiatrycznej nad osobami z poważnymi zaburzeniami psychicznymi**²⁴,
- **promocja włączania zdrowia psychicznego do wszystkich polityk**²⁵.

Warto zwrócić uwagę, że opracowania te po raz kolejny wskazują jednoznacznie, gdzie należy działać, aby uzyskać poprawę w zakresie zdrowia psychicznego Europejczyków. Te miejsca to szkoła, obszar działalności zawodowej i środowisko codziennego życia.

Ponadto, przestrzeń wirtualna, gdzie w coraz większym stopniu ludzie się komunikują, a nierzadko szukają także informacji o dostępnych formach leczenia lub możliwościach uzyskania pomocy w sytuacjach kryzysowych. Zmiana modelu opieki nad osobami chorymi psychicznie na model środowiskowy i integrujący ze społeczeństwem osoby z poważnymi zaburzeniami psychicznymi jest w zasadzie jedyną rekomendacją kierowaną do systemu lecznictwa i organizatorów opieki zdrowotnej. Niemniej **najważniejszą rekomendacją JA MH-WB, warunkującą sukces wszystkich pozostałych, jest zmodyfikowane hasło WHO - czyli „zdrowie psychiczne we wszystkich politykach”**. Bez wątplenia bez takiego podejścia trudno będzie implementować skuteczne programy profilaktyczne w szkołach różnych poziomów nauczania i uczelniach czy zakładach pracy, a tym samym pomóc osobom zagrożonym depresją lub samobójstwem. Te dwa wymienione problemy zdrowia psychicznego wysuwają się jako pierwszoplanowe cele, wymagające działań zmierzających do opracowania skutecznych metod interwencji poprzez konkretne i sprawdzone działania. Dużą wartością wymienionych opracowań poświęconym analizom sytuacji oraz rekomendacjom działań na rzecz zdrowia psychicznego i dobrostanu są opisy wielu skutecznie prowadzonych działań w wielu krajach europejskich. Powstała zatem platforma zdobywania informacji o tym co, gdzie i jak należy robić, aby do 2020 roku poprawić sytuację w zakresie zdrowia psychicznego Europejczyków.

²⁰ *European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing, EU Joint Action On Mental Health and Wellbeing, Final Conference - Brussels, 21-22 January 2016*, [http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/Framework%20for%20action_19jan%20\(1\)-20160119192639.pdf](http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/Framework%20for%20action_19jan%20(1)-20160119192639.pdf).

²¹ Joint Action on Mental Health and Wellbeing, *Situation Analysis and Policy Recommendations in Mental Health at Workplaces*, published December 2015, <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/WP6%20Final.pdf>.

²² Joint Action on Mental Health and Wellbeing, *Situation Analysis and Policy Recommendations in Mental Health and Schools*, published January 2016, http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/Mental%20Health%20and%20Schools_feb2316.pdf.

²³ Joint Action on Mental Health and Wellbeing, *Situation Analysis and Policy Recommendations in Depression, Suicide Prevention and E-health*, published January 2016, <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/WP4%20Final.pdf>.

²⁴ Joint Action on Mental Health and Wellbeing, *Situation Analysis and Policy Recommendations in Community-Based approaches to Mental Health*, published December 2015, <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/WP5%20Final-20151203075843.pdf>.

²⁵ Joint Action on Mental Health and Wellbeing, *Situation Analysis and Policy Recommendations in Mental Health in All Policies*, published December 2015, <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/MHiAP%20Final.pdf>.

3

Choroby i zaburzenia psychiczne - wyzwanie epidemiologiczne i ekonomiczne

3.1

Zaburzenia psychiczne w krajach OECD i UE

Dane epidemiologiczne wskazują, że na całym świecie z powodu zaburzeń psychicznych cierpi ponad 450 mln ludzi. Dużo większa populacja doświadcza różnego rodzaju problemów psychicznych, które wpływają na jakość ich życia, a także na jakość życia ich bliskich. Choroby psychiczne, takie jak depresja, schizofrenia czy choroba afektywna dwubiegunowa, dotyczą nie tylko samego chorego, ale także jego rodzinę, przyjaciół i otoczenie. Szacuje się, że w Polsce skutki schizofrenii jednego chorego – tej jednej z najbardziej inwalidyzujących i izolujących społecznie chorób – dotyczą dziesięciu osób z jego otoczenia, głównie rodziców lub współmałżonka, sprawujących nad nim opiekę, ale także innych krewnych i przyjaciół²⁶.

OECD wymienia zaburzenia i choroby psychiczne wśród najważniejszych chorób przewlekłych, które mają negatywny wpływ na rynek pracy, indywidualną oraz zbiorową zamożność, a także gospodarkę – tak na poziomie państw, jak i w skali globalnej. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania skutkują bowiem mniejszą produktywnością (przez prezentyzm i okresową lub trwałą niezdolność do pracy), a także bezrobociem z wynikającymi z niego kosztami zasiłków. Według analiz OECD, poziom zatrudnienia osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi jest niższy o 30 pp., a osób z umiarkowanymi i niewielkimi zaburzeniami o 10-15 pp. w porównaniu do osób bez zaburzeń psychicznych. Tym samym poziom bezrobocia wśród osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi jest 3-4 razy wyższy, a wśród osób z umiarkowanymi i niewielkimi zaburzeniami psychicznymi średnio 2 razy wyższy niż w populacji bez takich zaburzeń. Europejskie badanie SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement*) dowodzi, że osoby w wieku 50-59 lat cierpiące na ciężką depresję są w ciągu roku 2 razy częściej na zwolnieniu lekarskim niż inne osoby²⁷.

Dane europejskie WHO wskazują, że aż 27% Europejczyków w wieku 18-65 lat, a więc około 83 mln ludzi, przynajmniej raz w roku odczuwa objawy złego stanu zdrowia psychicznego. Do tej liczby należy dodać wielomilionową grupę osób w wieku

Zaburzenia psychiczne, szczególnie depresja, uzależnienie od substancji psychoaktywnych (alkohol, narkotyki i inne), a także zaburzenia zachowania związane z nowymi technologiami (Internet, gry komputerowe, wirtualna komunikacja) już obecnie są przyczyną wielomiliardowych strat gospodarczych.

Przewiduje się, że przy braku działań profilaktycznych dotyczących zdrowia psychicznego, straty te mogą być przyczyną stagnacji gospodarczej wielu krajów OECD, w tym krajów UE.

Choroby i zaburzenia psychiczne są przyczyną „wypadania” z rynku pracy milionów ludzi w całej Europie. Jest to spowodowane wieloma czynnikami, jednak na większość z nich możemy wpływać i poprzez efektywne działania międzysektorowe, angażujące m.in. lokalne samorządy oraz instytucje im podległe, zmniejszać skalę tego negatywnego zjawiska.

²⁶ Kulik M., Małowicka M., Mucha E., Górka A., Chudzicka A., Ziobro M., *Schizofrenia. Rola opiekunów w kreowaniu współpracy*, HTA Consulting, Kraków 2016.

²⁷ OECD/EU (2016), *Health at a Glance: Europe 2016 - State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris 2016., <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>.

senioralnym, która jest szczególnie narażona na ryzyko zaburzeń depresyjnych i lękowych związanych ze swoim stanem zdrowia, niesamodzielną czy samotnością. Zaburzenia psychiczne, ze swej natury przewlekłe i trwające z różną intensywnością często przez wiele lat, na terenie całej Unii Europejskiej są przyczyną 22% niepełnosprawności mierzonej w latach przeżytych w niepełnosprawności (ang. *Years Lived with Disability* - YLD).

Łączne koszty złego stanu zdrowia psychicznego mieszkańców UE, obejmujące zarówno koszty bezpośrednie, czyli wydatki na leczenie, jak i koszty pośrednie, czyli wydatki społeczne oraz utracona produktywność, przekraczają kwotę 450 mld euro rocznie²⁸.

Coraz więcej doniesień z badań populacyjnych dotyczących kondycji zdrowia psychicznego w Europie dowodzi, że o ile liczba chorych psychicznie od kilku dekad utrzymuje się na podobnym poziomie (współczynniki chorobowości ok. 33,2/100 000 dla kobiet i 21,7/100 000 dla mężczyzn), o tyle gwałtownie rośnie liczba osób cierpiących z powodu problemów psychicznych związanych z tempem życia, stresem, problemami emocjonalnymi czy finansowymi. Zwiększa się też liczba osób, które źle oceniają swoją kondycję i odporność psychiczną.

3.2

Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w Polsce

Informacji na temat kondycji psychicznej Polaków dostarcza raport z badania „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępu do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”²⁹. Umożliwiło ono zbadanie występowania najczęściej diagnozowanych zaburzeń psychicznych w naszym kraju, a także liczby osób, która ze względu na brak ruchu i otyłość, rosnące tempo życia i pracy oraz związany z nimi stres, problemy natury finansowej i osobistej, presję na sukces i wyniki w połączeniu z brakiem umiejętności odpoczywania, rozładowywania napięcia czy brakiem oparcia, w ciągu kolejnych lat może wymagać opieki psychiatrycznej.

Wyniki badania EZOP wskazują, że **potencjalnymi pacjentami systemu opieki psychiatrycznej w Polsce może być łącznie nawet 6-7,5 mln osób, a nie - jak obecnie - ok. 1,6 mln osób rocznie**. Porównanie tych liczb świadczy o tym, że kondycja psychiczna Polaków może w nieodległej przyszłości skutkować szybko rosnącymi potrzebami w zakresie opieki psychiatrycznej. Dotychczasowa, głównie szpitalna, baza lecznictwa psychiatrycznego w Polsce, nastawiona przede wszystkim na leczenie odwykowe oraz ciężkich chorób psychicznych, nie jest przygotowana do obsługi takiego napływu pacjentów³⁰. Zmiany w zakresie organizacji lecznictwa psychiatrycznego w Polsce i stopniowe przejście na model lecznictwa środowiskowego, dostosowanego do współczesnych potrzeb i standardów leczenia są planowane w ramach realizacji kolejnego Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2020³¹.

Raport z badania EZOP przeprowadzonego na 10 tys. respondentów w losowej próbie osób między 18. a 64. rokiem życia dostarcza nam informacji o kondycji zdrowia psychicznego Polaków w wieku produkcyjnym. U 23,4% rozpoznano w ciągu życia przynajmniej jedno z 18 psychicznych zaburzeń zdefiniowanych w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 i Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV. Co czwarta przebadana osoba doświadczyła więcej niż jednego zaburzenia, a co dwudziesta piąta – trzech i więcej. Grupę pacjentów, mających doświadczenia z kilkoma zaburzeniami można szacować w Polsce na blisko ćwierć miliona osób.

Największą grupę zaburzeń psychicznych w Polsce stanowią te związane z używaniem substancji (12,8%), przy czym aż 11,9% to zaburzenia będące następstwami nadużywania alkoholu. Na kolejnych miejscach są zaburzenia nerwicowe (ok. 10% badanej populacji), impulsywne zaburzenia zachowania (3,5% respondentów) oraz zaburzenia nastroju (3,5%), w tym aż 3% stanowi depresja. Choroba ta, coraz częstsza w Polsce, podobnie jak w innych krajach OECD i UE, staje się coraz bardziej istotnym problemem zdrowotnym oraz społecznym.

²⁸ *European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing*, EU Joint Action on Mental Health and Wellbeing, Final Conference - Brussels, 21-22 January 2016, s. 4, [http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/Framework%20for%20action_19jan%20\(1\)-20160119192639.pdf](http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/Framework%20for%20action_19jan%20(1)-20160119192639.pdf).

²⁹ Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyński B., *Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej*, EZOP Polska, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012.

³⁰ Gujski M., Kalbarczyk W.P., Tytko Z., Ścibek A., *Zdrowie priorytetem politycznym państwa - analiza i rekomendacje*, wyd. 2 popr., Instytut Ochrony Zdrowia, Warszawa 2013.

³¹ Projekt z dnia 24.11.2016 r. Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2020, <http://legislacja.rcl.gov.pl/docs//3/12290251/12380551/12380552/dokument246338.pdf>.

Tabela 1. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych wśród mieszkańców Polski w wieku 18-64 lat

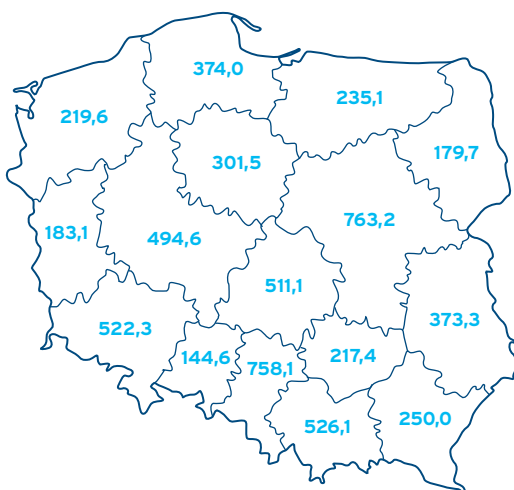
	Odsetki (CI 95%)	Oszacowania w tys.	Dołna granica w tys.	Górna granica w tys.
Zaburzenia nerwicowe (agorafobia, uogólnione zaburzenia lękowe, napady paniki, fobie społeczne, fobie specyficzne, PTSD, neurastenia)	9,6 (8,9-10,3)	247,0,3	2298,6	2641,9
Zaburzenia nastroju (afektywne) (depresja, dystymia, mania)	2,5 (3,2-2,8)	904,3	825,1	983,4
Zaburzenia impulsywne (zaburzenia opozycyjno-buntownicze, ADHD, zaburzenia zachowania, zaburzenia eksplozywne)	3,5 (3,1-4,0)	906,9	789,0	1024,8
Zaburzenia związane z użyciem substancji (nadużywanie alkoholu, uzależnienie od alkoholu, nadużywanie narkotyków, uzależnienie od narkotyków)	12,8 (11,8-13,8)	3297,1	3040,6	3553,5
Ogółem przynajmniej jedno zaburzenie, w tym:	23,4 (22,2-24,7)	6053,5	5751,9	6355,1
dwa zaburzenia i więcej	5,7 (5,2-6,3)	1475,5	1343,2	1607,7
trzy zaburzenia i więcej	0,9 (0,8-1,1)	242,8	201,6	283,9

Źródło: Opracowanie własne za Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B., *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań: Epidemiologia zaburzeń psychicznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej - EZOP Polska*, IPIŃ, Warszawa 2012.

Warto zwrócić uwagę, że badanie EZOP dotyczące kondycji psychicznej Polaków wykazało, że doświadczenia stanów, które mogą skłaniać do poszukiwania jakiejś formy pomocy w zakresie zdrowia psychicznego zgłaszają osoby zarówno takie, które swoje poczucie

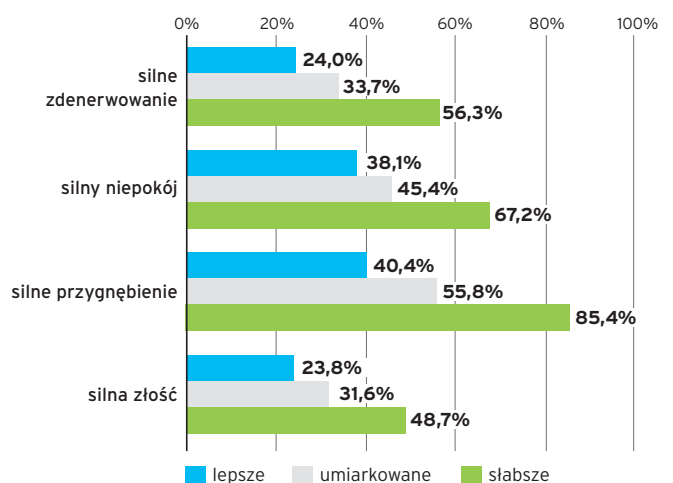
zdrowia psychicznego określają jako „słabsze” i „umiarkowane”, ale także „lepsze”. Liczbę osób z grup określających swoje poczucie zdrowia psychicznego jako „słabsze” i „umiarkowane” w populacji 18-64 lata można szacować łącznie na 30%, czyli nawet 7,5 mln osób.

Mapa 1. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych kiedykolwiek w życiu, liczba osób w tys. - Polska wg województw



Źródło: Opracowanie własne za Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B., *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań: Epidemiologia zaburzeń psychicznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej - EZOP Polska*, IPIŃ, Warszawa 2012.

Wykres 3. Odsetki osób potwierdzających doświadczenie wybranych, nasilonych problemów w zakresie zdrowia psychicznego w ostatnich 30 dniach wg grup osób oceniających swoje zdrowie psychiczne



Źródło: Opracowanie własne za Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B., *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań: Epidemiologia zaburzeń psychicznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej - EZOP Polska*, IPIŃ, Warszawa 2012, s. 274.

Zaburzenia psychiczne powstają już w okresie rozwoju człowieka, a pierwsze ich objawy ujawniają się średnio ok. 15. roku życia. W Polsce na ok. 9 mln dzieci i młodzieży w wieku do 18 lat aż 9% wymaga opieki i pomocy psychiatryczno-psychologicznej³². Wielkość tej grupy stanowi ogromne wyzwanie dla organizacji właściwej opieki i pomocy w zakresie zdrowia psychicznego w naszym kraju. Musi bowiem uwzględniać niezaprzeczalny fakt, że im szybciej i skuteczniej zostanie wdrożona adekwatna do indywidualnych potrzeb terapia, tym większe szanse na kontynuację edukacji, wejście na rynek pracy i pełnienie przyszłych ról społecznych przez młodych Polaków.

3.2.1 Zaburzenia depresyjne

Zaburzenia depresyjne należą do najczęściej opisywanych i rozpoznawanych zaburzeń psychicznych. Nierzadko pojawiają się już w bardzo młodym wieku,

obniżając możliwość prawidłowego funkcjonowania. Bardzo często mają charakter nawracający. Depresja jest chorobą ogólnoustrojową. **Dane z badań wskazują, że z epizodami depresyjnymi, nasiloną depresją oraz dystymią czyli krótkotrwałymi zaburzeniami nastroju o charakterze dysforyczno-depresyjnym i lękowo-depresyjnym w Polsce boryka się około 1,5 mln osób³³.**

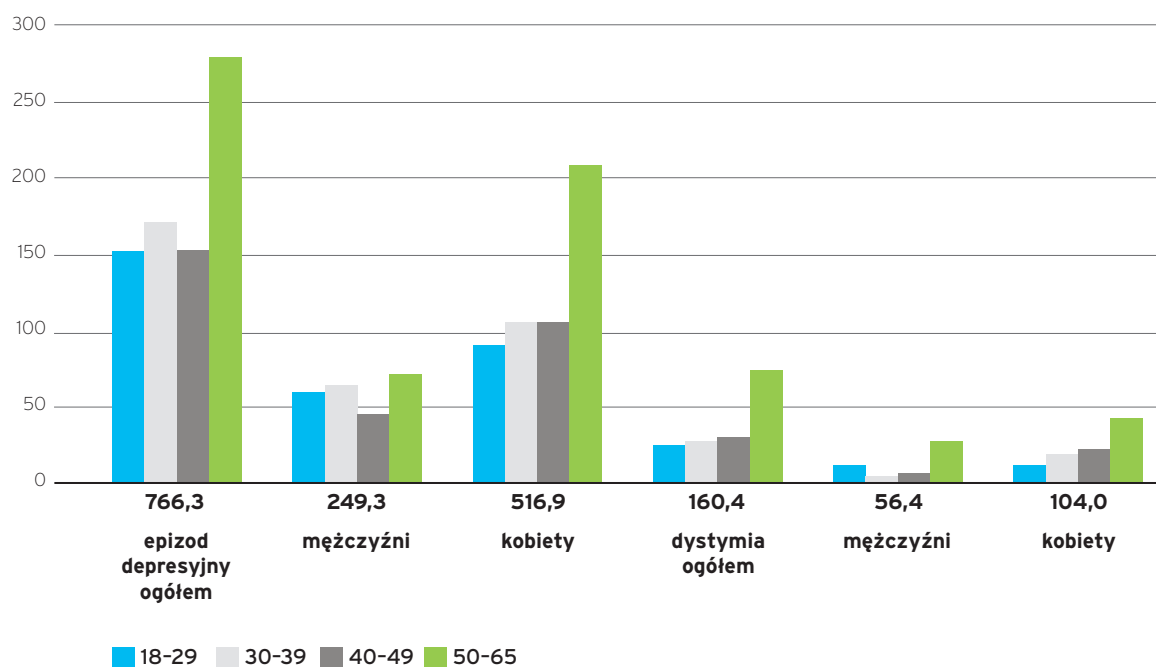
Brak właściwego leczenia powoduje zwiększenie ryzyka występowania chorób somatycznych i na odwrót – choroby somatyczne, zwłaszcza przewlekłe (cukrzyca typu 2, choroby układu sercowo-naczyniowego, choroby układu oddechowego, układu kostno-stawowego oraz neurologiczne) podwyższają ryzyko wystąpienia depresji.

Zaburzenia depresyjne stanowią czynnik wysokiego ryzyka popełnienia samobójstwa. To powody, aby podejmować działania zapobiegające wystąpieniu tej choroby, wcześniej ją wykrywać i skutecznie leczyć.

³² Heitzman J., *Zdrowie psychiczne i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa - cel operacyjny Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Prezentacja z III Kongresu Zdrowia Publicznego, 24 listopada 2016 r.

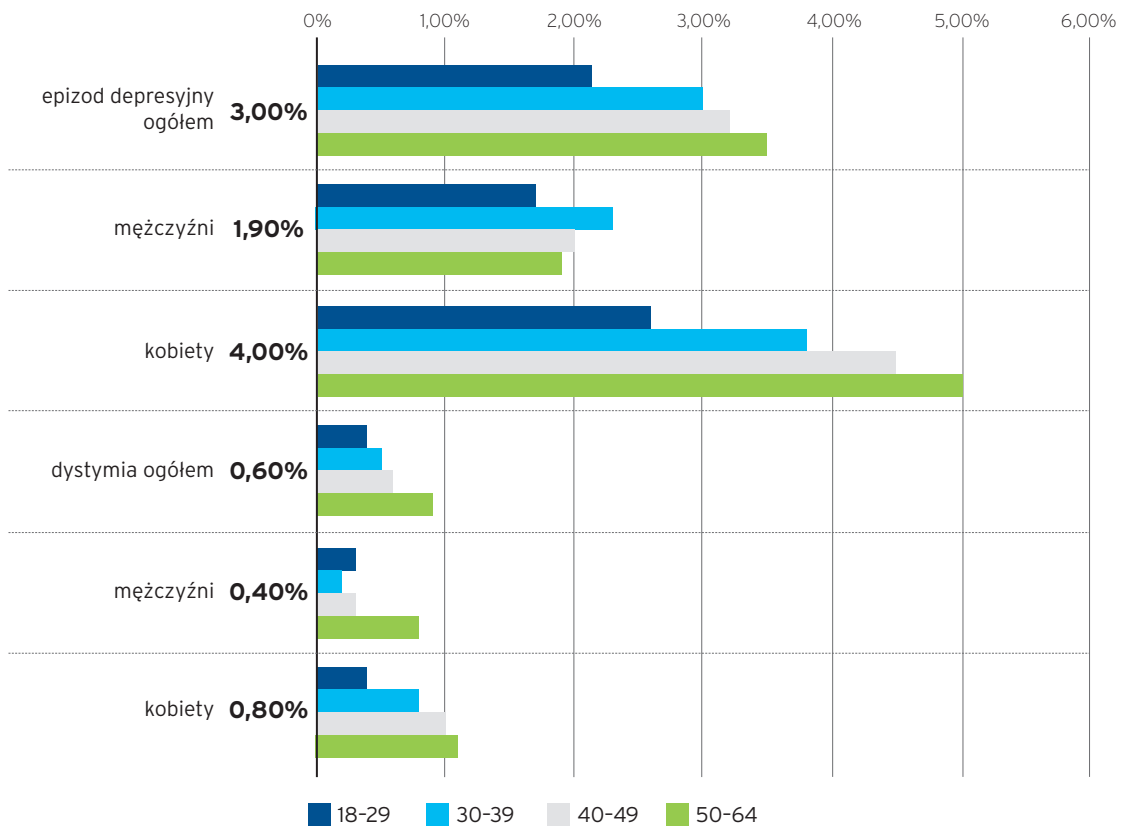
³³ Heitzman J., Recenzja s. 58 w *Depresja - analiza kosztów ekonomicznych i społecznych*, Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łązarskiego, Warszawa 2014.

Wykres 4. Osoby, u których kiedykolwiek w życiu wystąpiła depresja (ekstrapolacja wyników badania kwestionariuszem CIDI na populację Polski)



Źródło: Opracowanie własne za Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B., *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań: Epidemiologia zaburzeń psychicznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej - EZOP Polska*, IPIŃ, Warszawa 2012.

Wykres 5. Osoby, u których kiedykolwiek w życiu wystąpiła depresja - grupy wiekowe, odsetki



Źródło: Opracowanie własne za Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B., *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań: Epidemiologia zaburzeń psychicznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej - EZOP Polska*, IPIŃ, Warszawa 2012.

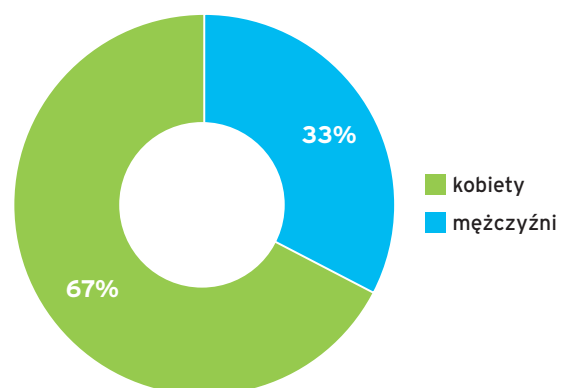
Niezależnie od grupy wiekowej rozpowszechnienie epizodu depresyjnego jest większe u kobiet niż u mężczyzn. Ponadto wskaźnik rozpowszechnienia depresji u kobiet wzrasta wraz z wiekiem, natomiast u mężczyzn utrzymuje się na dość stałym poziomie. Wobec zmian demograficznych i starzenia się ludności Polski, należy przewidywać, że liczba osób z zaburzeniami depresyjnymi będzie rosła także w grupie osób 65+.

3.2.2 Samobójstwa

Każdego roku z powodu samobójstw Polska traci liczbę obywateli porównywalną do liczby mieszkańców małego miasta, w tym liczba dzieci w wieku do 14 lat odpowiada średnio jednej klasie szkolnej, a młodzieży między 15. a 18. rokiem życia jednemu gimnazjum.

Wskaźnik samobójstw w Polsce rośnie od początku lat 90. XX wieku, choć w tym okresie odnotowywano także lata, kiedy obniżał się o kilka procent rocznie,

Wykres 6. Procentowy rozkład występowania epizodów depresyjnych wg płci



Źródło: Opracowanie własne za Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B., *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań: Epidemiologia zaburzeń psychicznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej - EZOP Polska*, IPIŃ, Warszawa 2012.

Tabela 2. Liczba zamachów samobójczych i samobójstw w latach 2014 i 2015 wg płci

Rok	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Zakończone zgonem	Mężczyźni	Kobiety
2014	10 207	8150	2057	6156	5237	928
2015	9973	7972	2001	5688	4889	799

Źródło: Dane KG Policji.

żeby po 2-3 latach wzrosnąć rok do roku o kilkanaście, a nawet kilkadziesiąt procent. W 1991 roku w statystykach policyjnych zarejestrowano 4159 samobójstw, z czego 3388 dokonanych przez mężczyzn i 771 przez kobiety. Od tamtej pory rośnie procentowy udział mężczyzn, a spada kobiet. Odpowiednio z 81% do 85% oraz z 19% do 15%.

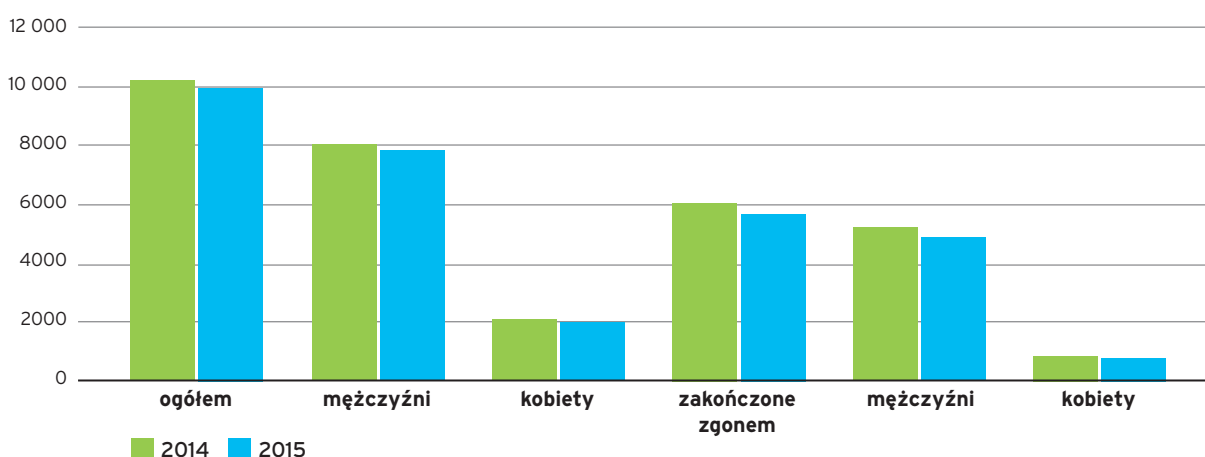
W 2015 roku Komenda Główna Policji zarejestrowała ogółem 5688 zgonów w wyniku zamachu samobójczego, w tym 4889 mężczyzn oraz 799 kobiet. Rekordowym „czarnym” rokiem był 2014, kiedy w wyniku samobójstw zmarło 6165 osób (5237 mężczyzn oraz 928 kobiet). Najczęstsze ustalone przyczyny zamachów samobójczych to nieporozumienia rodzinne, choroba psychiczna oraz przewlekła choroba, natomiast najrzadszą przyczyną zamachu samobójczego była niepożądana ciąża. Warto zwrócić uwagę, że liczba dokonanych samobójstw zakończonych zgonem wśród mężczyzn

jest ponad 5 razy większa niż wśród kobiet. Najwięcej zamachów samobójczych od lat 90. XX wieku odnotowuje się wśród osób w wieku 20-24 lat oraz wśród osób w wieku 30-34 lat³⁴.

Badanie EZOP potwierdza istnienie problemu samobójstw w Polsce jako istotnego problemu zdrowotnego w społeczeństwie. Dane uzyskane w badaniu są znacznie bardziej niepokojące niż statystyki policyjne. Badanie wykazało bowiem, że 0,7% mieszkańców naszego kraju w wieku produkcyjnym ma za sobą zdarzenie, które można zakwalifikować jako próbę samobójczą. Ekstrapolacja wyników badania na naszą populację pozwala szacować liczbę osób mających za sobą próbę samobójczą na 189 tysięcy. Nie stwierdzono w nim istotnych statystycznie różnic między grupami wiekowymi, jednak najczęściej potwierdzają się próby samobójcze kobiet w wieku 30-39 lat, a najmniej są do tego skłonne kobiety mające 40-49 lat.

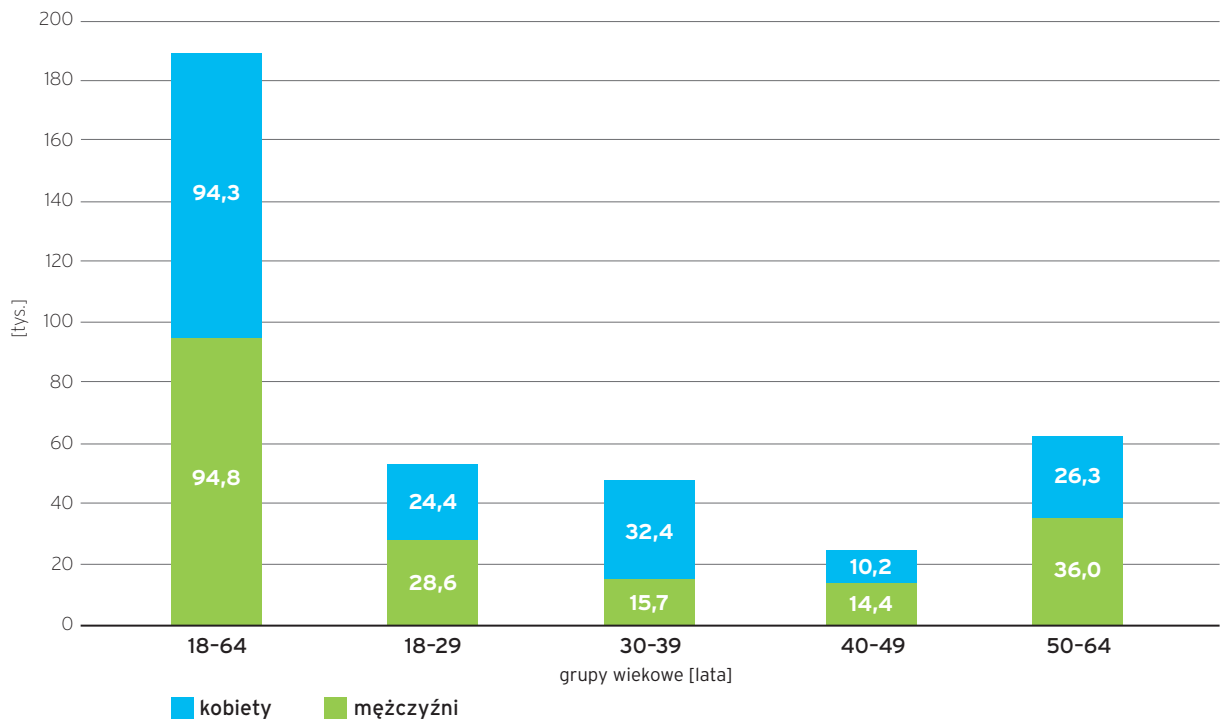
³⁴ Dane Komendy Głównej Policji, <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/samobojstwa>.

Wykres 7. Liczba zamachów samobójczych i samobójstw w latach 2014 i 2015 wg płci



Źródło: Dane KG Policji.

Wykres 8. Osoby próbujące popełnić samobójstwo (kiedykolwiek w życiu) wg płci i grup wieku



Źródło: Opracowanie własne za Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B., *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań: Epidemiologia zaburzeń psychicznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej - EZOP Polska*, IPIŃ, Warszawa 2012.

3.2.3 Schizofrenia

Schizofrenia to jedno z poważniejszych zaburzeń psychicznych, które wpływa na zdolność krytycznego myślenia i postrzegania rzeczywistości, wyrażania emocji, podejmowania decyzji oraz relacje z innymi. Choroba dotyka głównie młodych ludzi, mniej więcej w równym stopniu mężczyzn i kobiety, wpływając na ich ocenę rzeczywistości i kontakt z otoczeniem. Ma bardzo indywidualny przebieg i cechuje się zmiennością i różnorodnością objawów, remisjami, a także nawrotami tych czy innych objawów. To choroba wieloczynnikowa, ma podłoże zarówno genetyczne, indywidualne (np. umiejętności radzenia sobie ze stresem), jak i środowiskowe (m.in. życie w dużym mieście, ciężkie przeżycia, nałogi). **Według danych IPIŃ z 2009 roku, rocznie w Polsce rozpoznaje się około 16 tys. nowych zachorowań. Obecnie szacuje się, wg różnych źródeł, że w naszym kraju na schizofrenię choruje między 335-385 tys., a nawet do 400 tys. osób³⁵, ale z po-**

wodu schizofrenii w ramach środków NFZ leczonych było około 187 tys. osób. Oznacza to, że nawet połowa chorych może nie być zdiagnozowana i nie jest leczona.

Leczenie pacjentów ze schizofrenią jest długotrwałe i na ogół wieloletnie. Jest ono najbardziej skuteczne, jeśli rozpocznie się je we wczesnej fazie choroby. Idealna terapia to połączenie farmakoterapii z psychoterapią prowadzoną w środowisku życia pacjenta. Dzięki temu można uzyskać znaczne zmniejszenie lub nawet zlikwidowanie objawów, unika się także nawrotów choroby, a efektem tego jest powrót chorego do normalnego funkcjonowania w społeczeństwie³⁶.

Niestety, z różnych powodów – aksjologicznych, świadomościowych, politycznych, legislacyjnych, ekonomicznych i organizacyjnych, a także leżących w charakterystyce samej schizofrenii, jest ona zaburzeniem psychicznym, które eliminuje osoby chore z życia społecznego. Objawy nieleczonej lub nieadekwatnie leczonej choroby pozbawiają osoby chore szans na naukę czy pracę. Jest to jedno z najbardziej inwalidyzujących

³⁵ Heitzman J., *Zdrowie psychiczne i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa - cel operacyjny Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Prezentacja z III Kongresu Zdrowia Publicznego, 24 listopada 2016 r.

³⁶ Kulik M., Małowicka M., Mucha E., Górka A., Chudzicka A., Ziobro M., *Schizofrenia. Rola opiekunów w kreowaniu współpracy*, HTA Consulting, Kraków 2016.

schorzeń psychicznych. Schizofrenii nie można zapobiec przez działania profilaktyczne, ale można ją wcześniej wykryć i rozpocząć leczenie, które umożliwi choremu w miarę normalne funkcjonowanie w społeczeństwie.

3.3

Koszty zaburzeń psychicznych w Polsce

Nie ma w tej chwili w Polsce żadnych analiz, które dostarczałyby precyzyjnych informacji na temat całkowitych kosztów wszystkich chorób i zaburzeń psychicznych. Jednak, opierając się na szacunkach ekspertów WHO, OECD oraz UE, można przyjąć, że sięgają one ok. 3–4% rocznego Produktu Krajowego Brutto. Wg GUS w 2015 roku PKB Polski wynosił 1,79 bln zł. Oznacza to, że **koszty wszystkich zaburzeń zdrowotnych w 2015 roku obciążały nas kwotą nas od 54 do nawet 72 mld złotych.**

Na kwoty te składają się zarówno koszty leczenia osób, które są już pod opieką psychiatryczną, psychotherapeutyczną oraz psychologiczną, ale także koszty społeczne i gospodarcze, które ponosimy z powodu tego, że codziennie kilka milionów ludzi ze względu na swój stan zdrowia psychicznego pobiera renty, jest na zwolnieniu lekarskim lub pracuje mniej wydajnie. Koszty te, nazywane pośrednimi kosztami chorób, w przypadku zaburzeń psychicznych, a szczególnie niektórych chorób, takich jak ciężka depresja czy schizofrenia, stanowią nawet 2/3 całkowitych kosztów, jakie ponosimy.

Dla uzmysłwienia sobie, jak kształtują się wielkości poszczególnych pozycji w analizach kosztów zaburzeń psychicznych poniżej zaprezentowano dane dotyczące całkowitych kosztów dwóch chorób – depresji oraz schizofrenii – przygotowane przez polskich ekspertów ekonomiki zdrowia. Pierwsza z analiz dotycząca depresji została przeprowadzona ze względu na aktualne oraz prognozowane rozpowszechnienie tego zaburzenia, a przede wszystkim potrzebę podjęcia działań z zakresu prewencji, diagnostyki i leczenia depresji w Polsce³⁷. Druga analiza – dotycząca schizofrenii u młodych dorosłych, która przy nieadekwatnym leczeniu eliminuje ich z nauki i pracy – została przeprowadzona przy okazji oceny roli opiekunów w uzyskaniu lepszych wyników terapeutycznych leczenia pacjentów z tym schorzeniem³⁸. Obie analizy dostarczają da-

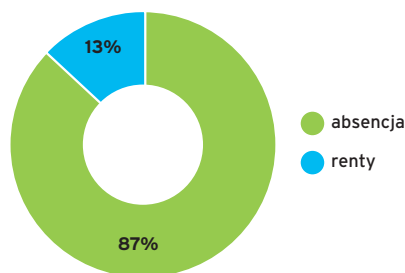
nych, które osobom kształtującym politykę zdrowotną w Polsce pozwalają na wyciąganie wniosków oraz formułowanie priorytetów w zakresie ochrony zdrowia psychicznego Polaków. Warto jednak, aby także osoby, które na szczeblu lokalnym w poszczególnych JST, podejmując działania na rzecz profilaktyki zdrowia psychicznego, miały świadomość, że to także w dużym stopniu od nich zależy, czy koszty zaburzeń zdrowia psychicznego Polaków będą tak wielkie.

3.3.1

Koszty depresji

Wydatki NFZ związane z finansowaniem świadczeń psychiatrycznych (bez kosztów refundacji leków) dla pacjentów z depresją poniżej 65. roku życia w 2012 roku wyniosły łącznie ok. 141 mln zł (porady lekarzy psychiatrów – ok. 45 mln zł, hospitalizacje w oddziałach psychiatrycznych – 96 mln zł). W 2012 r. liczba osób, którym przynajmniej raz w ciągu roku wystawiono zaświadczenie lekarskie z tytułu depresji wyniosła 98,6 tys., przeciętna absencja chorobowa skumulowana przypadająca na 1 osobę chorą na depresję wyniosła 61 dni. Łączne koszty ponoszone przez ZUS w 2012 roku wyniosły ok. 320 mln zł. Koszty absencji chorobowej wyniosły ok. 255 mln zł, a koszty rent z tytułu niezdolności do pracy 37 mln zł. Absencja chorobowa z powodu depresji ma zatem nie tylko dużo większy udział w kosztach ZUS, ale także w większym stopniu wpływa na koszty pośrednie tej choroby. Warto także zwrócić uwagę, że koszty ponoszone przez ZUS są wielokrotnie większe niż koszty jej leczenia ponoszone przez NFZ.

Wykres 9. Struktura kosztów ZUS związanych z absencją chorobową oraz wypłatą rent z powodu epizodów depresyjnych w 2012 roku



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Gałązka-Sobotka M. (red.), Drapała A., Karczewicz E., Zalewska H., Gierczyński J., Gryglewicz J., Sielicki P., Wrona W., *Depresja – analiza kosztów ekonomicznych i społecznych*, Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego, Warszawa 2014.

³⁷ Gałązka-Sobotka M. (red.), Drapała A., Karczewicz E., Zalewska H., Gierczyński J., Gryglewicz J., Sielicki P., Wrona W., *Depresja – analiza kosztów ekonomicznych i społecznych*, Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego, Warszawa 2014.

³⁸ Kulik M., Małowicka M., Mucha E., Górka A., Chudzińska A., Ziobro M., *Schizofrenia. Rola opiekunów w kreowaniu współpracy*, HTA Consulting, Kraków 2016.

Tabela 3. Koszty depresji w 2013 roku

Kategoria kosztowa	Metoda kapitału ludzkiego	
	PKB per capita	PKB na pracującego
Koszty bezpośrednie* (bez refundacji leków)	141 000 000 zł	141 000 000 zł
Łącznie koszty pośrednie	1 036 019 384 zł	2 562 231 393 zł
KOSZTY BEZPOŚREDNIE I POŚREDNIE	1 177 019 384 zł	2 703 231 393 zł
WYDATKI ZUS OGÓŁEM ZWIĄZANE Z NIEZDOLNOŚCIĄ DO PRACY**	762 000 000 zł	762 000 000 zł

* Na koszty bezpośrednie składają się koszty porad lekarzy psychiatrów (ok. 45 mln zł) i hospitalizacje w oddziałach psychiatrycznych (96 mln zł). Podane kwoty są zaokrąglone do mln zł.

** W kosztach ZUS mieszczą się m.in. koszty absencji chorobowej (ok. 353 mln zł) oraz koszty rent z tytułu niezdolności do pracy (ok. 360 mln zł). Podane kwoty, zaokrąglone do mln zł, dotyczą kosztów poniesionych przez ZUS w 2012 roku w związku z niezdolnością do pracy osób ubezpieczonych w ZUS spowodowaną epizodem depresyjnym oraz zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Gałązka-Sobotka M. (red.), Drapala A., Karczewicz E., Zalewska H., Gierczyński J., Gryglewicz J., Sielicki P., Wrona W., *Depresja – analiza kosztów ekonomicznych i społecznych*, Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego, Warszawa 2014.

Powyższe analizy dowodzą, że rocznie z powodu depresji tracimy w Polsce prawie 25 tys. lat produktywności. W zależności od przyjętego podejścia do wartości kapitału ludzkiego oznacza to wg wartości z 2013 roku, od ok. 1 do blisko 2,6 mld zł kosztów pośrednich. **Całkowite koszty depresji osób leczonych i korzystających ze zwolnień lekarskich z powodu tego zaburzenia sięgają 3 mld zł rocznie. Jednak nie są to całkowite straty, które ponosimy. Trudne bowiem do oszacowania są straty społeczne i gospodarcze wynikające z zaburzeń depresyjnych, które dotyczą osoby niekorzystające z leczenia oraz zasiłków ZUS.**

3.3.2

Koszty schizofrenii

Wydatki na świadczenia medyczne związane z leczeniem pacjentów ze stwierdzoną schizofrenią w 2014 roku wyniosły blisko 560 mln zł. W ramach świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień wydano kwotę 554 386 115 zł, a na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze kwotę 2 586 109 zł. Koszty refundacji leków stosowanych w leczeniu schizofrenii oraz choroby afektywnej dwubiegunowej wyniosły w tym roku ponad 424 mln zł.

Z kolei wydatki ponoszone przez ZUS w związku ze schizofrenią w 2013 roku wyniosły ponad 1,11 mld zł.

Stanowiło to 3,4% wydatków ogółem na wszystkie schorzenia. Wśród jednostek chorobowych, powodujących niezdolność do pracy i generujących najwyższe wydatki ZUS na świadczenia z tym związane, schizofrenia znajduje się na 4 miejscu.

Tabela 4. Wydatki ZUS w 2013 roku z powodu schizofrenii

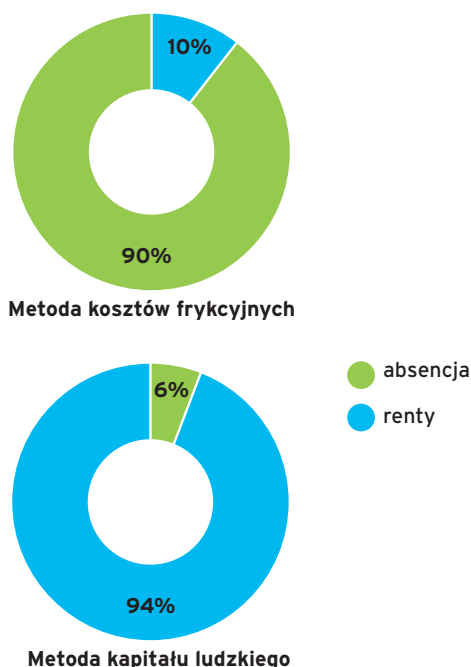
Rodzaj świadczenia	Wyплаты [mln zł]	Udział w wyplatkach z powodu schizofrenii
Renty z tytułu niezdolności do pracy	827,79	74,352%
Renty socjalne	252,65	22,693%
Świadczenia rehabilitacyjne	9,88	0,888%
Absencja chorobowa	23,01	2,066%
Rehabilitacja lecznicza	0,02	0,002%
SUMA	1 113,34	100,0%

Źródło: Kulik M., Małowicka M., Mucha E., Górka A., Chudzicka A., Ziobro M., *Schizofrenia. Rola opiekunów w kreowaniu współpracy*, HTA Consulting, Kraków 2016, s. 52.

W 2014 roku w ZUS zarejestrowano ok. 27 tys. zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy z tytułu schizofrenii, na łączną liczbę dni absencji chorobowej wynoszącą ponad 610 tysięcy. Średnia długość zwolnienia z tytułu czasowej niezdolności do pracy związanej ze schizofrenią wynosiła niespełna 22 dni. Koszty absencji chorobowej wyniosły ponad 23 mln zł.

W cytowanym opracowaniu koszty pośrednie związane z utratą produktywności z powodu choroby zostały wyznaczone dwiema metodami: metodą kapitału ludzkiego (*human capital approach*, HCA) oraz metodą kosztów frykcyjnych (*friction cost approach*, FCA). Według metody kapitału ludzkiego strata społeczna w wyniku choroby oznacza, że 100% kapitału danej osoby przez cały okres trwania choroby lub okres jego obniżonej aktywności nie może być już wykorzystywane. Metoda ta określa zatem maksymalną utratę produktywności. Według metody kosztów frykcyjnych przyjmuje się, że chory pracownik może być zastąpiony przez osobę dotychczas bezrobotną lub przez reorganizację pracy. Utrata produktywności jest zatem naliczana tylko przez pewien czas – tak zwany okres frykcyjny – niezbędny do przywrócenia odpowiedniego poziomu produkcji. Do obliczeń w cytowanym opracowaniu przyjęto, że okres frykcyjny wynosi 3 miesiące. Branie pod uwagę zasadniczo różnych okresów ponoszenia strat w produktywności w obu metodach jest przyczyną dużych różnic w wycenieniach kosztów utraconej produktywności.

Wykres 10. Struktura kosztów pośrednich schizofrenii



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Kulik M., Małowicka M., Mucha E., Górka A., Chudzicka A., Ziobro M., *Schizofrenia. Rola opiekunów w kreowaniu współpracy*, HTA Consulting, Kraków 2016, s. 61.

Całkowite roczne koszty schizofrenii w zależności od przyjętej metody liczenia tych kosztów wynoszą od blisko 1,1 mld zł do około 3,1 mld zł. Warto zwrócić uwagę, że także w przypadku tej choroby wartość świadczeń wypłacanych przez ZUS jest wyższa niż koszty świadczeń zdrowotnych (bez refundacji leków) ponoszonych przez NFZ.

Tabela 5. Koszty schizofrenii

Kategoria kosztowa	Metoda kosztów frykcyjnych	Metoda kapitału ludzkiego
Koszty bezpośrednie (bez refundacji leków)	546 937 326 zł	
Koszty refundacji leków*	419 003 464 zł	
Łączne koszty pośrednie	132 781 525 zł	2 130 513 046 zł
KOSZTY BEZPOŚREDNIE I POŚREDNIE	1 098 722 315 zł	3 096 453 836 zł
WYDATKI ZUS	1 113,34 mln zł	
WYDATKI NA NPOZP**	263, 68 mln zł	

* W zestawieniu ujęto leki stosowane w leczeniu schizofrenii oraz choroby afektywnej dwubiegunowej.

** Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Źródło: Kulik M., Małowicka M., Mucha E., Górka A., Chudzicka A., Ziobro M., *Schizofrenia. Rola opiekunów w kreowaniu współpracy*, HTA Consulting, Kraków 2016, s. 63.

3.3.3

Absencja z powodu zaburzeń psychicznych rośnie

Według danych ZUS liczba dni absencji chorobowej Polaków spowodowanej zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania rośnie. W 2015 roku łączna liczba dni zwolnień lekarskich (w nomenklaturze ZUS – zaświadczeń lekarskich) osób ubezpieczonych w ZUS na skutek wydania ponad 1 mln takich zwolnień wynosiła już 17 942 100 dni. W 2011 roku było to 12 669 200 dni jako skutek 759 700 zwolnień lekarskich. Średnia długość absencji chorobowej spowodowanej zaburzeniami psychicznymi oraz zaburzeniami zachowania jest

dłuższa o ok. 5 dni od średniej długości zwolnień lekarskich z powodu wszystkich jednostek chorobowych. Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego w 2015 roku wynosiła 12,38 dnia. Od wielu lat zwolnienia związane z tym rodzajem zaburzeń należą do czołówki najdłuższych zwolnień osób ubezpieczonych w ZUS. Po nowotworach, zaburzenia psychiczne skutkują najdłuższymi zwolnieniami.

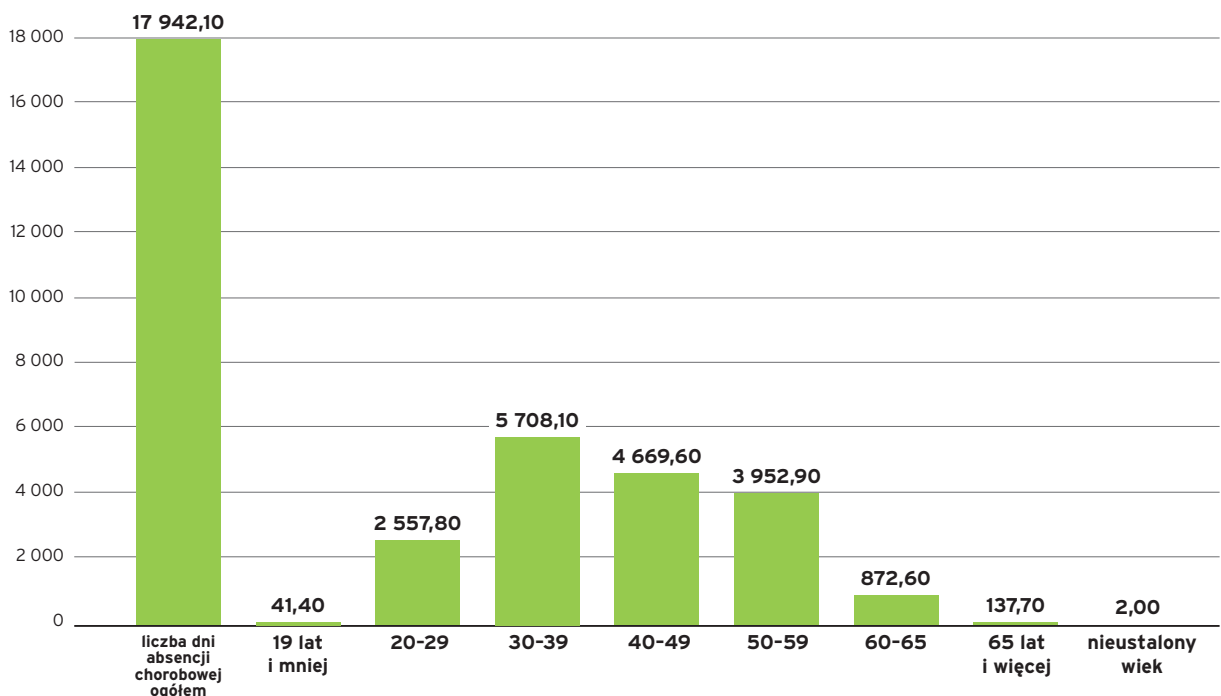
Warto także zwrócić uwagę, że największa liczba dni absencji chorobowej spowodowanej zaburzeniami psychicznymi oraz zaburzeniami zachowania dotyczy osób w wieku 30-39 oraz 40-49 lat. Osoby w tych grupach wiekowych przebywały w 2015 roku na zwolnieniach łącznie przez blisko 104 mln dni.

Tabela 6. Absencja chorobowa w 2015 roku z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS z powodu zaburzeń psychicznych oraz zaburzeń zachowania

Grupy chorobowe	Liczba dni absencji chorobowej		Liczba zaświadczeń lekarskich		Przeciętna długość zaświadczenia lekarskiego	Liczba dni absencji chorobowej			
	w tys.	w %	w tys.	w %		ogółem	mężczyźni	kobiety	nieustalona płeć
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	17 942,10	7,9	1 021,80	5,6	17,56	17 942,10	7 059,30	10 871,70	11,1

Źródło: ZUS.

Wykres 11. Liczba dni absencji chorobowej w 2015 roku z tytułu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania osób ubezpieczonych w ZUS wg wieku



Źródło: ZUS.

Według porównania danych ZUS dotyczących absencji chorobowej spowodowanej depresją i epizodami depresyjnymi, a także zaburzeniami nastroju z 2012 roku (tj. najstarszymi danymi dostępnymi na portalu statystycznym ZUS) oraz z 2015 roku widać wyraźnie, że rośnie zarówno liczba zwolnień lekarskich wyda-

nych z tego powodu, jak i liczba dni absencji chorobowej. Dane te potwierdzają, że depresja oraz zaburzenia nastroju stanowią coraz istotniejszy problem zdrowotny osób czynnych zawodowo. To powód coraz większych strat gospodarczych Polski i Polaków.

Tabela 7. Liczba dni absencji chorobowej oraz zaświadczeń lekarskich z powodu depresji i afektywnych zaburzeń nastroju w 2012 r. oraz 2015 roku

Jednostki chorobowe (ICD 10)		2012		2015		2015 versus 2012	
		Liczba dni absencji chorobowej	Liczba zaświadczeń lekarskich	Liczba dni absencji chorobowej	Liczba zaświadczeń lekarskich	Zmiana liczby dni absencji chorobowej	Zmiana liczby zaświadczeń lekarskich
F32	Epizod depresyjny	3 397 738	180 017	3 919 337	204 232	521 599	24 215
F33	Zaburzenia depresyjne nawracające	1 467 820	84 877	1 835 247	101 916	367 427	17 039
F34	Uporczywe zaburzenia nastroju (afektywne)	143 436	8 147	146 853	8 075	3 417	-72
F38	Inne zaburzenia nastroju (afektywne)	93 678	5 465	141 758	7 955	48 080	2 490
F39	Zaburzenia nastroju (afektywne), nieokreślone	69 284	4 204	65 755	3 972	-3 529	-232

Źródło: ZUS.

4

Ochrona zdrowia psychicznego Polaków jako priorytet polityki zdrowotnej na lata 2016-2020

Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020 (dalej NPZ 2016-2020 lub NPZ) został ustanowiony po raz pierwszy w drodze rozporządzenia Rady Ministrów³⁹ zgodnie z ustawą o zdrowiu publicznym uchwaloną przez Sejm RP 11 września 2015 r.⁴⁰ O konieczności ustawowego uregulowania kwestii zdrowia publicznego w naszym kraju mówiono od ponad 20 lat, więc uchwalenie jej (mimo znacznego okrojenia instrumentarium zarządczego i finansowego ustawy w stosunku do pierwotnych założeń, oczekiwań, ale przede wszystkim potrzeb zdrowotnych) należy odnotować jako krok we właściwym kierunku na drodze do poprawy sytuacji zdrowotnej Polaków. NPZ 2016-2020 jest podstawowym dokumentem polityki zdrowia publicznego Polski na najbliższe 5 lat – wyznacza cele strategiczne i operacyjne oraz najważniejsze zadania do realizacji na rzecz poprawy zdrowia i związanej z nim jakości życia społeczeństwa.

Celem strategicznym NPZ jest wydłużenie życia Polaków w zdrowiu, poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu.

Jego cele operacyjne to:

- poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa,
- profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z użyciem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi,
- profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa,
- ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki,
- promocja zdrowego i aktywnego starzenia się,
- poprawa zdrowia prokreacyjnego.

Priorytety ochrony zdrowia psychicznego na lata 2016-2020:

- *poprawa kondycji psychicznej całej populacji poprzez upowszechnienie zdrowego stylu życia,*
- *budowanie i ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, profilaktyka i wczesne wykrywanie depresji oraz zaburzeń zachowania mogących doprowadzić do zaburzeń psychicznych, uzależnień lub być ich objawami,*
- *wzmocnienie zdrowia psychicznego osób pracujących w zakresie radzenia sobie ze stresem, profilaktyka i wczesnego wykrywania depresji oraz umiejętności zachowywania równowagi między pracą a życiem prywatnym,*
- *wzmocnienie zdrowia psychicznego osób z grup ryzyka depresji i samobójstw,*
- *utrzymywanie w aktywności osób w wieku senioralnym.*

³⁹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020.

⁴⁰ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym Dz.U. 2015 poz. 1916.

Zdrowie psychiczne i dobrostan psychiczny wymienione są wprost jako cel operacyjny nr 3, ale są też one pośrednio częścią innych celów. Z całą pewnością jest tak w przypadku celu nr 2, gdyż istnieje duża korelacja pomiędzy zaburzeniami psychicznymi a używaniem substancji psychoaktywnych oraz uzależnieniami behawioralnymi. Problem nadużywania i uzależnienia od alkoholu, a także używania i uzależnienia od substancji chemicznych jest wg przytoczonych wcześniej danych epidemiologicznych najpowszechniejszym zaburzeniem psychicznym w Polsce. Wg badania EZOP, dotyczy ponad 12,8% polskiej populacji, przy czym aż 11,9% stanowią osoby nadużywające i uzależnione od alkoholu. W ramach celu nr 2 większość zadań w kontekście uzależnień dotyczy szeroko rozumianego zdrowia psychicznego, jego ochrony oraz profilaktyki zaburzeń psychicznych.

O zdrowiu psychicznym traktuje także cel nr 5: „Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się”. Nie można bowiem mówić o zdrowym starzeniu się, jeśli proces ten będzie dotyczył wyłącznie zdrowia fizycznego i braku dolegliwości, a nie wszystkich jego aspektów, a więc także psychiki i aktywności społecznej osób w wieku senioralnym. Zdrowie psychiczne, niewymienione z nazwy, znajduje się także w celu operacyjnym nr 1. Poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa to nic innego, jak wpływanie na styl życia, który przy diecie bez owoców i warzyw, z dużą ilością tłuszczów nasyconych oraz węglowodanów, braku 3-5 zdrowych posiłków dziennie, spożywanych w odpowiednich porach dnia i ograniczonych ilościach, a także siedzącym trybie życia prowadzi do wielu chorób, również natury psychicznej. Odżywianie i aktywny odpoczynek nie przez przypadek znajdują się w programie „8 x O”⁴¹. **Ruch i aktywność fizyczna związana z rekreacją są sposobem na rozładowywanie stresu, a - w zależności od wieku - wspierają także rozwój psychomotoryczny i budowanie kondycji fizycznej. W zdrowym stylu życia jest tyle samo zdrowia psychicznego, co fizycznego i społecznego.**

Promocji zdrowia psychicznego można także doszukać się w celu nr 6 NPZ, który mówi o poprawie zdrowia prokreacyjnego. Stres i przemęczenie są znanymi czynnikami redukującymi witalność, co bez wątplenia prowadzi do mniejszej aktywności seksualnej

oraz wpływa na zdrowie reprodukcyjne. Można i należy zatem stwierdzić, że **zdrowie psychiczne w kategoriach stylu życia, starzenia się czy nałogów jest obecne w większości celów NPZ 2016-2020.**

Jednak warto zwrócić uwagę na fakt, że w wymienionych wyżej celach NPZ (z wyjątkiem celu nr 2), zdrowie psychiczne nie jest wymienione z nazwy, a w celu nr 3 o zdrowiu psychicznym oraz poprawie dobrostanu psychicznego Polaków jest mowa w bardzo określonym kontekście. A mianowicie jest to kontekst dotyczący celów rozwojowych Polski do roku 2020, a także do roku 2030, a przede wszystkim ze względu na fakt, że zrozumieliśmy w końcu, że bez aktywnego zorganizowanego i wielopłaszczyznowego działania na rzecz wzmocnienia i promocji zdrowia psychicznego grozi nam stagnacja gospodarcza i kryzys ekonomiczno-społeczny o trudnej do wyobrażenia skali. Przytoczone dane z badania EZOP Polska mówią o 6,5 mln osób w Polsce, które w nadchodzących latach mogą potrzebować profesjonalnej pomocy psychiatrycznej, psychoterapeutycznej lub psychologicznej. Polski, ani żadnego innego kraju na świecie nie będzie stać na to, aby pomoc taka mogła być udzielona wszystkim. I nie chodzi tu tylko o kwestie finansowe czy organizacyjne systemu opieki psychiatrycznej. Podstawowym problemem, z którym musimy się zmierzyć w imię dobra nas wszystkich oraz dobra przyszłych pokoleń, jest kwestia naszej indywidualnej odpowiedzialności za własne wybory, własną teraźniejszość, a także przyszłość. **To od nas w największym stopniu zależy nasze zdrowie - fizyczne, psychiczne i społeczne, a więc i to, czy będziemy żyć w dobrostanie i dobrobycie, czy w niedostatku zdrowia i biedzie. I choć wielu trudno w to uwierzyć, wciąż mamy wpływ na to, by żyć lepiej, w lepszym zdrowiu i w zdrowszym społeczeństwie, psychicznie i fizycznie.** Ogromny wpływ na to, czy nam się uda mają lokalne społeczności, a także władze samorządowe naszych gmin, powiatów i województw. Liczne przykłady przytaczane w raportach Joint Action on Mental Health and Wellbeing wskazują, że to właśnie lokalna aktywność, wspólnota sąsiadów, mała organizacja pozarządowa przy wsparciu i we współpracy z władzami samorządowymi podejmują skuteczne działania, przynoszące realną poprawę w zakresie kondycji psychicznej mieszkańców. Nie przez przypadek zatem w NPZ 2016-2020

⁴¹ „8 x O” to program profilaktyki zdrowia psychicznego i dobrostanu, kierowany do pracodawców i ich pracowników, opisany jako przykład dobrej praktyki w dalszej części raportu.

liczba zadań przypisanych JST samodzielnie lub wśród innych odpowiedzialnych instytucji bądź struktur państwa przekracza 70.

W związku z faktem, że NPZ jest narzędziem polityki zdrowotnej państwa, a ta ma służyć utrzymaniu Polaków w zdrowiu w celu zapewnienia naszemu krajowi dalszego rozwoju gospodarczego, zdrowie nas wszystkich, w tym zdrowie psychiczne zostało, chyba pierwszy raz w historii naszego kraju, uznane za tak istotny czynnik oddziałujący na perspektywy rozwoju gospodarczego. Ten kierunek działań podejmowanych w Polsce jest efektem przyjęcia w roku 2013 strategii rozwoju Europy pod nazwą „Europa 2020”, której cele zdrowotne są de facto narzędziem realizacji celów nadrzędnych, które mają charakter gospodarczy - utrzymanie ludzi na rynku pracy oraz rozwój gospodarczy. M.in. dlatego w 2015 roku w Ministerstwie Zdrowia został opracowany strategiczny dokument zatytułowany: „Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”⁴². Ma on fundamentalne znaczenie dla systemu ochrony zdrowia w Polsce i zdrowia Polaków nie tylko na najbliższe lata, ale de facto i dekady, gdyż wyznacza ramy działań, cele i narzędzia ich realizacji, z punktu widzenia nadrzędnego dla naszego kraju celu, jakim jest rozwój gospodarczy i poprawa jakości życia obywateli. Celem tym, jak już napisano wcześniej – ale co ważniejsze jest także zapisane jako cel strategiczny NPZ 2016-2020 – jest wydłużenie życia Polaków w zdrowiu. To ono ma nam pozwolić na poprawę jakości życia i zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu.

Fakt, że zdrowie psychiczne i jego ochrona stały się tak ważne, wynika z uświadomienia sobie przez decydentów gospodarczych i ekonomistów, że obecna kondycja psychiczna Polaków, podobnie jak innych Europejczyków, ma bardzo negatywny wpływ na gospodarkę. Przytoczone wcześniej dane o kosztach najczęstszych zaburzeń psychicznych (jak depresja czy zaburzenia nerwicowe, a także schizofrenia) inwalidyzujących ludzi młodych, liczonych nie jako koszty leczenia, ale koszty utraconej produkcji i straty gospodarcze, wskazują jednoznacznie, że prowadzenie szeroko zakrojonych działań na rzecz zdrowia psychicznego Polaków jest wręcz koniecznością dziejącą.

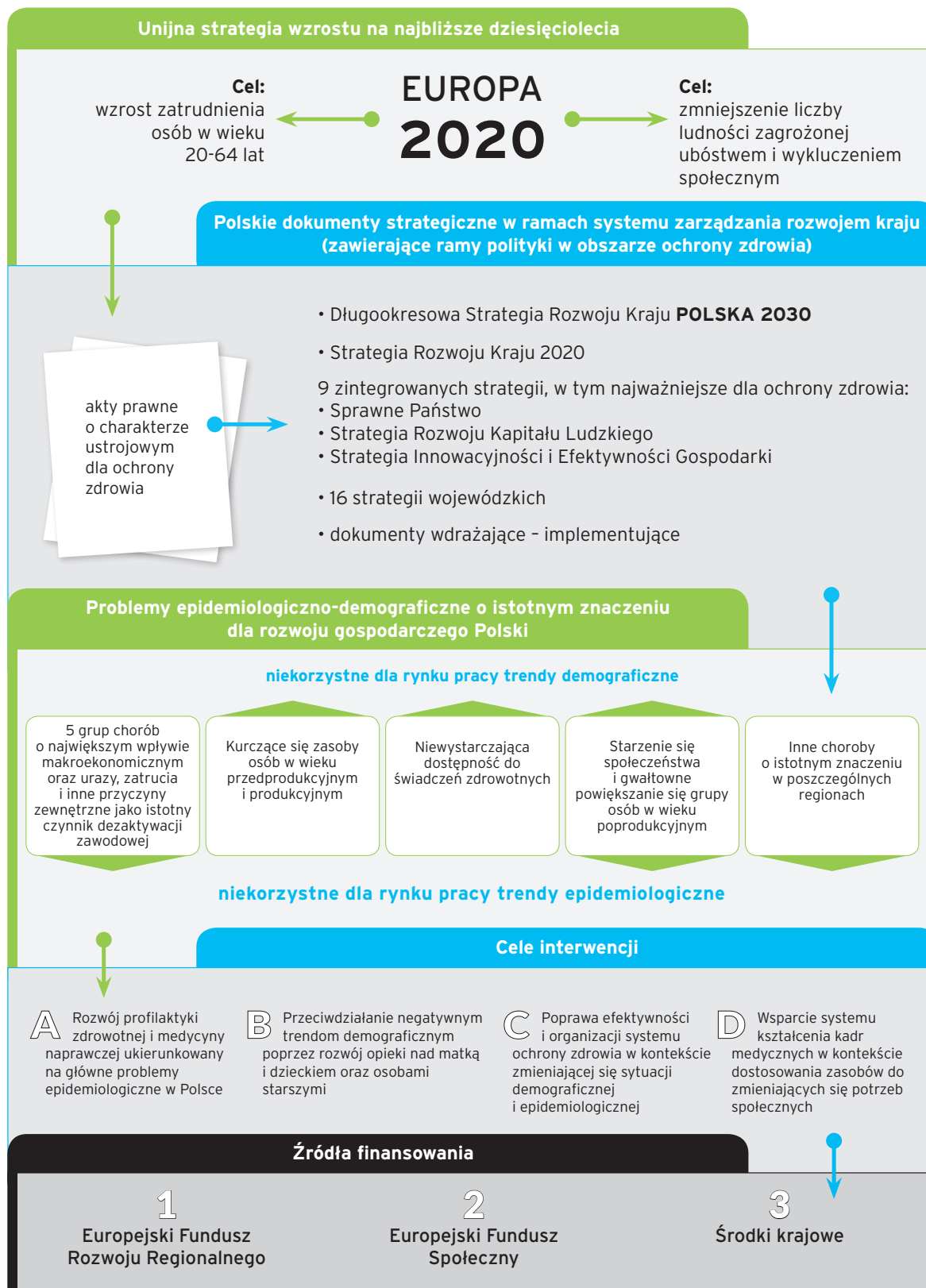
Minister zdrowia, opierając się na analizie faktów i wiedzy naukowej, przy wsparciu ekspertów z różnych dziedzin medycyny i zdrowia publicznego, sformułował

cele NPZ na lata 2016-2020 odnoszące się pośrednio lub bezpośrednio do zdrowia psychicznego, właśnie dlatego że liczne dowody z Europy i świata świadczą o tym, że zbiorowym wysiłkiem całego społeczeństwa i struktur administracji państwa oraz samorządu, możliwe jest spowolnienie, zatrzymanie, a w dłuższej perspektywie także odwrócenie negatywnych trendów zdrowotnych. Uchwalenie ustawy o zdrowiu publicznym, a także opracowanie NPZ na lata 2016-2020 wpisuje się w ramy rozwoju Polski na nadchodzące dekady. Strukturę ram działań w obrębie ochrony zdrowia w Polsce na rzecz realizacji celów określonych w strategii rozwoju Polski oraz Unii Europejskiej obrazuje schemat na kolejnej stronie. Zdrowie psychiczne, jego ochrona, a przede wszystkim profilaktyka zaburzeń psychicznych mieści się w celu A (cel interwencji) - rozwój profilaktyki zdrowotnej i medycyny naprawczej ukierunkowany na główne problemy epidemiologiczne kraju. **Bez wątplenia zaburzenia psychiczne, w wśród nich szczególnie depresja jako jedna z najważniejszych przyczyn przedwczesnej dezaktywacji zawodowej, wpisują się na listę chorób, którym przeciwdziałanie, wczesne wykrywanie i skuteczne leczenie w latach 2016-2020 jest priorytetem dla państwa, jednostek samorządów terytorialnych oraz całego społeczeństwa.**

Ważną rolę w realizacji tego zadania mogą odegrać lokalne samorządy na wszystkich poziomach, gdyż aktualna wiedza na temat zdrowia publicznego jednoznacznie wskazuje lokalną społeczność w miejscu zamieszkania jako kluczową dla zdrowia psychicznego i jakości życia ludzi. Na zdrowie psychiczne każdego z nas wpływają bowiem czynniki takie jak warunki, w jakich przeżywamy dzieciństwo, uczymy się, dorastamy, pracujemy czy spędzamy wolny czas. Wiadomo już od co najmniej lat 70. ubiegłego wieku, że to nasz styl życia ma największy wpływ na indywidualne zdrowie. Ten kształtuje się przez całe życie i dzięki temu możemy zarówno tkwić w niezdrowych czy też ryzykownych dla zdrowia nawykach, ale możemy także dokonywać świadomych wyborów i zmieniać na prozdrowotne nasze codzienne zachowania. Za realizację poszczególnych zadań z zakresu profilaktyki zdrowia psychicznego są odpowiedzialne, w zależności od ich charakteru i grupy docelowej populacji, do której działania te mają być prowadzone, różne podmioty i instytucje.

⁴² Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020, Warszawa, lipiec 2015.

Schemat 1. Strategia Europa 2020 a logika interwencji polityki spójności na lata 2014-2020 na rzecz ochrony zdrowia w Polsce



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne, Warszawa lipiec 2015.

Są wśród nich zarówno minister zdrowia, jak i inni ministrowie – edukacji narodowej, rodziny, pracy i polityki społecznej, spraw wewnętrznych i administracji, obrony narodowej, a także instytucje centralne takie jak CIOPIR – PIB, PARP czy Instytut Psychiatrii i Neurologii. Niebagatelną rolę wśród realizatorów mają także jednostki samorządu terytorialnego (dalej JST).

Doświadczenia ostatnich 27 lat jednoznacznie wskazują, że lokalni gospodarze lepiej niż ci ze stolicy kraju czy nawet województwa odpowiadają na potrzeby własnej społeczności i dostarczają jej rozwiązania, które są akceptowane i realnie rozwiązują problemy. Z tego m.in. powodu JST w zadaniach dotyczących profilaktyki zdrowia psychicznego mają przypisane ważne zadania w ramach realizacji celów Narodowego Programu Zdrowia.

Są to:

- Prowadzenie działań na rzecz upowszechniania wiedzy na temat zdrowia psychicznego i jego uwarunkowań, kształtowanie przekonań, postaw, zachowań i stylu życia wspierającego zdrowie psychiczne, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu, przeciwdziałanie seksualizacji dzieci i młodzieży – w szczególności przez prowadzenie działań informacyjnych i edukacyjnych.
Realizator: MZ we współpracy z MEN, MSWiA, MS, MON, podmioty wyłonione w drodze konkursów organizowanych przez tych ministrów oraz JST i podmioty wyłonione w drodze konkursów organizowanych przez JST.
- Opracowanie i realizacja regionalnych programów lub strategii ochrony zdrowia psychicznego.
Realizator: JST.
- Opracowanie i realizacja programów zapobiegania problemom zdrowia psychicznego w rodzinie i w środowisku lokalnym.
Realizator: PARPA oraz JST.
- Szkolenia dla różnych grup zawodowych (w tym nauczycieli, lekarzy, inspektorów sanitarnych, prokuratorów, służb mundurowych, straży miejskich) dotyczące zagrożeń oraz konsekwencji rozwojowych i zdrowotnych u dzieci i młodzieży oglądających pornografię.
Realizator: MZ we współpracy z MEN, a także ORE,

PIS, MF, MSWiA, MF, JST oraz podmiot wybrany w drodze konkursu ogłaszanego przez MZ.

- Powołanie zespołu koordynującego działanie i monitorującego realizację zadań dotyczących promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń psychicznych, z udziałem przedstawicieli jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, opieki zdrowotnej oraz systemu oświaty na danym obszarze.
Realizator: JST.

Aby zrealizować te zadania JST, szczególnie szczebla gminnego oraz powiatowego, powinny szukać wspólnych celów i jednoczyć się, tak aby podejmowane działania nie miały charakteru doraźnego, ale możliwie trwały, szczególnie jeśli chodzi o oddziaływanie na rozwój dzieci i młodzieży, a także kształtowanie ich prozdrowotnych postaw na całe życie. Do realizacji zadań w obszarze zdrowia psychicznego, szczególnie tych, które mają na celu profilaktykę depresji, wykrywanie zaburzeń zachowania i chorób psychicznych, a także przeciwdziałanie samobójstwom, w drodze konkursów winny być wybierani realizatorzy o odpowiednich kompetencjach i udowodnionym doświadczeniu.

W dalszej części raportu podane są przykłady dobrych praktyk na tym polu. Warto z nich skorzystać. Warto także, w miarę możliwości, opracowując regionalny program ochrony zdrowia psychicznego sięgać do już sprawdzonych rozwiązań i stopniowo rozwijać zakres ich oddziaływania na coraz większą populację mieszkańców. I tak jak wcześniej sąsiadującym gminom zasugerowano współpracę między sobą, w celu zwiększania ich lokalnych możliwości oraz równomiernego podnoszenia standardu życia, tak w przypadku województw sugeruje się prowadzić działania we współpracy z powiatami. Wydaje się, że takie podejście powinno do 2020 roku zaowocować większą niż dotychczas synergią działań na rzecz zdrowia psychicznego i odejściem od dotychczasowego akcyjnego podejścia do organizacji aktywności na rzecz promocji zdrowia. Kluczem do sukcesu na tym polu jest raczej systematyczność, korzystanie z doświadczeń i uczenie się na błędach, a przede wszystkim wytrwałość w dążeniu do celu. **Dzielenie się dobrymi przykładami między sobą i czerpanie z rozwiązań z innych krajów jest także wysoce wskazane i rekomendowane.**

Kluczowym zadaniem JST, choć wymienionym na końcu listy, jest powołanie zespołu koordynującego

działanie i monitorującego realizację zadań dotyczących promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń psychicznych, z udziałem przedstawicieli jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, opieki zdrowotnej oraz systemu oświaty na danym obszarze. Ma ono bowiem służyć wprowadzaniu w życie na szczeblu lokalnym hasła i celu WHO oraz JA MH-WB – zdrowie psychiczne we wszystkich politykach prowadzonych na szczeblu lokalnym.

Stała współpraca podmiotów leczniczych oraz placówek oświatowych i instytucji pomocy społecznej ma sprawić, że wpływ na naszą kondycję psychiczną w całym okresie życia oraz udzielanie niezbędnej pomocy w miarę potrzeb, będą miały nie tylko placówki systemu ochrony zdrowia, ale także przedszkola, szkoły czy centra pomocy rodzinie. Dzięki temu zaburzenia psychiczne stopniowo przestaną być tematem tabu czy też powodem wykluczenia, ale staną się przedmiotem troski naszej lokalnej społeczności.

5

Przykłady dobrych praktyk ochrony zdrowia psychicznego z Polski, Europy i świata

5.1

Promocja zdrowia psychicznego i profilaktyka zaburzeń psychicznych w Polsce

Dużym problemem działań w zakresie promocji zdrowia, w tym zdrowia psychicznego, zarówno w Polsce, jak i w wielu krajach europejskich jest ich doraźny czy też akcyjny charakter.

Wiele z nich jest nie tyle dobrze opracowanym i przeprowadzonym programem o udowodnionej skuteczności, ale raczej działaniem organizowanym jako wyraz mody na zdrowie lub nawet jako odpowiedź władz szkoły czy samorządu lokalnego na zapotrzebowanie „z góry” – trzeba coś zrobić dla zdrowia, to robimy. Czasem wynika z tego coś pozytywnego, ale częściej, niestety, nie. Akcja została przeprowadzona, wzięli w niej udział pracownicy, uczniowie lub mieszkańcy danej miejscowości lub dzielnicy miasta i jedyne, co ewentualnie wiemy, to ile nas kosztowała oraz ile osób wzięło w niej udział. Czy rezultatem jej przeprowadzenia będzie faktyczny wpływ na zmianę postaw wobec własnego zdrowia lub zdrowia swojej rodziny, albo – tym bardziej – czy przyczyniła się ona do trwałych zmian zachowań osób w zakresie diety, ruchu, palenia tytoniu czy picia alkoholu lub używania substancji odurzających? Tego w ogromnej większości przypadków, przy takim akcyjnym podejściu do działań prozdrowotnych, nawet nie usiłuje się sprawdzić. Na ogół nie ma na to czasu lub środków finansowych, ale dużo bardziej prozaiczną i najczęstszą przyczyną jest brak w założeniach działania mierników pomiaru skuteczności podejmowanej akcji. Takich akcji jest, niestety, wciąż za dużo w stosunku do ogółu działań podejmowanych na polu promocji zdrowia, a że wyzwania stojące przed nami są naprawdę ogromne, a środków na ich realizację zawsze będzie za mało, warto korzystać z dobrych wzorców o udowodnionej skuteczności.

W odniesieniu do zdrowia psychicznego, a zwłaszcza zaburzeń psychicznych, które dla wielu osób są wciąż tematem trudnym, wstydliwym, a może nawet tabu, tym bardziej warto sięgać po rozwiązania sprawdzone i rekomendowane. Oto kilka przykładów dobrych praktyk z Polski.

Działania zapobiegawcze w zakresie ochrony zdrowia psychicznego powinny być podejmowane przede wszystkim wobec dzieci, młodzieży, osób starszych i wobec osób znajdujących się w sytuacjach stwarzających zagrożenie dla ich zdrowia psychicznego.

Promocja zdrowia psychicznego to działania mające na celu wzmocnienie zdrowia psychicznego, dobrego samopoczucia i poprawę jakości życia całych populacji, grup i jednostek.

Profilaktyka zaburzeń psychicznych to działania mające na celu redukcję zagrożeń dla zdrowia psychicznego i zmniejszenie liczby incydentów zaburzeń.

Oba powyższe działania powinny być realizowane wyłącznie przez osoby o wykształceniu z zakresu psychoedukacji.

Skuteczne działania promocji zdrowia psychicznego oraz profilaktyki zaburzeń psychicznych nie powinny mieć charakteru doraźnego, ale być realizowane jako wieloletnie programy, doskonałe w oparciu o zdobywane doświadczenia oraz monitorowane, a także okresowo ewaluowane co do swojej skuteczności. Programy takie mogą i powinny być realizowane przez JST.



1. Program profilaktyki depresji i rozpowszechniania postaw prozdrowotnych w obszarze zdrowia psychicznego „Wyprzedzić smutek”

Jest to program realizowany od 5 lat (począwszy od pilotażu w 2012 roku) w województwie małopolskim. Jego celem jest:

- zwiększenie świadomości społecznej w zakresie możliwości wczesnej identyfikacji i zapobiegania zaburzeniom depresyjnym,
- zwiększenie dostępności metod profilaktycznych dla mieszkańców Małopolski poprzez upowszechnianie informacji o dostępnych świadczeniach medycznych, takich jak: psychoedukacja, pomoc psychologiczna, psychoterapia, konsultacje psychiatryczne, poradnictwo dietetyczne i dotyczące stylu życia.

W ramach programu corocznie kilkaset osób z 5 subregionów Małopolski korzysta z bezpłatnych porad profilaktycznych mających uchronić ich przed depresją.

Organizatorem programu jest Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, wykonawcą Szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ, a jego partnerami Instytut Psychologii Stosowanej UJ, Polskie Towarzystwo Psychoterapeutyczne oraz Peron 7F - projekt fundacji Winida, którego celem jest wsparcie osób bezrobotnych z zaburzeniami osobowości.

W ramach programu od wiosny do końca października lub połowy listopada mieszkańcy Małopolski, którzy podejrzewają u siebie depresję, mają możliwość skorzystania z bezpłatnych konsultacji u specjalistów. Konsultacje odbywają się w kilku lokalizacjach na terenie całej Małopolski - w Krakowie, Tarnowie, Suchej Beskidzkiej, Limanowej, Oświęcimiu, Skawinie, Wieliczce, Miechowie, Muszynie, Brzesku, Nowym Sączu oraz Nowym Targu, zarówno w placówkach medycznych, jak i Stareństwie Powiatowym czy Centrum Pomocy Rodzinie. Osoby zainteresowane nimi umawiają termin wizyty telefonicznie. W trakcie porad profilaktycznych można się dowiedzieć, w jaki sposób „wiedzę antydepresyjną” zastosować w konkretny sposób, w codziennym życiu - co można zmienić w swoim życiu, żeby poczuć się

lepiej i żeby ta zmiana była trwała. Porada profilaktyczna to osobista rozmowa z konsultantem, trwająca około godziny. Jest przeznaczona dla osób zdrowych, chcących ocenić stopień swojej psychicznej odporności na depresję. Zalecana jest również osobom, które nie czują się tak dobrze, jak by tego chciały. Dowiedzą się, jak zapobiec pogorszeniu stanu zdrowia i odzyskać utracony dobrostan psychiczny⁴³.

Program ma użyteczną stronę internetową z licznymi informacjami na temat depresji. Język używany do opisu depresji, jej zwiastunów, objawów, metod leczenia jest prosty, przyjazny i zrozumiały dla każdego. Osoby podejrzewające u siebie tę chorobę po przeczytaniu tych informacji są zachęcane do skorzystania z porady i ewentualnie pomocy specjalistycznej.

Realizacja programu jest monitorowana, a rezultaty corocznie oceniane i podawane do publicznej wiadomości. Służy to nie tylko promocji samego programu, ale przede wszystkim profilaktyce depresji oraz poprawie jej wczesnego wykrywania i skutecznego leczenia.

WYPRZEDZIĆ SMUTEK

Program profilaktyki depresji i rozpowszechniania postaw prozdrowotnych w obszarze zdrowia psychicznego.
Przyjdź po bezpłatne porady! Przeciwdziałaj depresji!
Program zrealizowano przy wsparciu finansowym Województwa Małopolskiego

Kraków - tel. 12 412 09 76
Poradnia Zdrowia Psychicznego
ul. Olszańska 5

Miechów - tel. 512 319 845
Zespół Leczenia Srodowiskowego
ul. Szpitalna 3

Skawina - tel. 12 276 34 10
Centrum Wspierania Rodziny
ul. ks. Jerzego Popiełuszki 17

Brzesko - tel. 14 662 13 92
Samodzielny Publiczny Zespół
Opieki Zdrowotnej, ul. Kościuszki 68

Chełmek
tel. 517 103 812
Gminny Zakład
Opieki Zdrowotnej
ul. Staicha 1

Tarnów - tel. 14 631 58 59
Szpital Wojewódzki św. Łukasza
ul. Lwowska 178a

Andrychów - tel. 539 631 052
Ośrodek Pomocy Społecznej
ul. Starowiejska 22b

Nowy Sącz - tel. 533 72 03 03
Ośrodek Profilaktyki i Terapii
Uzależnień, ul. Waryńskiego 1

Sucha Beskidzka - tel. 607 135 539
Zespół Opieki Zdrowotnej
ul. Szpitalna 22 (budynek RKTŚ)

Muszyna - tel. 18 471 42 05 wew. 100
Uzdrowisko Muszyna nad Popradem
ul. Mściwujewskiego 1

Limanowa - tel. 18 330 17 80
Szpital Powiatowy
ul. J. Piłsudskiego 61

www.profilaktykawmalopolsce.pl

[profilaktykawmalopolsce](https://www.facebook.com/profilaktykawmalopolsce)

Źródło: Strona internetowa programu „Wyprzedzić smutek”,
<http://www.profilaktykawmalopolsce.pl/depresja>.

⁴³ Informacje ze strony internetowej programu, <http://www.profilaktykawmalopolsce.pl/depresja>.

O DEPRESJI	O PROGRAMIE
 Czym jest depresja	 Porada profilaktyczna
 Zwiastuny depresji	 Lokalizacja porad
 Czynniki ryzyka depresji	 Rejestracja
 Zapobieganie depresji	 Partnerzy programu
 Leczenie depresji	Profilaktyka depresji program 2013
 Więcej o depresji	Profilaktyka depresji program 2012

Źródło: Strona internetowa programu „Wyprzedzić smutek”, <http://www.profilaktykawmalopolsce.pl/depresja>.

Zalety:

Plan wieloletni, skierowany do szerokiej populacji, profesjonalnie opracowany, zarządzany, monitorowany, oceniany oraz ulepszany w oparciu o ewaluację i wyciągnięte wnioski, realizowany w rosnącej liczbie lokalizacji, w placówkach medycznych oraz nie-medycznych, na terenie całego województwa w ramach wojewódzkiego programu ochrony zdrowia psychicznego, finansowany przez samorząd wojewódzki, realizowany wspólnie przez specjalistyczną placówkę leczenia psychiatrycznego w partnerstwie z uniwersytetem, towarzystwem naukowym oraz organizacją pozarządową.

obawy związane z przyjmowaniem leków przeciwdepresyjnych.

Pilotaż projektu w postaci pięciu 90-minutowych lekcji w III klasach gimnazjum w dwóch warszawskich gimnazjach został z powodzeniem przeprowadzony w maju i czerwcu 2015 roku. Lekcje prowadzone były przez psychiatrów i psychologów. Ich realizacja jest możliwa zarówno w Warszawie, jak i poza nią, na terenie całej Polski, po wcześniejszym uzgodnieniu. Na stronie internetowej programu dostępny jest formularz zgłoszeniowy dla szkół z Warszawy oraz spoza niej⁴⁴.

Celem programu jest zapobieganie depresji u młodzieży gimnazjalnej poprzez edukację na temat objawów tej choroby i kształtowanie racjonalnych postaw młodzieży wobec pomocy specjalistycznej w kryzysach psychicznych. W opisie programu celowo nie używa się określenia, że jest to program zapobiegania samobójstwom i zachowaniom samobójczym, ale ponieważ depresja jest jedną z głównych przyczyn samobójstw wśród młodych ludzi, zwiększa ryzyko samouszkodzeń i prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży, program ten wpisuje się w katalog działań, które mogą prowadzić do zmniejszenia liczby samobójstw i prób samobójczych wśród młodzieży w okresie dojrzewania.

Osią programu jest komiks o depresji „Czarne fale” oraz towarzyszący mu scenariusz lekcji. Taka forma przekazu sprawia, że młodzież łatwo przyswaja potrzebną wiedzę w atrakcyjnej dla tej grupy wie-



2. „Czarne fale” - lekcje o depresji

Projekt edukacyjny prewencji samobójstw „Czarne fale”, opracowany pod kierunkiem czołowych polskich psychiatrów i specjalistów w dziedzinie edukacji. Adresowany jest do uczniów trzecich klas gimnazjum.

Projekt został opracowany i jest realizowany przez Fundację III Kliniki Psychiatrii „Syntonia”. W ramach projektu stworzony został komiks o depresji „Czarne fale” oraz oparty na nim scenariusz lekcji. Komiks przybliży sposób pracy psychiatry i psychologa, pokazuje na czym polega terapia, pomaga również zmniejszyć

⁴⁴ Informacje ze strony <http://czarnefale.blogspot.com/>.

kowej postaci. W szkołach objętych programem realizowane są lekcje warsztatowe trwające 2 x 45 min. Każda klasa podzielona jest na dwie grupy i zajęcia prowadzone są w kameralnej atmosferze. Lekcje prowadzą dwaj lekarze psychiatry lub psychiatra i psycholog. W ich trakcie młodzież ma okazję porozmawiać z profesjonalistą na temat rozpoznawania i leczenia depresji, dowiedzieć się, gdzie szukać pomocy oraz sprawdzić swoje umiejętności w trakcie ćwiczeń praktycznych. Półotwarta formuła scenariusza umożliwia dostosowanie go do potrzeb każdej grupy.

W 2015 roku Fundacja III Kliniki Psychiatrii „Syntonia” zrealizowała pilotaż projektu w warszawskich gimnazjach (który ogółem objął ok. 450 uczniów). Przeprowadzona ewaluacja potwierdziła pozytywny odbiór programu przez młodzież i pedagogów. W 2016 roku program uzyskał dotację z Biura Edukacji m.st. Warszawy (80% kosztów projektu) i dzięki temu w okresie od marca 2016 do czerwca 2017 roku będzie realizowany w 106 klasach warszawskich gimnazjów (do tej pory odbyło się 45 lekcji, wzięło w nich udział około 1125 uczniów). Do przeprowadzenia programu fundacja „Syntonia” przygotowała zespół 23 edukatorów (lekarzy rezydentów psychiatrów i psychologów)⁴⁵.

Zalety:

Program opracowany wspólnie przez psychiatrów i psychologów zajmujących się psychoedukacją, sprawdzony poprzez pilotaż, realizowany w porozumieniu z władzami JST nadzorującymi szkoły lub bezpośrednio z dyrekcją szkół, wspomagany edukacyjnie w postaci komiksu jako narzędzia „bliskiego” młodzieży, zgodnie z zaleceniami dotyczącymi programów przeciwdziałania samobójstwom nie informuje o tym, a de facto temu służy. Program kierowany do właściwej grupy wiekowej młodzieży w wieku 14–16 lat, w okresie buntu, a jednocześnie kształtowania się postaw życiowych w wieku dojrzewania i przejścia do kolejnego etapu edukacji, co wiąże się ze stresem, rywalizacją i ryzykiem nieradzenia sobie z emocjami.



3. Programy „8 X O” oraz „Antydepresja” kierowane do firm i indywidualnych osób pracujących

To programy szkoleń skierowane do firm⁴⁶ i osób indywidualnych, prowadzone w formie warsztatów w grupach od kilku do kilkudziesięciu osób. W praktyczny sposób uczą one, jak zarządzać własną „energiją życiową”, jak zapobiegać wypaleniu, jak regenerować się i utrzymywać równowagę pomiędzy życiem zawodowym i prywatnym, a także jak unikać i radzić sobie z sytuacjami, które mogą doprowadzić do depresji. To przykłady programów, które mimo że nie są tak pozycjonowane, mają wszelkie cechy programów profilaktycznych z zakresu zdrowia psychicznego i promocji zdrowego stylu życia. Nazwa 8 x O pochodzi od pierwszych liter słów: oddech, obecność, oparcie, odreagowanie, odmawianie, odżywianie i opiekowanie się sobą. „Antydepresja” to warsztaty, podczas których poznaje się techniki mindfulness i odbywa się praktyczna nauka ćwiczeń, jak rozładowywać emocje oraz radzić sobie z trudnymi sytuacjami. W prosty i przyjazny sposób przekazywane są najważniejsze informacje, jak przeciwdziałać depresji, a uczestnicy rozpoczynają proces autoterapii.

Sposób ich prowadzenia daje bardzo dobre efekty, dlatego są wysoko oceniane zarówno przez samych jego uczestników, jak i pracodawców. Wpisują się w zalecenia Joint Action on Mental Health and Wellbeing w zakładach pracy dotyczące promocji zdrowia psychicznego, radzenia sobie ze stresem i przeciwdziałania zaburzeniom psychicznym. Przykłady tego typu programów z innych krajów europejskich, organizowane przez „biznes dla biznesu”, a także państwowych czy komunalnych zakładów pracy, znajdują się w raporcie Joint Action on Mental Health and Wellbeing, *Situation Analysis and Policy Recommendations in Mental Health at Workplaces*⁴⁸.

Podobnie jak tamte programy są prowadzone przez wyspecjalizowane firmy szkoleniowe na terenie tych krajów, także program „8 x O” czy „Antydepresja” mogą być prowadzone na terenie całej Polski przez przygotowanych do tego psychologów i psychoedukatorów.

⁴⁵ Informacje dodatkowe o programie „Czarne fale” uzyskane od zarządu fundacji „Syntonia”.

⁴⁶ Informacje ze strony <http://ipsi.pl/8xo/>.

⁴⁷ Informacja ze strony <http://ipsi.pl/antydepresja/>.

⁴⁸ Joint Action on Mental Health and Wellbeing, *Situation Analysis and Policy Recommendations in Mental Health at Workplaces*, published December 2015, <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/WP6%20Final.pdf>.

Zalety:

Program rozwijany od kilku lat przez grupę psychologów z wieloletnim doświadczeniem terapeutycznym, profesjonalnie prowadzony przez firmę zbudowaną przez psychologów i psychoterapeutów, którzy wyspecjalizowali się w pomocy psychologicznej i szkoleniach dla pracowników korporacji i firm, gdzie ze względu na duże wymagania stawiane menedżerom i pracownikom, osoby te są narażone na życie w stałym stresie, wypalenie, depresję czy nawet samobójstwa. Praktyczny program z zakresu promocji zdrowia psychicznego uczący zmiany postaw, wyrabiania i utrzymywania zdrowych nawyków. Dotychczas kierowany do korporacji, obecnie do małych i średnich firm, a także osób indywidualnych z grup zawodowych narażonych poprzez styl życia na zaburzenia psychiczne.

Świadomość istnienia takich programów wśród przedsiębiorców działających w małych i średnich firmach w naszym kraju wciąż jest nieduża. Podobnie jest z pracodawcami takimi jak oświata, służba zdrowia czy administracja publiczna.

Upowszechnienie korzystania z programów typu „8 x 0” oraz „Antydepresja” kierowanych do pracowników poprzez pracodawców sektora publicznego zarządzanych przez JST oraz małych i średnich firm prywatnych, szczególnie w małych miastach, siedzibach powiatów, a nawet gmin okalających miasta czy dzielnic dużych miast może i powinno odbywać się z zaangażowaniem i wsparciem ze strony lokalnych jednostek samorządu terytorialnego. To one, na tym poziomie samorządu są często miejscem integrującym lokalnych przedsiębiorców, a także mogą mieć realny wpływ na kulturę zarządzania i pracy w podległych sobie spółkach komunalnych.



4. Uniwersytety Trzeciego Wieku i inne organizacje wspierające politykę senioralną Polski

„Polityka senioralna to ogół celowych działań organów administracji publicznej wszystkich szczebli oraz innych organizacji i instytucji, które realizują zadania i inicjatywy kształtujące warunki godnego i zdrowego starzenia się. Jej celem w Polsce jest wspieranie i zapewnienie możliwości aktywnego starzenia się w zdrowiu oraz możliwości prowadzenia w dalszym ciągu samodzielnego, niezależnego i satysfakcjonującego życia, nawet przy ograniczeniach funkcjonalnych”. Ten cytat z „Założeń długofalowej polityki senioralnej w Polsce na lata 2014-2020”⁴⁹ przyjętej w 2013 roku został tu przytoczony, aby podkreślić, iż jednym z obszarów, w którym jako priorytetowe, winny być realizowane działania profilaktyczne wspierające zdrowie psychiczne, jest właśnie polityka senioralna. Ogromną część tych działań mogą, powinny i w dużym stopniu już realizują liczne JST samodzielnie lub z udziałem organizacji pozarządowych oraz aktywistów społecznych w wieku senioralnym. To kluczowy element w procesie budowania i rozwoju polityki aktywnego, zdrowego i godnego starzenia się.

Przywołany w tym punkcie Ruch Uniwersytetów Trzeciego Wieku⁵⁰ oraz inne organizacje pozarządowe o charakterze lokalnym lub ogólnopolskim czy Rady Seniorów działające przy Jednostkach Samorządu Terytorialnego w ramach swojej działalności edukacyjnej, społecznej, kulturalnej, turystycznej czy nawet rekreacyjnej prowadzą de facto działania, które Joint Commission for Action on Mental Health and Wellbeing określa mianem promocji zdrowia psychicznego osób w wieku senioralnym.

W zasadzie każda tego typu aktywność, w efekcie której osoby starsze są aktywizowane w sensie fizycznym i umysłowym, wspiera ich zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne, pozwalając osobom w wieku emerytalnym nie tylko na dłuższe utrzymanie ich w lepszym zdrowiu i samodzielności, ale także na aktywne wykorzystanie potencjału, który wciąż mają. Utrzymywanie relacji z innymi osobami

⁴⁹ *Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020*, „Monitor Polski” Warszawa, dnia 4 lutego 2014 r., poz. 118, <https://www.mpis.gov.pl/seniorzyaktywne-starzenie/zalozeniadlugofalowej-polityki-senioralnej-w-polsce-na-lata-20142020/>, ZDPS%2014-02-04%20%20Monitor%20Polski%20(1).pdf.

⁵⁰ Hasińska Z., Tracz E., *Rola uniwersytetów trzeciego wieku w aktywnym starzeniu się*, „Nauki Społeczne - Social Sciences” 1(7), Uniwersytet Ekonomiczny, Wrocław 2013.

w podobnym wieku, o tych samych zainteresowaniach i problemach, ale jednocześnie różnych doświadczeniach życiowych sprzyja utrzymaniu osób w wieku senioralnym, 60/65+, w lepszej kondycji psychofizycznej. Mimo że nie nazywa się ich działaniami profilaktyki zdrowotnej (i słusznie, zgodnie z najlepszymi standardami komunikacji w zdrowiu publicznym), to są to ze wszech miar działania mieszczące się w kategorii profilaktyki zaburzeń psychicznych wieku starczego. Do takich właśnie działań na rzecz osób starszych Joint Action on Mental Health and Wellbeing wzywa władze państw, lokalnych samorządów oraz społeczeństwo w swoich rekomendacjach skierowanych do Europejczyków poprzez hasło „Zdrowie psychiczne we wszystkich politykach”⁵¹ oraz w raporcie poświęconym organizacji opieki psychiatrycznej na poziomie lokalnej społeczności i środowisku życia osób z zaburzeniami psychicznymi oraz osób z grup ryzyka⁵². Samotność i niesamodzielność to dwa największe czynniki ryzyka depresji osób w wieku senioralnym.

Zalety:

Mnogość ofert z różnych obszarów – nauki, kultury, turystyki czy rekreacji, szczególnie w dużych miastach, rosnąca świadomość samych seniorów i ich coraz lepsza samoorganizacja zarówno na poziomie lokalnym, jak i ogólnokrajowym. Wspieranie takiej działalności przez władze samorządowe wszystkich szczebli zasługuje nie tylko na uznanie, ale na jak najszerze upowszechnienie. Najlepsze doświadczenia z obszaru działań na rzecz osób w wieku senioralnym winny być szeroko upowszechniane na forum ogólnopolskich organizacji seniorów oraz innych organizacji pozarządowych działających na ich rzecz.

5.2

Profilaktyka zaburzeń psychicznych na świecie

Po analizie zgromadzonych dokumentów organizacji międzynarodowych, WHO⁵³ oraz Joint Action on Mental Health and Wellbeing⁵⁴, nasuwa się następująca konkluzja.

W wielu krajach na świecie, w USA, Kanadzie, Australii oraz krajach Europy Zachodniej, programy dotyczące zapobieganiu depresji oraz samobójstwom są organizowane i przeprowadzane przez profesjonalnie przygotowane do tego zespoły psychoedukatorów, osób z wykształceniem psychologicznym, psychoterapeutycznym oraz psychiatrycznym, na podstawie zestawu sprawdzonych narzędzi komunikacyjnych i metod adekwatnych do grupy wiekowej, która jest przedmiotem oddziaływania.

Działania te już są – lub dąży się do tego, aby były – częścią wielopłaszczyznowego oddziaływania na całą populację. Dlatego, zgodnie z zaleceniami zarówno WHO, jak i JA MH-WB, wszelkie aktywności na tym polu winny być częścią narodowych programów przeciwdziałania depresji oraz samobójstwom, w których kluczową rolę oprócz legislacji odgrywa komunikacja i profilaktyka, nazywana też prewencją pierwotną.

Joint Action on Mental Health and Wellbeing w zakresie pierwotnej prewencji depresji rekomenduje redukcję stresu oraz budowanie psychicznej odporności zgodnie z następującą definicją:

„Zapobieganie depresji to wszelkiego rodzaju działania, które przyczynią się do tego, że depresja nie pojawi się. Pierwotna prewencja depresji obejmuje zatem odmienność zachowań i problemy z dzieciństwa, budowanie emocjonalnej odporności, wzmacnianie ludzi oraz promocję zdrowego stylu życia”.

Są to zatem działania, które powinny być kierowane szczególnie do rodziców małych dzieci, wspomagające ich w wychowaniu i budowaniu zdrowia psychicznego własnych dzieci, ale także do ich opiekunów i wychowawców w przedszkolach czy młodszych klasach szkół podstawowych.

⁵¹ Joint Action on Mental Health and Wellbeing, *Situation Analysis and Policy Recommendations in Mental Health in All Policies*, published December 2015, <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/MHiAP%20Final.pdf>.

⁵² Joint Action on Mental Health and Wellbeing, *Situation Analysis and Policy Recommendations in Community-Based approaches to Mental Health*, published December 2015, <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/WP5%20Final-20151203075843.pdf>.

⁵³ *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*, <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being>.

⁵⁴ Joint Action on Mental Health and Wellbeing, *Situation Analysis and Policy Recommendations in Depression, Suicide Prevention and E-health*, published January 2016,

Prewencja wtórna depresji powinna z kolei koncentrować się na zapobieganiu jej występowaniu na poziomie populacyjnym – temu służą np. programy kierowane do uczniów w szkołach, angażujące także nauczycieli oraz programy skierowane do grup ryzyka, np. dzieci rodziców z depresją, opiekunów osób chorych na schizofrenię czy osób LGBTQ). To także programy, których celem jest budowanie indywidualnej odporności psychicznej oraz redukcja stresu. Ich odbiorcami powinni być:

- dzieci i dorastająca młodzież (15-17 lat),
- osoby pracujące w programach realizowanych w miejscu pracy,
- osoby z grup ryzyka.

Celem programów kierowanych do dzieci i młodzieży powinno być:

- nabycie w dzieciństwie oraz w okresie dorastania podstawowych umiejętności radzenia sobie z trudnościami w celu zbudowania indywidualnej odporności psychicznej.

Celem programów kierowanych do pracowników powinno być:

- upowszechnienie wiedzy na temat depresji oraz zdobycie przez osoby pracujące praktycznych umiejętności, jak radzić sobie ze stresem oraz jak budować równowagę pomiędzy życiem zawodowym a osobistym,
- upowszechnienie umiejętności zmiany postaw oraz zachowań na prozdrowotne, co powinno być oparte na sprawdzonych metodach oddziaływania na zdrowie publiczne (np. *Mental Health First Aid* - MHFA),

Celem programów kierowanych do grup podwyższonego ryzyka depresji oraz samobójstw powinno być:

- wsparcie w zakresie podstawowych umiejętności życiowych, radzenia sobie ze stresem, rozwiązywania problemów.

Osoby z grup podwyższonego ryzyka depresji oraz samobójstw to: bezrobotni, imigranci, osoby chore na przewlekłe postępujące i nieuleczalne choroby (depresja często towarzyszy cukrzycy typu 2, chorobom układu sercowo-naczyniowego, przewlekłym chorobom układu oddechowego, kostno-stawowego oraz nerwowego), osoby w żałobie po stracie kogoś bliskiego, a także osoby LGBTQ.

Programy te winny być organizowane i finansowane głównie ze środków publicznych oraz przez międzynarodowe organizacje pomocowe, a ich prowadzenie powinno być powierzane zarówno wyspecjalizowanym instytucjom publicznym, jak i organizacjom pozarządowym dysponującym odpowiednim zapleczem organizacyjnym i kadrowym.

Przegląd programów kierowanych głównie do szkół średnich i ich uczniów, w zakresie profilaktyki depresji oraz przeciwdziałaniu samobójstwom wskazuje, że program „Czarne fale” jest prowadzony na podstawie tożsamyh efektywnych metod, co w innych krajach. **Różnica między Polską a niektórymi krajami europejskimi polega głównie na skali takich przedsięwzięć.**

Warto tu podkreślić, że mocne rekomendacje organizacji międzynarodowych zajmujących się promocją zdrowia psychicznego i przeciwdziałaniem jego zaburzeniom to: międzysektorowa współpraca systemów opieki zdrowotnej, społecznej i edukacji oraz wielopłaszczyznowe budowanie świadomości społecznej w zakresie problemów zdrowia psychicznego. Obecnie osoby z takimi zaburzeniami to nie odizolowane i żyjące poza nawiasem społeczeństwa jednostki o ciężkich objawach, ale ludzie uczący się, pracujący i mieszkający wśród nas, nasi koledzy, sąsiedzi i krewni, którzy z różnych powodów w pewnym momencie swojego życia, na ogół zbyt aktywnego i tylko z pozoru szczęśliwego, mogą nie widzieć dla siebie pomocy, wyjścia z trudności finansowych czy emocjonalnych i stanąć na krawędzi życia. To ludzie tacy sami, jak my, a może nawet my sami. Jak dowodzą coraz liczniejsze przykłady znane publicznie, depresja i samobójstwa dotyczą także ludzi sławnych czy tzw. ludzi sukcesu, co dowodzi, że sukces i bogactwo nie są gwarantem zdrowia. Nie są nim także odizolowane od siebie, ogrodzone płotami lub nawet murami, osiedla czy domy.

To, co sprzyja zdrowiu psychicznemu ludzi i jest w zasięgu możliwości władz lokalnego samorządu, to budowanie atmosfery otwartości, wzajemnego wsparcia, pomocy w trudnych sytuacjach, skierowania osoby w kryzysie emocjonalnym do profesjonalnie przygotowanych fachowców.

Podstawowym celem służy informacja kierowana do mieszkańców za pomocą ulotek czy plakatów oraz przez lokalne media, szkolenia dla pracowników obsługujących mieszkańców w urzędach czy centrach pomocy rodzinie. To w tych miejscach mieszkańcy mogą dostać pomoc w postaci, czy to informacji, czy

rozmowy stanowiącej wstęp do profesjonalnej pomocy. A ta, jak podkreśla Joint Action on Mental Health and Wellbeing, najlepiej, aby była udzielona blisko miejsca zamieszkania, przez zorganizowanie leczenia psychiatrycznego i psychoterapii w modelu środowiskowej opieki psychiatrycznej.

Model taki, podawany jako wzorzec do naśladowania przez wszystkie kraje europejskie, to środowiskowa opieka psychiatryczna we włoskim Trieście⁵⁵. Jego organizacja w Polsce w dużej mierze zależy, podobnie jak przez blisko 50 lat w Trieście, od determinacji lokalnych władz, które chcą służyć jak najlepiej swojej społeczności. Powstanie takiego modelu opieki psychiatrycznej w naszym kraju zakładał już Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2010–2015, ale rządzący w tym okresie w Polsce, nie zrobili niemal nic, by zrealizować jego cele. W obecnie opiniowanym projekcie kolejnego Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016–2020 taka organizacja opieki psychiatrycznej w Polsce jest jednym z głównych celów programu. Jej istotą jest działanie środowiskowych centrów zdrowia psychicznego, dostępnych 24 godziny na dobę przez cały rok na rzecz kilkudziesięciotysięcznej populacji, które – usytuowane pod jednym dachem lub będące w konsorcjum blisko położonych, zintegrowanych ze sobą placówek – świadczą pomoc psychologiczną, psychotherapeutyczną i psychiatryczną, w zależności od potrzeb pacjentów, w trybie ambulatoryjnym, dziennym lub szpitalnym, mając do swojej dyspozycji 4–8 łóżek. Oprócz tego w modelu tak zorganizowanej opieki psychiatrycznej działa oddział psychiatryczny z kilkudziesięcioma (20–40) łózkami w lokalnym szpitalu ogólnym. Wsparciem dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz chorych psychicznie służą lokalne służby socjalne, biura pośrednictwa pracy czy spółdzielnie pracy, które bardzo blisko współpracują ze środowiskowymi centrami zdrowia psy-

chicznego. Dzięki takiej organizacji opieki psychiatrycznej istotnie redukuje się kosztowne i długotrwałe hospitalizacje, zwiększa się liczba odpowiednio leczonych osób z zaburzeniami psychicznymi i dzięki temu mogą one uczyć się, pracować i pełnić swoje role społeczne. Spada także liczba samobójstw oraz prób samobójczych. Zmniejsza się poziom stygmatyzacji i wykluczenia społecznego osób z zaburzeniami psychicznymi.

Stworzenie takiego modelu nie jest działaniem wynikającym z Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 i zbudowanie go w Polsce samodzielnie przez JST nie jest możliwe. Jednak świadomość, jak taki model powinien działać także w naszym kraju jest konieczna na poziomie władz powiatowych lub dzielnicowych, gdyż bez niej, przy dotychczasowych przeszkodach, nie powstanie on przez kolejne lata. W zakresie prewencji depresji i wczesnego jej wykrywania w Europie prowadzone są także podobne programy, takie jak „Wyprzedzić smutek”, z tą różnicą, że tam gdzie istnieje już środowiskowa opieka psychiatryczna, programy te prowadzone są na terenie lokalnych centrów zdrowia psychicznego, a nie tak jak w Krakowie przez specjalistyczny duży szpital psychiatryczny. Także programy zarządzania stresem i radzenia sobie z nim w firmach są w wielu krajach europejskich organizowane przez prywatne firmy szkoleniowe. W dużych firmach, szczególnie globalnych korporacjach, takie programy są ważną częścią polityki zdrowotnej i „wellbeingowej” firm. W firmach takich zdrowie psychiczne oraz dobrostan pracowników są co najmniej tak samo ważne, jak szczepienia przeciwko grypie czy pomoc w rzuceniu palenia tytoniu. Wynika to z rosnącej wśród pracodawców świadomości wagi zdrowia, w tym także zdrowia psychicznego, dla kondycji firm oraz całej gospodarki.

⁵⁵ Mezzina R., *An „Open Door - No Restraint” System of Care for Recovery and Citizenship*, „The Journal of Nervous and Mental Diseases” - Volume 202, Number 6, June 2014. <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/WP4%20Final.pdf>.

6

Jak przygotować i zrealizować dobry regionalny program ochrony zdrowia psychicznego?

Instrukcję, jak napisać program polityki zdrowotnej, nazywany do niedawna także programem profilaktyki zdrowotnej lub programem promocji zdrowia, opublikowała na swojej stronie internetowej Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji⁵⁶. Wynika z niej, że „Program Polityki Zdrowotnej (PPZ) - jest to zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego”.

Podstawowym aktem prawnym regulującym funkcjonowanie w systemie ochrony zdrowia programów polityki zdrowotnych jest ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1793, z późn. zm.). PPZ powinny uwzględniać priorytety zdrowotne określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31a ust. 2 Ustawy (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych, Dz. U. z 2009 r., Nr 137, poz. 1126). PPZ powinny być także zbieżne z Narodowym Programem Zdrowia. Ustawa nakłada obowiązek na jednostki samorządu terytorialnego (JST) przekazywania projektów PPZ do AOTMiT celem ich zaopiniowania. Na proces analizy przekazanego projektu i przygotowania opinii AOTMiT ma 2 miesiące.

Aby go przygotować, trzeba przejść 8 etapów:

- planowanie programu,
- zdefiniowanie problemu zdrowotnego i epidemiologia,
- określenie celów i mierników efektywności zgodnie z zasadą SMART,

- charakterystyka populacji docelowej oraz zaplanowanie interwencji,
- monitorowanie i ewaluacja programu,
- trwałość efektów zdrowotnych,
- planowanie budżetu i koszty,
- organizacja programu.

Kluczowe są 3 pierwsze, a więc planowanie, zdefiniowanie problemu zdrowotnego i jego epidemiologia, a także precyzyjne określenie celów i mierników efektywności. Żadne przedsięwzięcie o charakterze opisanym w definicji PPZ nie uda się bez dobrego planu, opisanego problemu zdrowotnego, celów oraz mierników realizacji. Cel musi być osiągalny i mierzalny zgodnie z zasadą SMART:

Specific – sprecyzowany, konkretny, szczegółowy i dobrze zdefiniowany.

Measurable – mierzalny, a więc którego realizację można monitorować i mierzyć.

Achievable – osiągalny. Nie warto wyznaczać sobie celów nieosiągalnych.

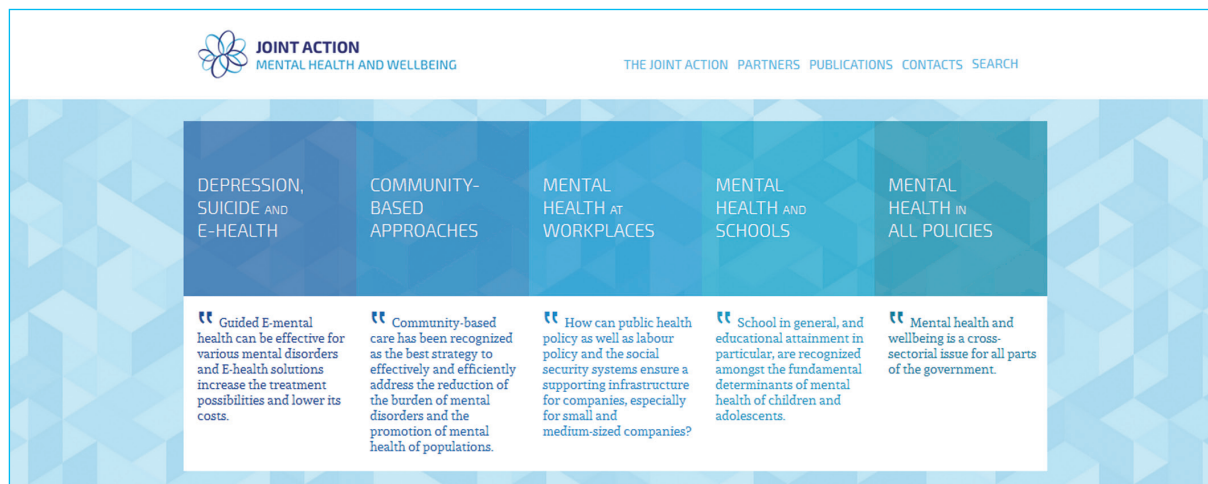
Relevant – istotny, ważny, a zatem musi odpowiadać na pytanie, co ważnego można zyskać dzięki jego realizacji lub co ważnego zmieni się po jego osiągnięciu?

Time-bound – zaplanowany w zdefiniowanym z góry czasie.

Postęp realizacji PPZ musi być monitorowany, więc trzeba umieć zmierzyć punkt startu, wyznaczyć sobie określone punkty pomiaru oraz mierniki efektywności, które pozwolą na ocenę, czyli – innymi słowy – ewaluację czy poprzez działania PPZ został osiągnięty zakładany cel główny lub cele cząstkowe.

W zakresie oceny programów zdrowia psychicznego często stosuje się ankiety, na które przed, w trakcie i po programie odpowiadają jego uczestnicy. Dość częstą

⁵⁶ *Praktyczne wskazówki dotyczące planowania, wdrażania oraz realizacji programów polityki zdrowotnej*, AOTMiT 2016, <http://www.aotm.gov.pl/www/programy-polityki-zdrowotnej/instrukcja-planowania-wdrazaniaoraz-realizacji-ppz/>.



Źródło: Strona internetowa <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/>.

praktyką jest, że w kilka miesięcy lub nawet po dłuższym okresie wraca się do uczestników programu, np. treningu radzenia sobie ze stresem lub oceny własnej kondycji psychicznej. Trzeba wiedzieć, że ankiety takie powinny być anonimowe. Dobrą praktyką jest także, aby były one robione w wersji elektronicznej. Zachowanie anonimowości takich ankiet, czy to papierowych, czy elektronicznych zwiększa szanse na lepszą ocenę sytuacji w danej populacji, np. w zakresie depresji czy lęków. To także wyraz profesjonalizmu i poszanowania praw osób z zaburzeniami psychicznymi, które mogą się ich wstydzić ze względu na obawę wykluczenia czy wręcz napiętnowania.

Bardzo ważną kwestią jest też to, że opracowanie PPZ należy do obowiązków JST, natomiast przeprowadzenie programu można (a w przypadku tak wrażliwych kwestii, jak przeciwdziałanie samobójstwom lub zachowaniom ryzykownym – wręcz należy) w drodze konkursu powierzać profesjonalistom z zakresu psychiatrii, psychologii czy psychoedukacji.

Warto sięgać więc do sprawdzonych i rekomendowanych programów, czy to polskich, czy zagranicznych. Te ostatnie można znaleźć na stronie Joint

Action on Mental Health and Wellbeing – <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/> w zakładce z publikacjami nt. rekomendowanych działań w zakresie poprawy zdrowia psychicznego i dobrostanu.

Warto pamiętać także o podstawowej zasadzie, aby sam program oraz towarzysząca mu komunikacja miały pozytywne przesłanie. Nie wolno wręcz mówić publicznie i pisać w jakichkolwiek materiałach, że np. program ma na celu wczesne wykrycie osób o skłonnościach autodestrukcyjnych. Zasada *primum non nocere* jest w tym przypadku koniecznością⁵⁷.

Chcąc zorganizować taki program na poziomie gminy czy powiatu warto pomyśleć o współpracy z władzami sąsiednich powiatów lub gmin tak, by zakres jego oddziaływania a także budżet na realizację były jak największe. Jednak, być może najważniejszą kwestią, nie jest plan czy środki na realizację dużego programu, ale świadomość, że zdrowiu psychicznemu służy każde działanie, które dotyczy np. propagowania systematycznej rekreacji czy aktywności fizycznej. Zgodnie ze starym powiedzeniem „W zdrowym ciele, zdrowy duch”.

⁵⁷ Szymańska J., *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, <https://www.ore.edu.pl/>.

7

Literatura

1. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, UN 2008 <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>.
2. Dane Komendy Głównej Policji, <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/samobojstwa>.
3. European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing, EU Joint Action On Mental Health and Wellbeing, Final Conference – Brussels, 21-22 January 2016, [http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/Framework%20for%20action_19jan%20\(1\)-20160119192639.pdf](http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/Framework%20for%20action_19jan%20(1)-20160119192639.pdf).
4. *European Pact for Mental Health and Well-being*, EU High-level Conference Together for Mental Health and Well-being, Brussels, 12-13 June 2008.
5. Factsheet, *Highlights from OECD's Mental Health and Work Review*, OECD
6. *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, [In series:] *Mental Health and Work*, OECD 2015.
7. Gałązka-Sobotka M. (red.), Drapała A., Karczewicz E., Zalewska H., Gierczyński J., Gryglewicz J., Sielicki P., Wrona W., *Depresja – analiza kosztów ekonomicznych i społecznych*, Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarzskiego, Warszawa 2014
8. Gujski M., Kalbarczyk W.P., Tytko Z., Ścibek A., *Zdrowie priorytetem politycznym państwa - analiza i rekomendacje*, wydanie 2 poprawione, Instytut Ochrony Zdrowia, Warszawa 2013.
9. Hasińska Z., Tracz E., *Rola uniwersytetów trzeciego wieku w aktywnym starzeniu się*, „Nauki Społeczne - Social Sciences” 1 (7), Uniwersytet Ekonomiczny, Wrocław 2013.
10. *Health 2020. A European policy framework and strategy for 21st century*, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1.
11. *Health 2020. A European policy framework and strategy for 21st century*, s. 11, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1.
12. Heitzman J., *Zdrowie psychiczne i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa - cel operacyjny Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Prezentacja z III Kongresu Zdrowia Publicznego, 24 listopada 2016 r.
13. <http://czarnefale.blogspot.com/>
14. <http://ipsi.pl/8xo/>
15. <http://ipsi.pl/antydepresja/>
16. <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being>.
17. <http://www.profilaktykawmalopolsce.pl/depresja>.
18. Huxley P., *The European Mental Health Integration Index: reflections and conclusions*, „Psychiatria”, tom 12, nr 1, Via Medica 2015.
19. Informacja ze spotkania Sekcji Ochrony Zdrowia Narodowej Rady Rozwoju w dniu 9 lutego 2016 r. poświęconego problemom zdrowia psychicznego i psychiatrycznej opieki zdrowotnej.
20. Informacje o środowiskowym Systemie Opieki nad Zdrowiem Psychicznym w Trieście i okolicach.
21. Joint Action on Mental Health and Wellbeing, *Situation Analysis and Policy Recommendations in Mental Health and Schools*, published January 2016, http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/Mental%20Health%20and%20Schools_feb2316.pdf.
22. Joint Action on Mental Health and Wellbeing, *Situation Analysis and Policy Recommendations in Mental Health at Workplaces*, published December 2015, <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/WP%20Final.pdf>.

23. Joint Action on Mental Health and Wellbeing, *Situation Analysis and Policy Recommendations in Community-Based approaches to Mental Health*, published December 2015, <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/WP5%20Final-20151203075843.pdf>.
24. Joint Action on Mental Health and Wellbeing, *Situation Analysis and Policy Recommendations in Depression, Suicide Prevention and E-health*, published January 2016, <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/WP4%20Final.pdf>.
25. Joint Action on Mental Health and Wellbeing, *Situation Analysis and Policy Recommendations in Mental Health in All Policies*, published December 2015, <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/MHiAP%20Final.pdf>.
26. KOM(2011) 709 Bruksela, 9.11.2011.
27. Komunikat Komisji Europejskiej: *Europa 2020 – Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu*, KOM (2010) 2020 wersja ostateczna, Bruksela, 03.03.2010 r., http://ec.europa.eu/eu2020/pdf/1_PL_ACT_part1_v1.pdf.
28. Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia z 1946 roku.
29. *Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020*, Warszawa, lipiec 2015.
30. Kulik M., Małowicka M., Mucha E., Górka A., Chudzicka A., Ziobro M., *Schizofrenia. Rola opiekunów w kreowaniu współpracy*, HTA Consulting, Kraków 2016.
31. Leczenie w warunkach domowych i „gościnność” w kompleksowym Środowiskowym Centrum Zdrowia Psychicznego na podstawie artykułu Roberto Mezziny i Sonii Johnson.
32. Leppo K., Ollila E., Peña S., Wismar M., Cook S., *Health in All Policies. Seizing Opportunities, Implementing Policies*, Ministry of Social Affairs and Health Finland, National Institute for Health and Welfare, European Observatory on Health Systems and Policies, UNRISD, Ministry of Foreign Affairs of Finland, 2013.
33. Łoza B., Gryglewicz J., *Raport Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego 2016–2020. Rekomendacje*, Obywatelska Koalicja na Rzecz Zdrowia Psychicznego, Warszawa, październik 2015
34. *Making Mental Health Count. The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*, „OECD Health Policy Studies”, 2014, <https://www.oecd.org/health/health-systems/making-mental-health-count-9789264208445-en.htm>.
35. *Małopolski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011–2015*, październik 2011.
36. Materiały programu edukacyjnego prewencji samobójstw „Czarne fale” realizowanego przez Fundację III Kliniki Psychiatrii "Syntonia" adresowanego do uczniów trzecich klas gimnazjum.
37. Materiały programu „Wyprzedzić smutek” realizowanego w ramach Małopolskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011–2015
38. *Mazowiecki Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011–2015*, grudzień 2011.
39. Mezzina R., *An „Open Door – No Restraint” System of Care for Recovery and Citizenship*, „The Journal of Nervous and Mental Diseases” – Volume 202, Number 6, June 2014
40. *mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*, WHO 2010, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44406/1/9789241548069_eng.pdf.
41. *mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Version 2.0*, http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en/.
42. Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B., *Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej*, EZOP Polska, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012.
43. Murawiec S., *Integracja społeczna i zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi – Polska na tle Europy*, dr Paul Kielstra w rozmowie z dr Sławomirem Murawcem, „Psychiatria”, tom 12, nr 1, Via Medica 2015.
44. Murawiec S., *Sprawozdanie z posiedzenia European Parliament Interest Group on Mental Health, Well-being and Brain Disorders*, Bruksela, 19 listopada 2014 roku, „Psychiatria”, tom 12, nr 1, Via Medica 2015.
45. Murawiec S., Krysta K., *One of Many Lessons from the European Mental Health Integration Index*, „Psychiatria Danubina”, 2015; Vol. 27, Suppl. 1, pp 97–102.
46. OECD/EU (2016), *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris 2016., <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>.

47. Poland Country Report: *A mismatch between policy and reality. Mental health and integration. Provision for supporting people with mental illness: A comparison of 30 European countries*, The Economist Intelligence Unit Limited 2014.
48. *Praktyczne wskazówki dotyczące planowania, wdrażania oraz realizacji programów polityki zdrowotnej*, AOTMiT 2016, <http://www.aotm.gov.pl/www/programy-polityki-zdrowotnej/instrukcja-planowania-wdrazania-oraz-realizacji-ppz/>
49. Projekt z dnia 05.01.2016 r. Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.
50. Projekt z dnia 23.09.2016 r. Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.
51. Projekt z dnia 24.11.2016 r. Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2020, <http://legislacja.rcl.gov.pl/docs//3/12290251/12380551/12380552/dokument246338.pdf>.
52. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020.
53. *Spirituality and health: an initial proposal to incorporate spiritual health in health impact assessment*, 2003, <http://www.who.int/hia/examples/overview/whohia203/en/>.
54. Szaulińska K., Chmielewski D., „Czarne fale. Jak radzić sobie z depresją. Poradnik dla młodzieży”, Warszawa 2015.
55. Szymańska J., *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, <https://www.ore.edu.pl/>.
56. *The European Mental Health Action Plan*, WHO Europe, 2013, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/194107/63wd11e_MentalHealth-3.pdf.
57. *The Mental Health Integration Index – expert panel briefing*, An Economist Intelligence Unit research project sponsored by Janssen, prezentacja Power Point, 15 listopada 2016.
58. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym Dz.U. 2015 poz. 1916.
59. *WHO Global Mental Health Action Plan 2013-2020*, WHO 2013, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-en.pdf.
60. Wittchen H.U., Jacobi F., Rehm J., Gustavsson A., Svensson M., Jönsson B., Olesen J., Allgulander C., Alonso J., Faravelli C., Fratiglioni L., Jennum P., Lieb R., Maercker A. Os J. van, Preisig M., Salvador-Carulla L., Simon R., Steinhausen H.-Ch., *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010*, ECNP/EBC REPORT 2011, „European Neuropsychopharmacology” (2011) 21, 655–679.
61. Zalecenia Rady UE z dnia 8 lipca 2014 r. w sprawie krajowego programu reform Polski na 2014 r. oraz zawierające opinie Rady na temat przedstawionego przez Polskę programu konwergencji na 2014 r. COM (214) 422 final.
62. Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020, „Monitor Polski” Warszawa, dnia 4 lutego 2014 r., poz. 118, <https://www.mpips.gov.pl/seniorzyaktywne-starzenie/zalozenia-dlugofalowej-polityki-senioralnej-w-polsce-na-lata-20142020/>, ZDPS%2014-02-04%20%20Monitor%20Polski%20(1).pdf.
63. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 października 2015 r. w sprawie powołania Zespołu do opracowania projektu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.
64. ZUS, *Absencja chorobowa w 2012 roku*, Warszawa 2013.
65. ZUS, *Absencja chorobowa w 2015 roku*, Warszawa 2016.

