European Community based Mental Health Service providers (EUCOMS) Network

EUROPEAN PARTNERSHIP FOR DELIVERING QUALITY COMMUNITY MENTAL HEALTH SERVICES

ZDROWIENIE DLA WSZYSTKICH W SPOŁECZNOŚCI LOKALNEJ

UCZĄC SIĘ OD SIEBIE NAWZAJEM

Konsensus w sprawie podstawowych zasad i kluczowych elementów środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego

20 grudnia 2017 r.

Guido Pieters
Torleif Ruud
Jaap van Weeghel
Michiel Bähler
Billy Murphy
Laura Shields-Zeeman
Rene Keet

Biblioteka Biura ds. pilotażu NPOZP – Zeszyt 2

Redakcja:

Joanna Rachoń

Katarzyna Szczerbowska

Jacek Wciórka

Tłumaczenie:

Jan Godyń

Ministerstwo Zdrowia

Biuro ds. pilotażu NPOZP

Biuro ds. pilotażu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego

Kierownik – Marek Balicki

Zakład Zdrowia Publicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii

Kierownik – Daria Biechowska

Projekt: Michał Bartłomowicz | Infograficy.pl

Warszawa, 7 czerwca 2021

Podziękowania

Niniejszy Konsensus nie powstałby bez wsparcia wielu partnerów z EUCOMS Network[1]. Autorzy Konsensusu wyrażają wdzięczność za konstruktywne komentarze i sugestie wielu ekspertów w dziedzinie środowiskowej opieki psychiatrycznej, będących badaczami, usługodawcami lub użytkownikami[2] usług, w tym ze strony następujących osób: Andreas Bechdolf, Anne Margriet Pot, Athina Fragkouli, Birgit Görres, Cathelijn Tjadena, Domenico Giacco, Evelyn Huizing, Guadelupe Morales, Hugo Koetsier, Jaap van Weeghel, Marc Graas, Marc Ritzen, Marijke van Putten, Martin Fojtíček, Michiel Nijsen, Nicolas Daumerie, Niels Mulder, Nils Greve, Paul Bomke, Pim Peeters, Roberto Mezzina, Sladjana Ivezic, Stefan Weinmann i Veerle Stevens. Dziękujemy Chrisowi Nas, który był zaangażowany na wczesnych etapach opracowywania Konsensusu. Podziękowania dla Marjonneke de Vetten za opracowanie układu i korektę tekstu. Podziękowania również dla Sharon Zoomer za administracyjne wsparcie w potrzebie.

1 Strona internetowa EUCOMS Network: https://eucoms.net (red.)

2 Różnorodne terminy (ang. *user*, *consumer*, *client*, *patient*) wykorzystane w tekście oryginalnym do określenia osób korzystających z ochrony zdrowia psychicznego w wydaniu polskim zastępowano w zasadzie konsekwentnie terminem pacjent, który w polskim języku i obyczaju w tej roli dominuje [(por. Anczewska i wsp. (2011). Psychiatria Polska, 45(1), 35–44] a ponadto nie nabył naznaczających i ograniczających konotacji częstych w fachowej literaturze anglosaskiej. Wyjątki od tej zasady dyktował niekiedy bardziej swoisty kontekst użycia (red.).

SPIS TREŚCI

Podziękowania **3**

Wprowadzenie **7**
Znaczenie środowiskowych usług zdrowia psychicznego 8
Struktura dokumentu Konsensus 10

1. Perspektywa etyczna **11**
Wnioski i rekomendacje dla perspektywy etycznej 12

2. Perspektywa zdrowia publicznego **17**
Wnioski i rekomendacje dla perspektywy zdrowia publicznego 18
2.1. Ocena potrzeb i planowania w zakresie środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego 20
2.2. Włączenie społeczne i przeciwdziałanie stygmatyzacji 21

3. Perspektywa zdrowienia **25**
Wnioski i rekomendacje dla perspektywy zdrowienia 26

4. Perspektywa skuteczności **31**
Wnioski i rekomendacje dla perspektywy skuteczności 32
4.1. Interwencje skoncentrowane na zmniejszaniu objawów / promowaniu zdrowia 35
Interwencje farmakologiczne 35
Interwencje psychologiczne 37
Opieka nad zdrowiem somatycznym i wsparcie w zakresie zdrowego stylu życia 38
4.2. Interwencje skoncentrowane na włączeniu społecznym 39
Współpraca z rodziną i nieformalną siecią kontaktów 39
Rehabilitacja 40
Zatrudnienie wspomagane 41
Mieszkania wspomagane 43
Interwencje w sektorze społecznym 44
4.3. E-zdrowie i M-zdrowie 47

SPIS TREŚCI

5. Perspektywa środowiskowej sieci opieki **49**
Wnioski i rekomendacje dla perspektywy środowiskowej sieci opieki 50
5.1 Integracja opieki nad zdrowiem psychicznym z podstawową opieką zdrowotną 52
5.2. Aktywne zespoły intensywnego leczenia stanów ostrych jak i długoterminowych problemów zdrowia psychicznego 53
Zespoły interwencji kryzysowej i pomoc doraźna w zakresie zdrowia psychicznego w środowisku 53
Aktywna i zintegrowana opieka dla osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi: ACT i F-ACT 54
5.3. Leczenie w przypadku podwójnej diagnozy 56
5.4. Intensywne leczenie stacjonarne dla osób z ostrymi i utrzymującymi się zaburzeniami psychicznymi 57

6. Perspektywa ekspertyzy rówieśniczej **59**
Wnioski i rekomendacje dla perspektywy ekspertyzy rówieśniczej 60
Poziom indywidualny (leczenie) 61
Poziom systemowy (poziom zespołu lub służby zdrowia) 62
Poziom polityki (prawa, polityki i plany) 63

Wnioski **65**
1. Perspektywa etyczna 66
2. Perspektywa zdrowia publicznego 66
3. Perspektywa zdrowienia 67
4. Perspektywa skuteczności 67
5. Perspektywa środowiskowej sieci opieki 68
6. Perspektywa ekspertyzy rówieśniczej 69

Piśmiennictwo 71
Informacje kontaktowe 76
Informacje dotyczące Sieci EUCOMS 76

SPIS TREŚCI

Spis ramek tekstowych i tabel

Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych 15
Zasady i kluczowe elementy programów przeciwdziałania stygmatyzacji 23
Dziesięć sposobów jak być dobrym przewodnikiem w procesie zdrowienia 28
Indywidualne doradztwo i wsparcie (IPS) jako jedna z najlepszych praktyk 42
Interwencje wspierające uczestnictwo w życiu społecznym 46
ACT i F-ACT jako dobre praktyki 55

Tab. 1. Od perspektyw do zasad środowiskowej opieki zdrowia psychicznego 65
Tab. 2. Co dotychczas osiągnęliśmy, jakie są nadzieje na przyszłość i co może stanowić ryzyko? 70

Wprowadzenie

Środowiskowa ochrona zdrowia psychicznego stanowi holistyczną odpowiedź na potrzeby, jest propozycją holistycznego podejścia do problemów zdrowia psychicznego. Wykorzystując zasoby społeczności lokalnych, zapewnia osobom z zaburzeniami psychicznymi możliwość korzystania z ich prawa do opieki oraz korzystania z form wsparcia w środowisku życia. Efektem jest optymalizacja szans na odzyskanie przez nie zdrowia.

Początki środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego w formie, jaką znamy dziś, sięgają lat po II wojnie światowej, kiedy zamykano szpitale psychiatryczne, ich zadania przenosząc na społeczności lokalne. W literaturze fachowej opisano dwie fazy tego procesu. Pierwsza, przypadająca na lata 1950–1970, sprowadzała się do wprowadzania niewielkich modyfikacji w opiece na poziomie lokalnym, które dały początek prostym zespołom wielodyscyplinarnym. Wprawdzie nie były to zmiany rewolucyjne, ale stały się zaczynem powolnej ewolucji w tej dziedzinie (Burns i Firn, 2017).

Druga faza zmian rozpoczęła się w 1980 r. wraz z przełomową publikacją na temat aktywnego leczenia środowiskowego (Stein i Test, 1980). Dzięki temu, że środowiskowe usługi zdrowia psychicznego przeniosły punkt ciężkości na wsparcie prawa człowieka do uczestnictwa w życiu społecznym, otworzyły drogę dla działań opartych na szerokim myśleniu wielodyscyplinarnym i wielosektorowym, obejmujących także promocję zdrowia i profilaktykę w odniesieniu do całej populacji. Środowiskowa ochrona zdrowia psychicznego wymaga zdecydowanego oparcia się na filozofii zdrowienia, promowaniu interwencji opartych na nauce, ale uwzględniających kontekst społeczny oraz wykorzystaniu wszelkich zasobów materialnych oraz użytecznych kontaktów dostępnych w społeczności lokalnej. W konsekwencji przyjęcia takiej filozofii zdrowienia osoba z zaburzeniami zdrowia psychicznego staje się partnerem w budowaniu usług z zakresu zdrowia psychicznego.

Znaczenie środowiskowych usług zdrowia psychicznego

Zaburzenia psychiczne stanowią znaczne obciążenie dla społeczeństwa, sama tylko depresja dotyka w Europie 30,3 mln osób, na psychozy cierpi 5 mln Europejczyków (Wittchen i in., 2011). Kilkadziesiąt lat badań naukowych wykazało, że zaburzenia psychiczne są uleczalne, a mimo to wciąż są przyczyną niepełnosprawności znacznej liczby mieszkańców krajów o niskich i średnich przychodach (ang. *low and middle-income countries* – LMIC) lub osób w ogólnie niekorzystnej sytuacji zdrowotnej albo społeczno-ekonomicznej w krajach o wysokim dochodzie (Meffert, Neylan, Chambers i Verdeli, 2016). Zebrano przekonujące wyniki badań określające jasno, co składa się na skuteczną opiekę nad osobami z zaburzeniami psychicznymi. Mimo dostępnej wiedzy i zgromadzonych wyników badań, wielu ludzi nadal nie ma dostępu do optymalnej opieki w zakresie zdrowia psychicznego (Caldas Almeida i in., 2016; Manfred Huber i in., 2008). Celem środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego jest zapewnienie obywatelom państw nią objętych stanu, w którym będą mogli osiągnąć optymalne dla siebie zdrowie oraz radość z życia.

Osóby z zaburzeniami psychicznymi – zwłaszcza ciężkimi – zmagają się z trudnościami w zaspokojeniu życiowych potrzeb w wielu dziedzinach życia oraz odrzuceniem społecznym. Dostęp do wysokiej jakości opieki zdrowotnej jest im niezbędny, aby mogły przejść przez życie jako równoprawni obywatele. W porównaniu z usługami świadczonymi w warunkach szpitalnych, osadzone w społeczności lokalnej zintegrowane sieci zapewniające dobrej jakości usługi zdrowia psychicznego niosą większe korzyści zarówno dla pacjentów (wyższa jakość życia, lepsze przestrzeganie zaleceń terapeutycznych, mniejsza stygmatyzacja, większa stabilność mieszkaniowa, lepsza rehabilitacja zawodowa) jak i dla jakości usług (lepszy dostęp do opieki, mniej środków przymusu, mniej naruszeń praw człowieka) (Światowe Zgromadzenie Zdrowia, 2013).

W większości sytuacji związanych z kryzysem psychicznym kompleksowe podejście środowiskowe może pomóc w zdrowieniu osobom zarówno z łagodnymi, umiarkowanymi, jak i ciężkimi zaburzeniami psychicznymi oraz poprawić jakość ich życia. Opieka środowiskowa odnosi się do łączenia samoopieki i samo-koordynacji z pomocą nieformalnej sieci rodziny i osób bliskich, z oparciem w postaci ogólnych zasobów i usług dostępnych w społeczności (zatrudnienie, mieszkanie, rekreacja, zdrowie) oraz z terapią i wsparciem specjalistów z dziedziny zdrowia psychicznego (Trainor i Church, 1984).

Pomimo korzyści płynących z modelu środowiskowego, w wielu krajach europejskich opieka psychiatryczna nadal świadczona jest głównie w warunkach szpitalnych. W niektórych krajach środowiskowe usługi zdrowia psychicznego są realizowane tylko częściowo z powodu niewystarczającego zaangażowania politycznego lub niewystarczających zasobów (zarówno ludzkich, jak i finansowych). Biorąc pod uwagę dużą różnorodność praktyk opieki i organizacji usług w różnych systemach ochrony zdrowia psychicznego w całej Europie, potrzebny jest jasny zestaw kryteriów, który w różnych warunkach społecznych wspierałby wdrażanie skutecznych usług środowiskowych na rzecz osób z problemami zdrowia psychicznego.

Niniejszy Konsensus opisuje podstawowe zasady i kluczowe elementy środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego. Konsensus opiera się na wiedzy usługodawców z całej Europy, którzy zidentyfikowali wspólny problem, jakim jest zapotrzebowanie rządów, członków organów władz publicznych i instytucji finansujących na określenie kryteriów dobrej środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego. Zadania środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego i kryteria ich spełnienia bazują na syntezie dowodów naukowych, dobrych praktyk i opinii ekspertów, które zostały przedyskutowane w ramach roboczej sieci specjalistów, pacjentów i ich bliskich, dysponujących rozległą wiedzą i doświadczeniem w zakresie środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego w Skandynawii, na Wyspach Brytyjskich, w Europie Zachodniej, Południowej, Środkowej i Wschodniej.

Celem Konsensusu jest spełnienie roli fundamentu dla zorganizowanych na zasadzie terytorialnej regionalnych modeli środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego w Europie i poza nią. Dokument jest przeznaczony dla osób praktykujących lub organizujących usługi zdrowia psychicznego, jak i korzystających z nich. Może on pomóc zaplanować lub rozpocząć wdrażanie usług środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego, jak również poprawić funkcjonowanie usług już realizowanych. Jednym z podstawowych źródeł, które inspirowały zasady przedstawione w tym dokumencie jest *Oxford Textbook of Community Health* (Thornicroft i in., 2011).

Struktura dokumentu Konsensus

W „Konsensusie" zdrowie pojmujemy nie jako stan statyczny, lecz jako dynamiczną zdolność do adaptacji i samozarządzania własnym dobrostanem, pomagającą w radzeniu sobie z fizycznymi, emocjonalnymi i społecznymi wyzwaniami życia (Machteld Huber i in., 2011; Thornicroft, Szmukler, Mueser i Drake, 2011). Dzięki takiemu podejściu akcent przenosi się z problemów zdrowotnych na budowanie odporności[3] (ang. *resilience*) i dobrego samopoczucia. Ponadto wpływa ono na zmianę sposobu myślenia zarówno o roli opieki zdrowotnej, jak i zapobieganiu chorobom.

„Konsensus" opisuje, jak wygląda dobra środowiskowa ochrona zdrowia psychicznego z sześciu różnych perspektyw, z których każda stanowi jej ważny wymiar. Są to:

- etyka
- zdrowie publiczne
- zdrowienie[4] (ang. *recovery*)
- skuteczność interwencji
- środowiskowa sieć opieki
- ekspertyza rówieśnicza[5] (ang. *peer expertise*)

Wprowadzeniem do przedstawienia każdej z perspektyw będzie obraz symbolizujący jej główne przesłanie, na zakończenie przedstawione zostaną wnioski i rekomendacje. W ostatnim rozdziale streścimy tych sześć perspektyw i podsumujemy, co udało się osiągnąć w odniesieniu do każdej z nich.

3 *resilience* – ang. termin wskazuje na zdolność oporu lub szybkiego wyjścia z trudnych sytuacji. W języku polskim oddawany również jako odporność, wytrzymałość elastyczność, sprężystość (red.)

4 *recovery* – ang. termin wskazuje ogólnie na zdolność lub dążenie do odzyskania, przywrócenia jakichś traconych lub utraconych wartości (np. zdrowia, bezpieczeństwa, szacunku, pozycji społecznej, majątku). W kontekście zdrowia, w języku polskim tłumaczony jako wyzdrowienie, gdy mowa o osiągniętym lub osiąganym wyniku lub jako zdrowienie, gdy mowa o procesie jego osiągania, odzyskiwania, przywracania (red.)

5 *peer expertise* – zwięzły ang. termin denotuje bogatą treść. Oznacza: (1) uznanie za ekspercką wiedzy osób mających za sobą żywe, poddane refleksji i zdystansowane doświadczenie własnego kryzysu psychicznego, głównie ciężkiego, psychotycznego, (2) uznanie tej wiedzy za wartościowe, a czasem niezbędne dopełnienie wiedzy specjalistów uzyskiwanej poprzez szkolenia, (3) uznanie przydatności tej unikalnej wiedzy do wspieraniu innych, przeżywających podobne problemy. Przymiotnik „rówieśnicza" wskazuje w tym kontekście nie na podobieństwo wieku, ale podobieństwo doświadczeń (red.).

Perspektywa etyczna

Okładka książki „Azyle" (Asylums) Goffmana. Książka ta, opublikowana w 1961 roku, podkreśla, że siłą napędową deinstytucjonalizacji ochrony zdrowia psychicznego są prawa człowieka i pokazuje, że kwestia ta była podnoszona już od dziesięcioleci.

WNIOSKI I REKOMENDACJE DLA PERSPEKTYWY ETYCZNEJ

- **Zogniskowanie na prawach człowieka jest podstawową zasadą środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego: prawo dostępu do opieki opartej na potrzebach w jak najmniej restrykcyjnym środowisku oraz prawo do pełnego uczestnictwa w życiu społeczności. Obejmuje to prawa i wolności obywatelskie oraz wolność kulturalną, duchową, seksualną i polityczną.**
- **Zapewnienie prawa do ochrony zdrowia psychicznego w dokumentach prawnych i politycznych jest w praktyce niezbędną strategią dla ochrony praw osób z zaburzeniami psychicznymi.**
- **Zalecamy, aby usługi zdrowia psychicznego oparły swoją misję i wizję na Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych ONZ[6] (KPON, 2008), która określa prawo do życia, ochrony, edukacji, zdrowia, zatrudnienia, mieszkania i ochrony socjalnej.**
- **Zapewnienie szkoleń i instruktażu dla personelu środowiskowych i stacjonarnych placówek zdrowia psychicznego w zakresie zdrowienia i praw jest pomocnym krokiem w ograniczaniu naruszeń praw człowieka, do jakich dochodzi w kontekście usług zdrowia psychicznego.**
- **QualityRights Tool Kit[7] WHO oferuje ramy szkoleniowe dla oceny i poprawy jakości usług w zakresie zdrowia psychicznego.**

Perspektywa etyczna jest podnoszona od dziesięcioleci jako jedna z trzech „E": etyka, dowody i doświadczenie (ang. *ethics*, *evidence*, *experience*) (Tansella i Thornicroft, 2009). Uważa się, że przełomowa dla jej rozwoju była publikacja w 1961 r. „Azylów" Ervinga Goffmana[8], książki zawierającej cztery kontrowersyjne eseje, podnoszące kwestię tego, czy instytucje psychiatryczne są prawdziwą przystanią odpoczynku od presji społeczeństwa dla osób z zaburzeniami, czy też organizacjami, które tworzą jeszcze bardziej wyniszczające u nich napięcia (Goffman, 1961). W tym samym duchu wypowiadało się zresztą wielu innych autorów. W latach 60. i 70. włoski psychiatra Franco Basaglia sformułował wniosek, że wiele stereotypów szaleństwa w istocie jest pochodną leczenia instytucjonalnego. Opowiedział się więc za wyzwoleniem z niego

6 Tekst Konwencji został przyjęty przez Zgromadzenie Ogólne ONZ w dniu 13 grudnia 2006 r. Konwencja weszła w życie 3 października 2008 r. po ratyfikowaniu jej przez dwudzieste państwo. Unia Europejska ratyfikowała Konwencję 23 grudnia 2010 r. jako wszystkie jej państwa członkowskie. W Polsce Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych weszła w życie 25 października 2012 r. z dniem jej ogłoszenia w Dzienniku Ustaw (Dz. Ust. z 2012 r. poz. 1169; sprostowanie błędów Dz. U. z 2018 r. poz. 1217). (red.)

7 Wersja ang.: https://www.who.int/mental_health/publications/QualityRights_toolkit/en/ (red.)

8 Polskie wydanie: Erving Goffman, *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*, Sopot 2011 r. (red.)

pacjentów, a co za tym idzie za zniszczeniem idei szpitala psychiatrycznego jako miejsca instytucjonalizacji leczenia (Foot, 2014). Courtenay Harding opisała przewlekłe stany chorobowe, takie jak schizofrenia, jako artefakty oparte na strachu (Harding i in., 1987).

Proces deinstytucjonalizacji opiera się zatem na perspektywie etycznej, zgodnie z którą usługi w zakresie zdrowia psychicznego istnieją po to, by chronić prawa człowieka, a nie je naruszać (*The European expert group on Transition from Institutional to Community-based Care*, 2012).

Stosowanie przymusu w opiece psychiatrycznej jest zarówno powszechne, jak i kontrowersyjne, ponadto wiąże się z wieloma złożonymi wyzwaniami etycznymi. Z jednej strony przymus jest postrzegany jako narzędzie niezbędne do ochrony jednostek i społeczeństwa przed krzywdą. Z drugiej strony, niewiele jest dowodów naukowych, potwierdzających jego pozytywne skutki. Znane są za to te potwierdzające skutki negatywne: przymus powoduje unikanie poszukiwania pomocy (Molodynski, Rugkasa i Burns, 2010), a przyjęcie na leczenie pod przymusem może być doświadczane jako traumatyczne (Paksarian i in., 2014). Istnieją jednak również wskazania, że niektórzy pacjenci ze zrozumieniem przyjmują konieczność zastosowania wobec nich przymusu (Newton-Howes i Mullen, 2011). Dylemat etyczny polega na napięciu między prawem do leczenia (prawem do opieki w zakresie zdrowia psychicznego z uwzględnieniem niezaspokojonych potrzeb i niepełnosprawności osób przeżywających problemy psychiczne) a prawem do odrzucenia/odmowy leczenia.

Pozytywna promocja zdrowia psychicznego i praw człowieka wzajemnie się wzmacniają, ponieważ razem znacząco potęgują ogólny dobrostan populacji (Gostin i Mok, 2009; Pathare i Sagade, 2013). Pomimo tej oczywistości stwierdzenia, nadal dochodzi do naruszeń obywatelskich, kulturowych, ekonomicznych, politycznych i społecznych praw osób z zaburzeniami psychicznymi (Drew i in., 2011).

Zapewnienie prawa do ochrony zdrowia psychicznego w dokumentach prawnych i politycznych jest zasadniczą strategią chronienia praw osób z zaburzeniami psychicznymi w praktyce. W niektórych krajach Europy pomoc nadal świadczona jest przede wszystkim w warunkach szpitalnych. Nawet jeśli dostępna jest opieka w społeczności lokalnej, często ma niską jakość. Obie sytuacje sprzyjają wykluczeniu z życia społecznego, co negatywnie wpływa na zdolność pacjenta do integracji ze społeczeństwem, osiągania celów związanych ze zdrowieniem i prowadzeniem wartościowego życia. W 2008 roku weszła w życie[9] Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych (KPON),

9 W Polsce Konwencja weszła w życie 25 października 2012 r. (red.)

która stała się impulsem do zmian w prawie dotyczącym niepełnosprawności i zdrowia psychicznego na całym świecie (UN General Assembly, 2007). KPON określa prawa osób niepełnosprawnych (w tym osób mających problemy ze zdrowiem psychicznym) do godnego życia i uczestnictwa w życiu społecznym, a także zapewnia prawo do edukacji, zdrowia, zatrudnienia, mieszkania i ochrony socjalnej.

KPON wyznacza zmianę paradygmatu w podejściu do osób niepełnosprawnych, w tym osób z zaburzeniami psychicznymi. Osoby niepełnosprawne nie są tu postrzegane jako „przedmioty" pomocy charytatywnej, leczenia i ochrony socjalnej, lecz jako „podmioty" dysponujące prawami, zdolne do korzystania z nich i podejmowania decyzji dotyczących swojego życia odpowiednio do swojej wolnej i świadomej zgody, a także do bycia aktywnymi członkami społeczeństwa. Dla KPON niepełnosprawność jest pojęciem ewoluującym, opisującym wynik interakcji między osobami z zaburzeniami, a barierami wynikającymi z postaw wobec nich i uwarunkowań środowiskowych, które utrudniają pełne i skuteczne uczestnictwo w życiu społecznym na równych zasadach z innymi jego uczestnikami.

W rozumieniu KPON uczestnictwo człowieka w życiu społecznym pozwala prawidłowo określić jego konkretne potrzeby oraz daje mu wzmocnienie. Pełne i skuteczne uczestnictwo oraz włączenie społeczne są uznane w KPON za ogólnie obowiązującą zasadę, ogólny obowiązek i prawo.

Promowanie dobrej jakości usług respektujących prawa człowieka i dostępnych blisko miejsca zamieszkania jest również priorytetowym obszarem w Kompleksowym Planie Działania na Rzecz Zdrowia Psychicznego WHO na lata 2013-2020 (World Health Assembly 2013).

Raport Specjalnego Sprawozdawcy ONZ w sprawie prawa wszystkich ludzi do korzystania z najwyższego dostępnego standardu zdrowia fizycznego i psychicznego (2017) zaleca:

„(Potrzebna jest) zmiana paradygmatu, która uwzględnia zdrowienie i społeczność lokalną, promuje włączenie społeczne i oferuje szereg terapii oraz form wsparcia psychospołecznego na poziomie opieki podstawowej i specjalistycznej realizowanych z poszanowaniem praw (...); redukcyjne, biomedyczne podejście do leczenia, które nie uwzględnia odpowiednio kontekstu i relacji, nie może być dłużej uznawane za zgodne z prawem do zdrowia".

Prawa w Konwencji

- Równość wobec prawa i niedyskryminacja (art. 5)
- Prawo do życia, wolności i bezpieczeństwa osobistego (art. 10 i 14)
- Równość wobec prawa i zdolność do czynności prawnych (art. 12)
- Wolność od tortur (art. 15)
- Wolność od wyzysku, przemocy i wykorzystywania (art. 16)
- Prawo do ochrony integralności fizycznej i psychicznej (art. 17)
- Swoboda przemieszczania się i wybory obywatelstwa (art. 18)
- Prawo do samodzielnego życia, integracji społecznej (art. 19)
- Wolność ekspresji i wyrażania poglądów (art. 21)
- Poszanowanie prywatności (art. 22)
- Poszanowanie życia rodzinnego i domowego (art. 23)
- Prawo do edukacji (art. 24)
- Prawo do zdrowia (art. 25)
- Prawo do pracy i zatrudnienia (art. 27)
- Prawo do adekwatnych warunków życia i ochrony socjalnej (art. 28)
- Prawo do uczestnictwa w życiu politycznym i publicznym (art. 29)
- Prawo do uczestnictwa w życiu kulturalnym (art. 30)

Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych

Ochrona praw osób z zaburzeniami w praktyce może przybierać różne formy. Jedną z nich jest strategiczna reforma prawa, tak że prawa wszystkich obywateli respektowane są na tej samej podstawie prawnej. Inne strategie, wdrażane na poziomie usług, obejmują szkolenia z praktyki przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi dla całego personelu pracującego zarówno na oddziałach, jak również w ramach usług środowiskowych. Oznacza to prowadzenie szkoleń dotyczących takich tematów, jak m.in. kiedy stosować środki przymusu, autonomia osoby z zaburzeniami psychicznymi w podejmowaniu ważnych decyzji dotyczących jej leczenia i opieki oraz tworzenie przyjaznego środowiska terapeutycznego. *QualityRights Tool Kit* Światowej Organizacji Zdrowia jest jednym z przykładów narzędzi szkoleniowych służących ocenie i poprawie jakości usług w zakresie zdrowia psychicznego, w tym usług świadczonych w społecznościach lokalnych. Może być on traktowany przez usługodawców i/lub interesariuszy krajowych jako przewodnik co do kroków, jakie należy podjąć, aby osiągnąć dobrą jakość usług z poszanowaniem praw człowieka (Światowa Organizacja Zdrowia, 2012).

Perspektywa zdrowia publicznego

Życie społeczne toczy się w społecznościach lokalnych, które wiążą ludzi ze sobą. W odniesieniu do środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego właściwą społeczność stanowią ludzie, którzy mieszkają w określonej lokalizacji geograficznej, na obszarze objętym jej działaniem. Misją środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego jest wspieranie zdrowia wszystkich obywateli na tym obszarze.

WNIOSKI I REKOMENDACJE DLA PERSPEKTYWY ZDROWIA PUBLICZNEGO

- **Środowiskowe usługi ochrony zdrowia psychicznego funkcjonują na rzecz zdrowia wszystkich obywateli na swoim obszarze działania. Dotyczy to obecnych pacjentów, osób potrzebujących opieki, które trudno zaangażować w leczenie oraz potencjalnych przyszłych pacjentów.**
- **Ochrona zdrowia psychicznego na poziomie społeczności lokalnej oznacza nie tylko leczenie i opiekę, ale także profilaktykę zaburzeń i promowanie zdrowia psychicznego. Niezbędne są także inicjatywy na rzecz przeciwdziałania dyskryminacji i stygmatyzacji osób z zaburzeniami.**
- **Środowiskową ochronę zdrowia psychicznego realizują wielodyscyplinarne zespoły działające w dobrze zdefiniowanych obszarach działania. Ich zasięg zależy od regionalnej demografii, skali problemów zdrowia psychicznego oraz zasobów ochrony zdrowia psychicznego na danym terenie. Jest to kompromis pozwalający pogodzić zalety działania w małym regionie (możliwość bycia obecnym, współpraca z niewielką liczbą lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej – POZ), a koniecznością posiadania wystarczających zasobów do tworzenia zespołów wielodyscyplinarnych.**
- **Koncepcje środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego zostały opracowane z myślą o leczeniu osób z ciężkimi i utrzymującymi się zaburzeniami psychicznymi, ale mają zastosowanie do wszystkich potrzeb w zakresie zdrowia psychicznego.**
- **Zdrowie psychiczne jest zagadnieniem z zakresu zdrowia publicznego (dotyczy dużej liczby obywateli w populacji). Od służb zajmujących się ochroną zdrowia psychicznego wymaga to podejścia zorientowanego na proces zdrowienia, jak również aktywnej obecności w społeczności.**
- **Opieka nad osobami, które trudno jest zaangażować w leczenie, jest podstawowym zadaniem środowiskowych zespołów zajmujących się zdrowiem psychicznym.**

Zdrowie publiczne to sztuka i nauka zajmujące się ochroną i poprawą zdrowia populacji. Populacje mogą być tak małe jak lokalne sąsiedztwo lub tak duże jak cały kraj czy region. Głównym celem perspektywy zdrowia publicznego jest określenie warunków koniecznych do osiągnięcia zdrowia poszczególnych społeczności, społeczeństw

i środowisk, a także równości między różnymi grupami (Baum, 2015). W dziedzinie zdrowia psychicznego oznacza to, że społeczeństwo i usługi na rzecz zdrowia psychicznego muszą koncentrować się na potrzebach całej populacji, niezależnie od tego, jaka część usług świadczona jest przez służby publiczne, a jaka przez organizacje prywatne. Środowiskowa służba zdrowia psychicznego działa na określonym obszarze, dlatego musi uwzględniać lokalne uwarunkowania kulturowe.

Znaczenie przyjęcia perspektywy zdrowia publicznego przy wdrażaniu dobrych środowiskowych usług zdrowia psychicznego polega na skupieniu się nie tylko na terapii (opieka lecznicza), ale także na promocji zdrowia psychicznego i profilaktyce zaburzeń psychicznych. Oznacza to uwzględnienie potrzeb całej populacji, a nie tylko potrzeb osób z ujawnionymi problemami psychicznymi.

Uwzględnienie potrzeb całej populacji przekłada się w praktyce na dobrze zdefiniowane plany mapowania usług oraz wsparcia dla różnych grup społecznych. Pomaga to min. określić obszary geograficzne, w których pracują konkretne zespoły ochrony zdrowia psychicznego. Wielkość obszaru działania zależy od regionalnej demografii, powszechności zaburzeń psychicznych oraz dostępnych środków na opiekę zdrowotną (psychiatryczną). Demografia określa gęstość zaludnienia i potrzeby mieszkańców na danym obszarze (inne będą np. w mieście, inne na wsi), ich status społeczno-ekonomiczny, specyfikę zatrudnienia, obecność imigrantów lub uchodźców itp. Cechy te mają wpływ na skład i specjalizacje członków zespołu zajmującego się zdrowiem psychicznym w danej społeczności.

Wielkość regionu działania określa się, uwzględniając dwie konfliktogenne wypadkowe. Po pierwsze, region powinien być na tyle mały, aby zespół środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego zintegrowany był z lokalną społecznością oraz mógł ściśle współpracować z podstawową opieką medyczną i interesariuszami społecznymi. Z drugiej strony powinien być na tyle duży, aby możliwe było zmobilizowanie zasobów potrzebnych do tworzenia wielodyscyplinarnych zespołów. Oznacza to, że zasięg obszaru oddziaływania musi być kompromisem między utrzymaniem zalet małego regionu (obecność, współpraca z niewielką liczbą lekarzy rodzinnych), a koniecznością zapewnienia wystarczających zasobów do stworzenia zespołu wielodyscyplinarnego.

W Europie wielkość obszaru działania jednego zespołu może obejmować od 20 do 200 tys. mieszkańców. Aby to ustalić przedstawiciele właściwych podmiotów z różnych sektorów powinni odpowiedzieć, jakie są potrzeby związane ze zdrowiem psychicznym

na danym obszarze. Do podmiotów tych należą lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), pracownicy ochrony zdrowia psychicznego, służby socjalne, domy kultury, policja, pracodawcy i lokalne przedsiębiorstwa. Zespoły ochrony zdrowia psychicznego w społeczności lokalnej mają ważne zadanie jako podmioty lecznicze dla osób z poważnymi i utrzymującymi się zaburzeniami psychicznymi, a także jako konsultanci dla innych usługodawców (np. POZ) w zakresie zapobiegania problemom zdrowia psychicznego i leczenia osób z lekkimi lub umiarkowanymi problemami w tym zakresie. Zespoły te ponoszą również odpowiedzialność za mieszkańców swojego regionu, których trudno jest angażować w leczenie, choć potrzebują opieki. Brak motywacji do leczenia sprawia, że podgrupę pacjentów dotkniętych ciężkimi zaburzeniami psychicznymi trudno jest angażować w leczenie, podczas gdy wykazano, że podgrupa ta najbardziej potrzebuje leczenia. Ten „paradoks motywacji" ma znaczenie kliniczne, ponieważ stanowi podstawę etyczną dla usług proaktywnych (ang. *outreach*), których celem jest angażowanie marginalnie zmotywowanych pacjentów z poważnymi problemami psychospołecznymi do korzystania z usług ochrony zdrowia psychicznego (Mulder, Jochems i Kortrijk, 2014).

2.1. Ocena potrzeb i planowania w zakresie środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego

Przed wdrożeniem wielostronnej sieci środowiskowych usług w zakresie ochrony zdrowia psychicznego należy przeprowadzić dokładną ocenę potrzeb, aby zrozumieć, jakiego rodzaju opieki i wsparcia potrzebują użytkownicy usług i ich opiekunowie.

Punktem wyjścia do stworzenia sieci usług w zakresie zdrowia psychicznego jest ocena cech charakterystycznych regionu, istotnych z perspektywy zdrowia psychicznego. Powinna zawierać przynajmniej następujące elementy:

- informacja na temat wielkości i charakterystyki populacji,
- opis rodzajów i liczby istniejących usług,
- aktualne plany i cele istniejących usług w zakresie zdrowia psychicznego w społeczności lokalnej,
- zaangażowanie zainteresowanych stron (w tym pacjentów i opiekunów),
- informacje o rodzaju i liczbie usług, które powinny być dostępne oraz o wymaganym personelu wielodyscyplinarnym,
- zdefiniowane standardy jakościowe dla usług, procedury monitorowania wyników oraz plany dotyczące tego, jak i kiedy sieć usług ma być oceniana i korygowana.

Krajowe lub regionalne plany i standardy wnoszą wartość dodaną do usług, gdy są dostosowane do lokalnego kontekstu. Krajowe oraz regionalne plany usług zdrowotnych muszą zawierać plany dla środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego oraz priorytetowe dla niej zagadnienia (Thornicroft i in., 2011; Thornicroft i Tansella, 1999).

2.2. Włączenie społeczne i przeciwdziałanie stygmatyzacji

Jak już wspomniano, przyjęcie zasad zdrowia publicznego w odniesieniu do zdrowia psychicznego oznacza rozwijanie i wdrażanie usług oraz podejść promujących zdrowie psychiczne, a także mających na celu zapobieganie i leczenie zaburzeń. Promocja zdrowia psychicznego na przestrzeni ostatnich kilku dekad przybrała formę włączenia społecznego i kampanii na rzecz przeciwdziałania stygmatyzacji, szczególnie w świetle zmiany paradygmatu polegającej na odejściu od segregacji osób mających problemy ze zdrowiem psychicznym na rzecz promowania włączenia społecznego (Evans-Lacko i in., 2014). Włączenie społeczne definiujemy jako: zwiększenie prawa dostępu do możliwości społecznych i ekonomicznych, zdolność do osiągania celów związanych ze zdrowieniem oraz do prowadzenia wartościowego życia mimo niepełnosprawności.

Istotną barierą dla pełnego uczestnictwa w społeczności jest dyskryminacja, z jaką spotykają się osoby mające problemy psychiczne (Thornicroft, Brohan, Rose, Sartorius i Leese, 2009). Jest ona zjawiskiem powszechnym i wpływa na wiele aspektów życia dotkniętych nią osób. Ma negatywny wpływ nie tylko na integrację społeczną, ale także na zachowania związane z poszukiwaniem pomocy.

Negatywnie wpływa bowiem także na uczucia i postawy pacjentów (niższa samoocena, gorsza samoopieka i większe wycofanie społeczne), ale i członków ich rodzin (poczucie winy, wstyd, rozpacz).

Wskaźnik zatrudnienia wśród osób z zaburzeniami psychicznymi jest niższy niż w populacji ogólnej właśnie ze względu na dyskryminację, z jaką spotykają się one przy podejmowaniu i próbach utrzymania zatrudnienia (Brouwers i in., 2016). Dodatkowo doświadczenie kryzysu psychicznego we wczesnym okresie życia może być związane z trajektorią wykluczenia (np. z powodu mniejszego udziału w wykształceniu wyższym, zwiększonego ryzyka kontaktu z systemem wymiaru sprawiedliwości w sprawach karnych, wiktymizacji i bezdomności). Te wzory stygmatyzacji i wykluczenia mogą mieć znaczące konsekwencje dla osób z problemami zdrowia psychicznego oraz bezpośrednio lub pośrednio ograniczać dostępność opieki zdrowotnej, podwyższać wskaźnik

umieralności, zwiększać samostygmatyzację i osłabiać poziom upodmiotowienia. Bliskie więzi osobiste i nieformalne sieci wsparcia społecznego odgrywają znaczącą rolę w buforowaniu przewidywanej dyskryminacji u osób z problemami zdrowia psychicznego (Zoppei i in., 2014).

Postawy stygmatyzujące nie są rzadkością wśród pracowników ochrony zdrowia psychicznego, którzy bywają mało optymistyczni co do zdrowienia osób z długotrwałymi problemami psychicznymi. Takie postrzeganie prawdopodobnie związane jest z doświadczeniami profesjonalistów pracujących np. w sektorze publicznym, gdzie mają do czynienia z pacjentami z ciężkimi zaburzeniami (Horsfall, Cleary i Hunt, 2010). Przeniesienie opieki nad zdrowiem psychicznym na poziom społeczności lokalnych oczywiście nie eliminuje automatycznie problemu stygmatyzacji osób nią dotkniętych. Dlatego należy się tym zająć w ramach ukierunkowanych kampanii lokalnych (Stuart, Florez i Sartorius, 2012).

Decydenci polityczni, rzecznicy i profesjonaliści zajmujący się zdrowiem psychicznym powinni uczynić eliminację dyskryminacji i przeciwdziałanie stygmatyzacji priorytetem zdrowia publicznego. Należy przy tym podkreślić, że dyskryminacja i stygmatyzacja to odrębne pojęcia i przeciwdziałanie im wymaga różnych strategii. Stygmatyzacja, na której tradycyjnie koncentruje się uwaga działających na rzecz ochrony zdrowia psychicznego reprezentuje aspekty związane z postawami wobec osób doświadczających kryzysu, dyskryminacja zaś – z zachowaniem wobec nich (Bhugra, Ventriglio i Pathare, 2016).

Mimo że kilka kampanii destygmatyzacyjnych i zwiększających świadomość społeczną przyniosło w Europie widoczne efekty (*Time to Change* w Anglii, *One of Us* w Danii i *SeeMe* w Szkocji), wciąż dystans społeczny i poczucie zagrożenia wobec osób z zaburzeniami psychicznymi są problemem w wielu krajach. Obecnie stosowane strategie przeciwdziałania stygmatyzacji polegają na edukacji (podważanie mitów w oparciu o fakty dotyczące zdrowia psychicznego) oraz organizowaniu bezpośrednich spotkań z osobami, które kryzysu psychicznego doświadczyły. Wyniki wykazały, że programy opierające się na bezpośrednich kontaktach są skuteczniejsze niż inne formy edukacji. Projekty przeciwdziałania stygmatyzacji powinny opierać się na formule TLC3: ukierunkowane, lokalne, kontaktowe, wiarygodne i ciągłe (ang. *Targeted*, *Local*, *Contact*, *Credible*, *Continuous*) (Corrigan, 2011). Przekształcenie strategii przeciwdziałania stygmatyzacji wymaga od usługodawców i rzeczników zdrowia psychicznego nadania priorytetu włączeniu społecznemu, integracji i rozwojowi kompetencji wśród ogółu społeczeństwa w celu zmniejszenia barier wobec osób doświadczających kryzysu psychicznego,

zmiany zachowań wobec nich oraz ich postrzegania. Jeśli problem stygmatyzacji nie zostanie podjęty i rozwiązany na poziomie kulturowym, perspektywa zmiany jakości życia osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi jest mało prawdopodobna.

Zasady i kluczowe elementy programów przeciwdziałania stygmatyzacji

Pięć cech kampanii przeciwdziałania stygmatyzacji w zakresie ochrony zdrowia psychicznego (formuła TLC3) (Corrigan, 2011)

- Bezpośredni kontakt: Kluczową kwestią jest zorganizowanie kontaktu między osobami chorymi psychicznie i zdrowymi.
- Ukierunkowanie: Kontakty muszą być ukierunkowane na krytyczne grupy w społeczności (np. pracodawcy!).
- Lokalność: Lokalne programy kontaktów są bardziej efektywne.
- Wiarygodność: Kontakty muszą być wiarygodne (pacjenci najważniejsi).
- Ciągłość: Kontakty muszą być ciągłe.

Kluczowe składniki programów przeciwdziałania stygmatyzacji opartych na kontaktach (Corrigan i in., 2014)

- Projekt: prezentacje na żywo i dyskusja z udziałem publiczności; uwzględnienie wielu środków kontaktu (np. na żywo, wideo).
- Cele: określenie konkretnej grupy i dokonanie oceny tej grupy w celu osiągnięcia zamierzonej zmiany w zakresie stygmatyzacji (np. pracodawcy).
- Personel: prezenterzy to osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego; wybór entuzjastycznej osoby, która pomoże „nadać ton".
- Przekaz:
  - Włączenie historii „na drodze do zdrowia" (osoba z doświadczeniem kryzysu psychicznego opowiada swoją historię zdrowienia);
  - Podkreślanie i demonstrowanie procesu zdrowienia;
  - Uczenie „co robić"/nauka praktycznych umiejętności;
  - Obalanie mitów.
- Ocena/działania następcze: omawianie po prezentacji działań następczych z grupą docelową / osobami docelowymi.

Perspektywa zdrowienia

Powrót do zdrowia jest podróżą pacjenta, stanowiącą unikalny i indywidualny proces. Profesjonalista może być postrzegany jako towarzysz w tej podróży, towarzyszący pacjentowi tak krótko, jak to możliwe, ale tak długo, jak jest to konieczne.

WNIOSKI I REKOMENDACJE DLA PERSPEKTYWY ZDROWIENIA

- **Zdrowienie jest podróżą pacjenta, a zadaniem specjalisty zdrowia psychicznego jest wspieranie go, a nie utrudnianie mu tej podróży.**
- **Ludzie mogą zdrowieć i zdrowieją nawet w przypadku najcięższych zaburzeń psychicznych.**
- **Środowiskowe zespoły ochrony zdrowia psychicznego skupiają się na przywracaniu zdrowia, funkcjonowania społecznego i osobowej tożsamości pacjenta.**
- **Opisujemy 10 sposobów wspierania procesu zdrowienia. Najważniejszym z nich jest oferowanie nadziei.**
- **Opieka zorientowana na zdrowienie zakłada skupienie się na mocnych stronach pacjenta i wykorzystanie istniejących w jego środowisku zasobów, niezależnie od tego jak duże lub małe są te zasoby.**

Każdy ma własną definicję zdrowienia. Pacjenci często określają je jako indywidualny proces lub doświadczenie, które najlepiej można opisać jako podróż. Zdrowienie koncentruje się na tym, co możesz zrobić, a nie na tym, czego dokonać nie jesteś w stanie. Wyróżnia się kilka wymiarów zdrowienia. Zdrowienie kliniczne to ustąpienie objawów psychiatrycznych, zdrowienie funkcjonalne można określić jako uczestnictwo w życiu społecznym, w wartościowej pracy i edukacji. Ostatnim wymiarem, omówionym najszerzej w tym rozdziale, jest zdrowienie osobiste, które stanowi odzyskanie własnej tożsamości i samego siebie. Specjaliści zajmujący się środowiskową ochroną zdrowia psychicznego, mogą być postrzegani jako towarzysze tej podróży, towarzyszący pacjentowi przez tak krótki czas, jak to możliwe, ale tak długo, jak jest to konieczne (Shepherd, Boardman i Slade, 2008).

Powszechnie używana definicja opisuje zdrowienie jako „głęboko osobisty, niepowtarzalny proces zmiany postaw, wartości, uczuć, celów, umiejętności i/lub ról. Jest to sposób na prowadzenie satysfakcjonującego, pełnego nadziei życia oraz wnoszenia do niego własnego wkładu, nawet przy ograniczeniach spowodowanych przez chorobę. Zdrowienie obejmuje nadanie nowego znaczenia i celu życiu człowieka, wyrastającego ponad katastrofalne skutki choroby psychicznej" (Anthony, 1993).

Plan działania WHO na rzecz zdrowia psychicznego definiuje zdrowienie z perspektywy osoby cierpiącej z powodu choroby psychicznej jako: uzyskanie i utrzymanie nadziei, zrozumienie swoich zdolności i niepełnosprawności, zaangażowanie w aktywne

życie, autonomia osobista, tożsamość społeczna, znaczenie i cel w życiu oraz pozytywne poczucie samego siebie (World Health Assembly, 2013).

Zdrowienie musi być definiowane przez samego pacjenta i przez niego zarządzane poprzez ideograficzną i spersonalizowaną opowieść. Z tej perspektywy umożliwiająca to sprawczość wymaga uprzedniego odkrycia, zdrowienie bowiem zakłada dostateczny poziom „sprawczości interpretacyjnej" lub autonomii osoby przeżywającej to doświadczenie. A zarówno jej sprawczość, jak i autonomia, mogły ulec zachwianiu przez zbyt nakazowy lub paternalistyczny system psychiatryczny.

Chociaż koncepcja zdrowienia coraz częściej wykorzystywana jest w usługach ochrony zdrowia psychicznego oraz fachowej literaturze (Slade, Williams, Bird, Leamy i Le Boutillier, 2012), różnie bywa ze zrozumieniem jej istoty, czyli że oznacza usługę kierowaną do pacjenta jako jej adresata. Należy zatem podkreślić, że zwykłe przemianowanie usług służby zdrowia na „zorientowane na zdrowienie" lub bezrefleksyjne umieszczenie słowa „zdrowienie" w logo lub deklarowanej misji, niekoniecznie oznacza praktykowanie pomocy zorientowanej na dobrze rozumiane zdrowienie. Jeśli specjaliści wciąż będą definiować je zgodnie z redukcjonistycznymi biomedycznymi modelami choroby, mija się to z celem. Istota paradygmatycznej zmiany polega na przesunięciu uwagi z choroby na przeżywającą ją osobę.

Historycznie rzecz ujmując, usługi w zakresie zdrowia psychicznego kładły nacisk na respektowanie zaleceń i faworyzowały kontrolę leczenia przez profesjonalistów. Siłą rzeczy kiedy cała uwaga skupia się na chorobie i deficytach, w centrum zainteresowań jest kwestia diagnozy. Szuka się wówczas odpowiedzi pod kątem deficytów i symptomatologii oraz problemów. Jednak od kilku lat wśród podmiotów świadczących usługi na rzecz ochrony zdrowia psychicznego w Europie następuje przesunięcie w kierunku realizacji indywidualnych potrzeb i celów pacjenta, z naciskiem na jego autonomię i moc decyzyjną, wspólne podejmowanie decyzji i wyznaczanie celów zdrowienia.

Można to postrzegać jako zmianę paradygmatu w kierunku podejścia opartego na mocnych stronach osoby doświadczającej kryzysu psychicznego, odwołującego się do jej siły i zasobów, a nie podkreślającego jej deficyty. Zmienia to całe pojęcie opieki: od tłumienia objawów i skupienia na problemach do bardziej holistycznej koncentracji na celach związanych ze zdrowieniem pacjenta. Oznacza to przesterowanie opieki na pragnienia, aspiracje i marzenia pacjenta i łączenie ich z jego wiedzą, umiejętnościami i zasobami. Jako część rozwiązania podejście oparte na mocnych stronach pacjenta, bada umiejętność odnawiania i budowania naturalnych sieci pomocy i wsparcia. Podejście to jest swoiste, szczegółowe i zindywidualizowane.

Mocne strony obejmują odporność (ang. *resilience*), umiejętność przetrwania, zdolności, wiedzę, zasoby i pragnienia, które można wykorzystać, aby pomóc pacjentowi w osiąganiu stawianych sobie celów. Od pierwszego kontaktu, przez wspólne określenie celu, ocenę stanu zdrowia i interwencję, aż po ewaluację, proces pomocy opiera się na założeniu, że ludzie mają zdolność do rozwoju, zmiany i powrotu do zdrowia. Mike Slade i współpracownicy określili sposoby, jakimi profesjonaliści mogą wspierać proces zdrowienia osób doświadczających kryzysu psychicznego (Slade, 2009). Na tej podstawie zdefiniowaliśmy 10 zasad pomocnych w pełnieniu roli profesjonalnego przewodnika na drodze do zdrowienia. Są one podsumowaniem tego, co profesjonaliści z dziedziny zdrowia psychicznego mogą uczynić, by wspierać proces zdrowienia swoich pacjentów, a nie utrudniać im tego.

Dziesięć sposobów na to, jak być dobrym przewodnikiem w procesie zdrowienia klienta

1. **Wspieraj odzyskiwanie zdrowia, funkcjonowania i tożsamości**
   Można je uznać za trzy warunki powrotu do zdrowia. Są one powiązane, ale mogą być traktowane osobno. Nie ma hierarchii. Leczenie zorientowane na zdrowienie obejmuje te trzy domeny i polega na pracy z pacjentem w obszarach, w których chce on osiągnąć sukces.
2. **Podtrzymuj nadzieję na powrót do zdrowia**
   Podtrzymywanie nadziei jest interwencją kluczową. Bez nadziei, pacjent nie rozpocznie podróży do zdrowienia.
3. **We wszystkim, co robimy, zadawajmy sobie pytanie: czy pomagamy, czy przeszkadzamy**
   Każda nasza interwencja może przynieść efekt przeciwny do zamierzonego, ponieważ może nie pasować do etapu zdrowienia, na którym znajduje się dana osoba.
4. **Skup się na tym, co mocne, a nie na tym, co jest nie tak**
   Ważne jest, aby odkryć mocne strony, talenty, ambicje i zasoby pacjenta.
5. **Decyduj z pacjentem, a nie za niego**
   Profesjonalista i pacjent podejmują decyzje wspólnie. Proces ten rozpoczyna się od diagnozy, którą można opisać jako wspólne zrozumienie tego, co się dzieje.

6. **Uznaj, że fachowa wiedza pacjenta jest równie ważna jak twoja**
   Dialog z pacjentem to spotkanie dwóch ekspertów. Ekspertyza profesjonalisty składa się z wiedzy, doświadczenia i umiejętności prowadzenia dialogu. Ekspertyza pacjenta to doświadczenie, cele i wiedza o tym, co pomogło w przeszłości i kto lub co stanowi zasób.
7. **Współpracuj z naszymi interesariuszami**
   Większa część procesu zdrowienia odbywa się poza placówkami zdrowia psychicznego: w pracy, w szkole, z rodziną, w społeczności. W związku z tym służby ochrony zdrowia psychicznego współpracują z interesariuszami społecznymi.
8. **Uznaj prawo pacjenta do podejmowania ryzyka**
   Odmawianie prawa do podejmowania ryzyka podważa możliwość powrotu do zdrowia. Ruch na rzecz pacjenta podkreśla „godność ryzyka".
9. **Współpracuj z rodziną i siecią kontaktów jako zasobem i partnerem**
   W większości przypadków lepiej jest odbywać podróż ku zdrowieniu razem z innymi, rodziną, partnerem, przyjaciółmi itp. Jest to podstawa kilku podejść, takich jak Grupa zasobów w Szwecji (Norden, Malm i Norlander, 2012) oraz Otwarty dialog w Finlandii i Wielkiej Brytanii (Razzaque i Wood, 2015) (Seikkula i Olson, 2003b).
10. **Dziel się wiedzą i integruj ją**
    Leczenie zorientowane na powrót do zdrowia wymaga integracji wiedzy obiektywnej, subiektywnej i normatywnej.

Perspektywa skuteczności

Medycyna oparta na dowodach oraz postawa zdrowienia łączą się niczym oliwa i ocet: dwa podejścia, które można dobrze połączyć, i w ten sposób zrobić smaczny sos winegret.

WNIOSKI I REKOMENDACJE DLA PERSPEKTYWY SKUTECZNOŚCI

- **Skuteczne interwencje są ważnym narzędziem środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego we wspieraniu procesu zdrowienia pacjentów.**
- **Zadaniem środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego jest zapewnienie opieki opartej na dowodach naukowych.**
- **Skuteczność interwencji definiowana jest – poza zgodnością z obowiązującą wiedzą naukową – na podstawie właściwego określenia jej celu, uwzględniającego cele pacjenta, trwałości rezultatów, rozsądnych kosztów, możliwości adaptacji do potrzeb danej społeczności oraz wykonalności wdrożenia.**
- **Medycyna oparta na dowodach i postawa zdrowienia nie należą do różnych obozów. Można je porównać do oliwy i octu: dwa podejścia, które umiejętnie połączone tworzą wyborny sos winegret.**
- **Zalecane interwencje redukujące objawy to psychofarmakologia, terapia poznawczo-behawioralna i dialog motywujący.**
- **Dobra środowiskowa ochrona zdrowia psychicznego obejmuje badania przesiewowe w kierunku chorób somatycznych i wspieranie zaprzestania palenia.**
- **Ludzie coraz częściej uczestniczą w e-społecznościach. Dlatego zalecamy, aby środowiskowa ochrona zdrowia psychicznego współpracowała ze swoimi pacjentami przy użyciu cyfrowych interwencji z wykorzystaniem narzędzi e-zdrowia i m(mobilnego)-zdrowia.**
- **Zalecane interwencje w celu poprawy funkcjonowania społecznego to Indywidualne Doradztwo i Wsparcie (ang. *Individual Placement and Support*, IPS) oraz Najpierw Mieszkanie (ang. *Housing first*). Najlepszym wsparciem dla włączenia społecznego jest podejście „najpierw zatrudnić, potem przeszkolić" i nauka poprzez działanie.**

Rozwój obszaru skuteczności w obszarze zdrowia psychicznego można rozpatrywać w trzech falach lub trzech erach (Berwick, 2016). Pierwsza koncentrowała się na dominacji profesjonalnej i samoregulacji. Druga, obecna, to okres medycyny opartej na dowodach, rozliczalności i teorii rynku. Siła tej fali polega na tym, że przekierowano uwagę na dowody dotyczące zaleceń i wyników leczenia oraz porzucono założenie,

że tylko lekarze znają najlepszy sposób postępowania. Ryzyko tak silnego respektowania medycyny opartej na dowodach polega na tym, że ogranicza ona opiekę nad pacjentem tylko do tego, co zostało udowodnione naukowo i odrzuca interwencje lub podejścia terapeutyczne, które w projektach badań skuteczności nie zostały jeszcze ostatecznie ocenione. Medycyna oparta na dowodach może również do pewnego stopnia ignorować wartość wiedzy na temat opieki indywidualnej (perspektywa pacjenta) i środowiskowej (lokalna sieć wsparcia). Trzecią, nadchodzącą erą w obszarze zdrowia psychicznego jest era moralna, z ograniczeniem obowiązkowych mierników, rezygnacją z przewag profesjonalnych na korzyść szacunku do współpracy z pacjentami i opiekunami (Berwick, 2016).

Dobra środowiskowa ochrona zdrowia psychicznego wykorzystuje pakiet interwencji, które oparte są na dowodach, co oznacza, że wysokiej jakości dowody naukowe potwierdzają skuteczność tych interwencji lub znaczną przewagę korzyści nad szkodami. Pojedyncze skuteczne interwencje są osadzone w ogólnym kontekście usług i związanych z nimi ścieżek pomocy. W wielu krajach takie interwencje są wyszczególnione w krajowych lub regionalnych wytycznych klinicznych (ang. *guidelines*). Silny sojusz jest w tym kontekście koniecznym warunkiem współpracy środowiskowych usług zdrowia psychicznego, ponieważ stanowi podstawę pozytywnych wyników leczenia (Melau i in., 2015).

Środowiskowa ochrona zdrowia psychicznego wymaga połączenia interwencji farmakologicznych, psychologicznych, somatycznych i socjalnych, które uzupełniają się wzajemnie w leczeniu, promocji zdrowia i redukcji objawów. Niekiedy może chodzić o połączenie farmakoterapii z terapią poznawczo-behawioralną lub leków z zatrudnieniem wspomaganym (interwencje typu Indywidualne doradztwo i wsparcie, IPS). Ponieważ środowiskowa ochrona zdrowia psychicznego jest świadczona w naturalnym dla danej osoby środowisku, dla poprawy zdrowia niezbędna jest informacja uwzględniająca kontekst jej życia, co może wymagać dostosowania interwencji do lokalnych realiów i zasobów.

Dobra środowiskowa ochrona zdrowia psychicznego zapewnia wsparcie obywatelom w każdym wieku, z zachowaniem ciągłości między usługami dla różnych grup wiekowych. W przypadku dzieci i młodzieży ważne jest zaspokojenie szerszych potrzeb opieki przejściowej dla „młodych dorosłych" i ich potrzeb w zakresie zdrowia psychicznego. Popieramy podejście psychiatrii wieku przejścia: rozwój solidnej opieki nad

zdrowiem psychicznym w tym wieku poprzez niwelowanie luk między polityką a praktyką oraz rozwijanie osiągalnej, akceptowalnej, wrażliwej i dostosowanej do wieku oferty (Paul, Street, Wheeler i Singh, 2014).

W przypadku osób starszych widzimy, że zły stan psychiczny jest często częścią zespołu kruchości – powszechnego i ważnego zespołu geriatrycznego charakteryzującego się związanym z wiekiem spadkiem rezerw fizjologicznych oraz funkcjonowania wielu układów i narządów. Konieczne jest wypracowanie skuteczniejszych metod wykrywania zespołu kruchości i oceny jego zaawansowania w rutynowej praktyce klinicznej, tak aby zoptymalizować właściwy dobór osób starszych do procedur inwazyjnych lub leczenia farmakologicznego. Metody te mogłyby stać się podstawą zmiany w opiece nad osobami starszymi z zespołem kruchości w kierunku bardziej dostosowanej pomocy ukierunkowanej na cele (Clegg, Young, Iliffe, Rikkert i Rockwood, 2013). Środowiskowa ochrona zdrowia psychicznego stanowi ważny wkład w osiągnięcie celów WHO na dekadę zdrowego starzenia się, z przesunięciem akcentu z choroby i zaburzeń na zdolności i możliwości (Beard i in., 2016; Światowa Organizacja Zdrowia, 2017).

Interwencje oparte na dowodach naukowych i dostępne modele świadczenia usług nie są w stanie ułatwić powrotu do zdrowia w izolacji. Kontekst społeczny dotyczący indywidualnego pacjenta ma zasadnicze znaczenie dla pomyślnej realizacji planu leczenia. Wyniki badań naukowych powinny być traktowane jako jeden z ważnych czynników uwzględnianych przy podejmowaniu decyzji dotyczących ochrony zdrowia psychicznego, ale nie jedyny. Inne czynniki, takie jak wyznawane wartości, preferencje i wybory pacjenta są krytycznie ważne przy podejmowaniu decyzji w sprawach jego zdrowienia. Wzajemne niezrozumienie zwolenników pomocy opartej na medycznych badaniach naukowych oraz zwolenników opieki środowiskowej zorientowanej na zdrowienie, gdzie wyników potwierdzonych badaniami często jeszcze nie ma, daje się pogodzić we wspólnej praktyce. Jedyny warunek jest taki, że interwencje oparte na badaniach będą uwzględniały także zasady zdrowienia oraz że dowody naukowe będą generowane również dla praktyk zorientowanych na zdrowienie. Pomocną metaforą w myśleniu o połączeniu podejścia zdrowienia i medycyny opartej na dowodach jest metafora oliwy i octu zaproponowana przez Davidsona i współpracowników (Davidson, Drake, Schmutte, Dinzeo i Andres-Hyman, 2009). Filozofia zdrowienia i tradycyjna medycyna oparta na badaniach naukowych są często postrzegane jak oliwa i woda, czyli substancje, które nie łączą się ze sobą. Należy je jednak postrzegać jak oliwę i ocet, gdyż gdy się je połączy w odpowiednich proporcjach, tworzą wyborny sos winegret.

Wdrożenie interwencji opartych na dowodach może przynieść lepsze wyniki użytkownikom usług, jednak same wytyczne rzadko prowadzą do znaczącej zmiany praktyki klinicznej. Do wdrożenia nowej praktyki potrzebne jest systematyczne wsparcie wdrożeniowe, a stopień wdrożenia powinien być oceniany w różnych momentach przy użyciu skal wierności zaprojektowanych do pomiaru kluczowych elementów modelu. Po wdrożeniu praktyki powinien zostać wprowadzony cykl jakości, tzn. Planuj-Wykonaj-Sprawdź-Działaj (NHS Institute for Innovation and Improvement, 2010), zapewniający jakość opieki przy wykorzystaniu wyników raportowanych przez pacjentów. Aby pomyślnie wdrożyć nowe praktyki, należy połączyć kilka strategii zarówno na poziomie systemu, jak i klinicznym. Ważne jest, aby zaangażować liderów na wszystkich poziomach, tak aby byli zaangażowani w decyzje podczas całego procesu wdrażania. Aby zmienić praktykę kliniczną, klinicyści muszą rozumieć i zgadzać się z potrzebą zmiany praktyki, a także korzystać z superwizji i częstych informacji zwrotnych ze strony superwizorów biorących udział w lokalnych dyskusjach w małych grupach dostarczających wiedzy o wynikach oceny wierności i innych istotnych miarach. Dla promowania innowacji ważne są wizyty studyjne i uczenie się na podstawie dobrych praktyk.

W tym miejscu pozwolimy sobie przytoczyć przykłady interwencji, które uważamy za dobre praktyki godne polecenia w pracy zespołów środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego. W przypadku tych interwencji ważne jest nie tylko, że są skuteczne, ale także przyczyniają się do zorientowanego na zdrowienie podejścia całego zespołu. Dlatego muszą one być istotne z perspektywy wszystkich dyscyplin reprezentowanych w zespole.

4.1. Interwencje skoncentrowane na zmniejszaniu objawów / promowaniu zdrowia

Interwencje farmakologiczne

Leki są ważnym elementem w redukowaniu objawów związanych z zaburzeniami psychicznymi, a także w stabilizowaniu nastroju i wspieraniu funkcjonowania (Stahl, 2013).

Jednakże leki nigdy nie są celem leczenia: są narzędziem pomagającym pacjentowi w osiągnięciu jego własnych celów. Leki zawsze mają znaczenie, które może być równie ważne, jak ich efekty farmakologiczne. Ambiwalencja wobec leków jest normalnym zjawiskiem i ludzie będą brać leki, jeśli czują, że im pomogą, a nie będą ich brać, jeśli czują, że nie pomogą (Diamond, 2011).

Wiele czynników wpływa na równowagę między korzyściami a negatywnymi skutkami przyjmowania leków, a dobra praktyka obejmuje znacznie więcej niż wypisanie recepty. Zarządzanie lekami w odniesieniu do zaburzeń zdrowia psychicznego może odbywać się w sposób zorientowany na zdrowienie (Diamond, 2011). Bliska współpraca z pacjentem w formie uzgadnianego podejmowania decyzji jest krytycznym elementem skutecznego reżimu lekowego i programu leczenia. Charakterystyczne elementy planu współdecydowania w uzgadnianiu zarządzania lekami obejmują:

- cele stosowania leków jako narzędzia leczenia,
- preferencje dotyczące leków,
- wspólną decyzję o tym, czy w planie leczenia należy stosować leki,
- wspólną decyzję o tym, który lek należy zastosować,
- uwzględnienie profilu działań niepożądanych, szczególnego kontekstu pacjenta,
- przeciwdziałanie działaniom niepożądanym,
- zarządzanie wielkością dawek i tam, gdzie to możliwe, przepisywanie najniższej dawki przy jednoczesnym zapewnieniu optymalnego funkcjonowania pacjenta,
- unikanie polipramazji,
- przestrzeganie zaleceń co do brania leków i działania korygujące,
- wspólne podejmowanie decyzji o przerwaniu reżimu lekowego i działania wspierające.

Dostępne są narzędzia wspierające etapy wspólnego podejmowania decyzji oraz monitorowania działania leków w różnych zalecanych aspektach. Wydaje się jednak, że powinniśmy mieć także większą otwartość na indywidualne sugestie pacjenta co do sposobu leczenia a nawet decyzje dotyczące dawkowania lub rezygnacji z przyjmowania leków, nie zawsze zgodne z opinią profesjonalisty. Podkreślmy, że otwartość nawet za cenę ryzyka nawrotu choroby lub kryzysu. Widzimy przejście od decyzji zastępczych do wspieranych, co jest konsekwencją KPON. Dodajmy, że istnieją przesłanki wskazujące, że długotrwałe leczenie psychofarmakologiczne może mieć negatywny wpływ na funkcjonowanie społeczne (Wunderink, Nieboer, Wiersma, Sytema i Nienhuis, 2013).

Interwencje psychologiczne

Dostępna jest obszerna baza interwencji psychologicznych opracowanych i wdrożonych przez zespoły środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego na całym świecie. Oczywiście wskazania kliniczne w zależności od kraju mogą dyktować inne zalecenia, różnią się też dostępnością zasobów i możliwościami szkoleń w zakresie określonych interwencji.

Najczęściej stosowaną interwencją psychologiczną w środowiskowej ochronie zdrowia psychicznego są terapie poznawczo-behawioralne (ang. *cognitive-behavioural therapy* – CBT) i dialog motywujący (ang. *motivational interviewing* – MI). CBT jest najszerzej stosowaną formą psychoterapii, która okazała się skuteczna w większości domen psychopatologii (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer i Fang, 2012). Terapeuta i pacjent współpracują we wspólnym, indywidualnym definiowaniu przypadku, aby osiągnąć cele pacjenta oraz zwiększyć jego kontrolę nad objawami i problemami, wzmacniając autonomię i poczucie szacunku do samego siebie. Dialog motywujący z kolei jest stylem rozmowy opartym na współpracy, służącym wzmocnieniu motywacji i zaangażowania pacjenta w zmianę. Może być stosowany jako technika konwersacyjna w praktyce klinicznej lub jako interwencja sama w sobie. Ogólny styl polega na podjęciu wobec pacjenta roli przewodnika z włączeniem elementów stylu kierującego i podążającego. MI traktuje ambiwalencję jako naturalny etap przygotowania do zmiany. Podstawą relacyjną jest nawiązanie kontaktu z pacjentem. Na tej podstawie następuje skupienie się na swoistych problemach, a terapeuta własną motywacją wywołuje motywację u pacjenta. Nacisk na współpracę i wywoływanie motywacji dobrze pasują do omawianej tu filozofii zdrowienia i podejścia zespołowego (Miller i Rollnick, 2013).

Coraz częściej w sferze e-zdrowia psychicznego pojawiają się rozwiązania cyfrowe pomocne zdaniem wielu pacjentów w ich podróży terapeutycznej. Istnieją na przykład e-terapie dostępne w aplikacjach, które prowadzą osobę przez serię modułów CBT. E-terapie mogą być wykorzystywane zarówno grupowo, jak i indywidualnie, a ich moderatorem/prowadzącym może być specjalista zajmujący się zdrowiem psychicznym. Terapie e-zdrowia mogą być interwencjami prowadzonymi samodzielnie przez pacjenta lub w połączeniu z tradycyjnymi formami opieki (np. konsultacje z lekarzem ogólnym lub psychologiem). Większość z tych interwencji łączy się z psychoedukacją, badaniami przesiewowymi i interwencjami w zakresie samozarządzania, samopomocy i wzajemnego wsparcia rówieśniczego (ang. *peer-to-peer support*) tj. fora, czaty, zamknięte grupy wsparcia.

Opieka nad zdrowiem somatycznym i wsparcie w zakresie zdrowego stylu życia

Oczekiwana długość życia osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi została oszacowana na 15–25 lat krótszą niż u osób z populacji ogólnej i są przesłanki, by sądzić, że ta przepaść się zwiększa (Malina i Rosenbaum, 2016; Olfson, Gerhard, Huang, Crystal i Stroup, 2015; Walker, McGee i Druss, 2015).

Przyczyn krótszego średnio życia u pacjentów psychiatrycznych jest wiele. Poza tym, że zwykle nie prowadzą oni zdrowego stylu życia (ruch, dieta, zainteresowania) na jego jakość wpływ mają takie czynniki jak działania niepożądane leków przeciwpsychotycznych, dyskryminacja i stygmatyzacja społeczna. Ich skutkiem jest niski wskaźnik poszukiwania pomocy oraz gorsza jakość somatycznej opieki zdrowotnej. Dobrze znanym pojęciem związanym z dyskryminacją osób dotkniętych chorobami psychicznymi w opiece zdrowotnej jest zjawisko „diagnostycznego zacienienia" (ang. *diagnostic overshadowing*), powszechne w praktyce ogólnej opieki zdrowotnej (Thornicroft, Rose i Kassam, 2007). „Diagnostyczne zacienienie" polega na błędnym przypisywaniu objawów somatycznych chorobie psychicznej, co prowadzi do niedostatecznego diagnozowania i niewłaściwego leczenia. Z tego powodu ważna jest współpraca specjalistów zdrowia psychicznego z lekarzami innych specjalizacji, tak aby mieli oni większą świadomość wpływu piętna choroby psychicznej na diagnostykę ogólną.

Jednocześnie promowanie zdrowego stylu życia (zwłaszcza aktywności fizycznej, zdrowego odżywiania i rzucania palenia) powinno być zapewniane przez profesjonalistów ochrony zdrowia psychicznego, zgodnie ze strategiami promocji zdrowia realizowanymi w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), w celu zagwarantowania dostępności tego rodzaju opieki dla osób cierpiących na ciężkie zaburzenia psychiczne.

Głównymi przyczynami wysokiej śmiertelności w całej Europie są choroby układu krążenia i rak płuc. Palenie tytoniu jest najważniejszym modyfikowalnym czynnikiem ryzyka, dlatego też badania przesiewowe w kierunku chorób układu krążenia oraz współpraca z POZ i specjalistami dziedzin somatycznych są niezbędne w środowiskowej ochronie zdrowia psychicznego. Programy rzucania palenia skierowane do osób cierpiących na poważne choroby psychiczne stanowią ważny wkład w ich zdrowie somatyczne (Banham i Gilbody, 2010). Metaboliczne efekty uboczne leków przeciwpsychotycznych zwiększają ryzyko chorób sercowo-naczyniowych. Dlatego dobra środowiskowa opieka nad zdrowiem psychicznym obejmuje również opiekę nad zdrowiem fizycznym, m.in. poprzez badania przesiewowe pacjentów z czynnikami ryzyka chorób układu krążenia, współpracę z POZ i specjalistyczną opiekę somatyczną oraz organizowanie programów rzucania palenia.

4.2. Interwencje skoncentrowane na włączeniu społecznym

Współpraca z rodziną i nieformalną siecią kontaktów

Dobra środowiskowa ochrona zdrowia psychicznego oznacza docenianie i umiejętność wykorzystania siły, jaką daje współpraca z rodziną i innymi osobami z nieformalnej sieci kontaktów pacjenta w procesie jego zdrowienia. Polega to na zaangażowaniu pacjenta wraz z jego rodziną i innymi ważnymi dla niego osobami w zrozumienie szczególnego kontekstu, w jakim żyje, istoty jego potrzeb, ale także identyfikacji jego zasobów indywidualnych oraz zasobów sieci społecznej. Pozwala to wspólnie określić i wdrażać plan działania oraz śledzić postępy.

Modele takiej pracy z jedną lub wieloma rodzinami naraz zostały udokumentowane i wysoko ocenione jako pomocne w osiąganiu oczekiwanych wyników. Psychoedukacja rodzinna zapewnia opiekunom informacje i wsparcie terapeutyczne, aby lepiej radzili sobie ze skutkami zaburzenia psychicznego bliskiej osoby oraz z własnymi problemami wynikającymi z jej choroby (Lyman i in., 2014; Pitschel-Walz, 2010).

Inne obiecujące modele współpracy między rodziną pacjenta, usługodawcami a nieformalną siecią kontaktów polegają na pracy na Zasobach (rezerwach) grupowych oraz Otwartym dialogu. „Zasób grupowy" to nic innego jak grupa osób wybranych przez pacjenta, które pomagają mu w osiągnięciu celów samodzielnie przez niego wyznaczonych. W praktyce środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego potrzebnych jest kilka spotkań „zasobów grupowych", aby członkowie grupy wspierającej pacjenta dołączyli do realizacji planu leczenia i poczuli się współodpowiedzialni za jego wyniki (Norden, Malm i Norlander, 2012). Z kolei w podejściu opartym na otwartym dialogu członkowie rodziny spotykają się podczas kryzysu psychotycznego, aby przeprowadzić szereg otwartych, czyli szczerych rozmów na temat sytuacji pacjenta oraz swoich na nią reakcji. Intencją tych rozmów jest wskazywanie i wspieranie zdrowej strony pacjenta i silnych cech całej rodziny oraz normalizacja sytuacji, nie zaś skupianie się na zachowaniach regresywnych (Seikkula i Olson, 2003a). Innym innowacyjnym sposobem wspierania współpracy z siecią rodzinną jest zapewnienie szkoleń dla laików w zakresie prowadzenia rozmów motywacyjnych (Smeerdijk i in., 2012, 2015). Warto dodać, że wszelkie interwencje bezpośrednio ukierunkowane na przeciwdziałanie izolacji społecznej są skuteczne i prowadzą do rozszerzenia sieci kontaktów pacjenta (Anderson, Laxhman i Priebe, 2015).

Pacjentem objętym pomocą środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego może być osoba posiadająca dzieci i mająca potrzeby związane z rolą rodzica. Praca z rodzinami jest zatem również narzędziem służącym do zaspokojenia specyficznych potrzeb dzieci rodziców z zaburzeniami psychicznymi w celu zmniejszenia negatywnego wpływu problemów psychicznych rodziców (Leinonen, Solantaus i Punamäki, 2003; Reupert, Maybery, Nicholson, Gopfert i Seema, 2015).

Rehabilitacja

Osoby korzystające z usług środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego często doświadczają licznych i złożonych problemów społeczno-ekonomicznych tj. brak odpowiednich warunków mieszkaniowych, bezrobocie, ubóstwo, izolacja społeczna i samotność (Thornicroft, Szmukler, Mueser i Drake, 2011). Środowiskowa ochrona zdrowia psychicznego powinna zatem koncentrować się nie tylko na interwencjach medycznych i psychologicznych, ale także na rozwiązywaniu problemów społeczno-ekonomicznych oraz określaniu zakresu i sposobu, w jaki pacjenci chcieliby uczestniczyć i być włączeni w życie swoich społeczności. Rehabilitacja jest nadrzędna dla interwencji, które umożliwiają zdrowienie (Holloway i in., 2015). W praktyce jest ona stosowana w odniesieniu do interwencji skoncentrowanych na włączeniu społecznym. Interwencje rehabilitacyjne mogą być świadczone przez organizacje zewnętrzne lub przez środowiskowe zespoły ochrony zdrowia psychicznego. Interwencje takie umożliwiają pacjentom uczestnictwo w społeczności jako obywateli mających udział w zatrudnieniu, działalności społecznej i kulturalnej (Holloway i in., 2015). Empirycznie udowodniono, że właściwe przewodnictwo pomaga pacjentom skutecznie uczestniczyć w życiu społecznym i utrzymywać regularną pracę. Pierwszym krokiem w oferowaniu interwencji rehabilitacyjnych jest zbadanie poziomu gotowości profesjonalistów i innych członków społeczności do zaakceptowania i wspierania osób z zaburzeniami psychicznymi w odzyskaniu znaczących ról społecznych.

Opracowano szereg metod rehabilitacji pomocnych pacjentom w określaniu i osiąganiu ich indywidualnych celów, takich jak samodzielne życie, samoopieka, sukces w zatrudnieniu na otwartym rynku, uczestnictwo w rutynowych zajęciach edukacyjnych, rozwijanie lepszej więzi z rodziną i spędzanie wolnego czasu. Jeśli dostępne są odpowiednie zasoby, należy skorzystać z kompleksowych metod, które koncentrują się na osobistych celach i życzeniach pacjentów. W sytuacji, gdy środków brakuje, zespoły środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego mogą nadal pracować w duchu tych

interwencji. Przykładem może być działanie zgodne z mottem „najpierw zatrudnić, potem przeszkolić", które jest charakterystyczne zarówno dla programów Indywidualnego doradztwa i wsparcia (ang. *Individual Placement and Support* – IPS), w których osoby są wspierane w uzyskaniu i utrzymaniu pracy w normalnych warunkach zatrudnienia (Becker i Drake, 2003; Fioritti i in., 2014), jak i programu Najpierw mieszkanie (Tsemberis, Gulcur i Nakae, 2004), koncentrującego się na uzyskaniu i utrzymaniu przyzwoitego mieszkania. Wreszcie, ważne są metody mające na celu poprawę funkcjonowania poznawczego lub umiejętności praktycznych, np. trening usprawniania poznawczego (*cognitive remediation training* – CRT) oraz poznawczy trening adaptacyjny (*cognitive adaptation training* – CAT) (Stiekema i in., 2015).

Zatrudnienie wspomagane

Zatrudnienie i praca zawodowa uważane są za jeden z najważniejszych elementów budowania poczucia własnej wartości i ludzkiej egzystencji w ogóle, a wiele osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi uważa je za kluczowe w swoim procesie zdrowienia. Jednak właśnie ta grupa ma najniższe wskaźniki zatrudnienia spośród wszystkich grup niepełnosprawności. Tylko 10–17 proc. z nich zatrudnionych jest na normalnych warunkach, aspiracje do uzyskania formalnego zatrudnienia zgłasza połowa pacjentów. Znalezienie pracy może być trudne, a utrzymanie zatrudnienia jeszcze trudniejsze. Aby zwiększyć na to szanse pacjenta z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi konieczne jest długoterminowe wsparcie zespołu wielodyscyplinarnego rozumiejącego szerszy kontekst opieki. Wsparcie takie powinno być zaplanowane tak, aby udzielane było w odpowiednich odstępach czasu, dostosowanych do potrzeb pacjenta.

Jednym z modeli wspierania zatrudnienia osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi, który został z powodzeniem wdrożony w kilku krajach europejskich (Becker i Drake, 2003; Fioritti i in., 2014) jest model Indywidualnego doradztwa i wsparcia (IPS). IPS jest interwencją psychospołeczną mającą na celu pomoc osobom z zaburzeniami psychicznymi w zdobyciu i utrzymaniu pracy w warunkach zatrudnienia na otwartym rynku pracy. IPS jest uznawany za praktykę, której skuteczność została potwierdzona badaniami (wykazały ją 24 randomizowane badania kontrolowane w stosunku do innych programów rehabilitacji zawodowej).

Inną strategią jest rozwijanie przedsiębiorstw społecznych i spółdzielni socjalnych jako zintegrowanej oferty podejścia typu „zatrudnij i przeszkol" w kontekście ekonomii społecznej realizującej zasady solidarności i integracji społecznej.

Model IPS jako przykład najlepszej praktyki

Indywidualne doradztwo i wsparcie (IPS)

Model IPS zatrudnienia wspomaganego opowiada się za podejściem „najpierw zatrudnić, potem przeszkolić" oraz długoterminowym wsparciem, które wydaje się działać dobrze tylko wtedy, gdy specjaliści do spraw zatrudnienia, osoby świadczące usługi w zakresie zdrowia psychicznego oraz regularne usługi rehabilitacji zawodowej współpracują i integrują swoje wysiłki.

Kluczowymi elementami modelu IPS są:

- Praca w normalnych warunkach zatrudnienia (w pełnym lub niepełnym wymiarze godzin) jako cel.
- Brak kryteriów kwalifikacji poza wyrażoną motywacją, tj. dostępność dla wszystkich, którzy chcą pracować („zero wykluczenia").
- Koncentracja na preferencjach użytkownika – „dopasowanie pracy do osoby".
- Opiera się na szybkim poszukiwaniu i zatrudnianiu na stanowisku pracy. Minimalizuje ocenę i szkolenia przed zatrudnieniem – „najpierw zatrudnić, potem przeszkolić".
- Opiera się na ścisłej współpracy pomiędzy specjalistami zatrudnienia i zespołami klinicznymi.
- Zapewnia zindywidualizowane, długoterminowe wsparcie z zachowaniem ciągłości.
- Buduje sieć możliwości zatrudnienia (rozwój zawodowy).
- Obejmuje dostęp do specjalistycznego doradztwa w zakresie świadczeń.

Jednym z bieżących celów jest udostępnienie IPS młodym ludziom z pierwszym epizodem psychozy. W tym przypadku niezbędne jest dodanie edukacji jako drugiego ważnego rezultatu IPS. Badania przeprowadzone w Australii, Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych wykazały, że wyniki dla tej grupy są obiecujące, a potencjalne korzyści w zakresie kariery zawodowej, objawów i integracji społecznej są znaczące.

Mieszkania wspomagane

Podstawową potrzebą każdego człowieka są bezpieczne, odpowiednie i przystępne cenowo warunki mieszkaniowe, pozwalające na zachowanie niezależności. Skutecznie wdrożone modele zamieszkania wspomaganego zapewniają elastyczne i właściwe rozwiązania w zakresie zakwaterowania. Uwzględniają zmieniające się i zróżnicowane potrzeby osób objętych takimi programami, w tym dotkniętych ciężkimi zaburzeniami psychicznymi. Taka elastyczność i koncentracja na pacjencie znajdują zwykle odzwierciedlenie w polityce organizacyjnej usług mieszkalnictwa wspomaganego.

Aby właściwie ocenić potrzeby osoby ubiegającej się o pobyt w mieszkaniu wspomaganym, podmioty oferujące takie mieszkania powinny otrzymać od podmiotów świadczących opiekę zestaw niezbędnych informacji potrzebnych do zaoferowania odpowiedniego dla danej osoby miejsca. Na podstawie tych informacji ocenia się przydatność i wykonalność tego zadania. Zrozumienie problemów związanych ze zdrowiem psychicznym oraz zapoznanie się z podstawowymi formami ich leczenia i potrzebami osób z zaburzeniami psychicznymi jest wręcz niezbędne, aby organizatorzy i opiekunowie mieszkań wspomaganych mogli efektywnie współpracować z mieszkańcami na nie cierpiącymi. Co więcej, budowanie zaufania między organizacjami minimalizuje ryzyko zatajenia lub utraty istotnych informacji podczas podejmowania ważnych decyzji dotyczących zakwaterowania. Protokoły poufności można wykorzystać do określenia rodzaju informacji, które należy udostępniać na zasadzie „wiedzy koniecznej", oraz sposobu właściwej ochrony informacji poufnych.

Zalecamy, by mieszkańcy byli uprawnieni do angażowania się w konsultacje i komunikację z organizatorami mieszkań wspomaganych, wnosząc wkład w procesy podejmowania decyzji, zarządzania, planowania oraz monitorowania i oceny organizacji. Upodmiotowienie użytkowników następuje zwykle powoli i stopniowo, na początku, w nowym dla nich środowisku i nowych warunkach, mogą potrzebować wsparcia rzeczników, którzy pomogą w uczynieniu ich opinii słyszalnymi.

Aby ograniczyć ryzyko wynikające z odpowiedzialności za mieszkańców mieszkań wspomaganych, ich organizatorzy muszą dysponować skuteczną polityką w zakresie oceny i zarządzania ryzykiem. Aby dokonać właściwej oceny, potrzebne im będą informacje o aktualnym stanie psychicznym i funkcjonowaniu społecznym danej osoby, o jej zachowaniu w przeszłości, w tym o zachowaniach agresywnych i ryzykownych. Na koniec należy podkreślić, że program „Najpierw mieszkanie" jest bardziej skuteczny niż tradycyjne modele, jeśli chodzi o radykalne ograniczenie bezdomności wśród osób z zaburzeniami psychicznymi i uzależnieniami.

Interwencje w sektorze społecznym

Obiecujące interwencje mające na celu promowanie uczestnictwa społecznego osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi zostały zidentyfikowane przez Webbera i Fendt-Newlina (2017). W dziedzinie zdrowia psychicznego interwencje te nie są jeszcze wystarczająco znane i obejmują indywidualne i grupowe treningi umiejętności społecznych oraz wspierane zaangażowanie w życie społeczności. Wskazują na ogromny potencjał współpracy międzysektorowej, uczenia się w społeczności od siebie nawzajem.

Badania wskazują, że związek między (ciężkimi) zaburzeniami psychicznymi a niekorzystną sytuacją społeczną jest dwukierunkowy. Z jednej strony złe, nierówne warunki i przeciwności społeczne zwiększają ryzyko osłabienia kondycji psychicznej (przyczynowość społeczna), z drugiej strony doświadczanie zaburzeń psychicznych zwiększa ryzyko ubóstwa i nierównego traktowania (dryf społeczny). Zwalczanie tego błędnego koła zaburzeń psychicznych i ubóstwa jest pilne, zważywszy, że związek między dochodem a złym stanem zdrowia jest silniejszy w przypadku zdrowia psychicznego niż w przypadku ogólnego stanu zdrowia (Wahlbeck, Cresswell-Smith, Haaramo i Parkkonen, 2017).

Wiedząc, że związek między zdrowiem społecznym a psychicznym jest dobrze ugruntowany, Mike Slade (2009) zaproponował trzy sposoby wspierania przez klinicystów powrotu jednostki do zdrowia, wychodzące poza oferowanie najlepszych metod leczenia. Wskazał na wartość wsparcia poprzez pielęgnowanie więzi, promowanie szeroko rozumianego zdrowego stylu życia i dążenie do włączenia społecznego. Wciąż jednak nadzieje na społeczny powrót do zdrowia i rehabilitację osób z zaburzeniami psychicznymi pozostają niespełnione poprzez stosowanie terapii ACT, FACT, czy innych środowiskowych modeli ochrony zdrowia psychicznego (van Weeghel i in., 2011). To, co społeczne, pozostaje, jak to ujął Johnson (2017), ubogim krewnym w triadzie bio-psycho-społecznej w odniesieniu do zalecanych w wytycznych klinicznych interwencji opartych na badaniach naukowych. Istnieje wiele powodów tego istotnego braku badań w omawianej dziedzinie (Johnson, 2017). Pierwszym jest fakt, że najbardziej oczywiste odpowiedzi na społeczne uwarunkowania złego stanu zdrowia psychicznego, takie jak ubóstwo i nierówności, mają charakter polityczny. Ponadto, pracownicy ochrony zdrowia psychicznego mogą czuć się przytłoczeni i bezsilni wobec poważnych trudności społecznych, z jakimi boryka się wielu pacjentów. Co więcej, zakres potencjalnych celów interwencji społecznych jest bardzo szeroki, a obejmując poziomy jednostki, rodziny, społeczności i społeczeństwa daleko wykracza poza usługi ochrony zdrowia

psychicznego, (van Weeghel i in., 2005). Wreszcie, dominującymi profesjami w badaniach nad zdrowiem psychicznym są psychiatria i psychologia, podczas gdy rozwój kadry badawczej w dziedzinie pracy społecznej jest mniejszy.

Są jednak istotne powody, aby rozwijać i wykorzystywać interwencje społeczne. Okazuje się, że dziesięciolecia badań nad podejściami neurobiologicznymi i psychologicznymi w opiece zdrowotnej nad osobami chorującymi psychicznie przyniosły stosunkowo niewiele dowodów na poprawę wyników leczenia. Natomiast, jak już wspominaliśmy, nadzieja na społeczne zdrowienie i rehabilitację ugruntowana jest w naszej wiedzy jako czynnik o ogromnym znaczeniu zarówno w kwestii pojawiania się, jak i następstw zaburzeń psychicznych. Co więcej, rzecznicy użytkowników usług koncentrują się bardziej na celach związanych ze zmniejszaniem stygmatyzacji i wykluczenia społecznego oraz promocji dobrych stosunków i wsparcia w ramach społeczności. W dążeniu do osiągnięcia tych celów istotne korzyści przynosi tworzenie bazy dowodowej dla interwencji społecznych niż poleganie wyłącznie na interwencjach, których skuteczność już została udokumentowana. Bez solidnych dowodów, w tym dotyczących ekonomiki zdrowia, trudno jest przedstawić mocne argumenty przemawiające za finansowaniem interwencji społecznych lub nadaniem im priorytetu we wskazówkach (Johnson, 2017).

Wahlbeck i współpracownicy (2017) dokonali inwentaryzacji interwencji międzysektorowych na różnych poziomach w celu przeciwdziałania negatywnym skutkom ubóstwa, nierówności i wykluczenia społecznego. Opisują oni interwencje dotyczące przebiegu życia (np. programy wsparcia rodzicielstwa, pielęgniarki środowiskowe, programy szkolne, promocja zdrowia psychicznego dla osób starszych), interwencje dotyczące gospodarstwa domowego (np. programy pomocy w wynajmie, Najpierw mieszkanie), interwencje dotyczące życia zawodowego (IPS, grupy poszukiwania pracy), interwencje na poziomie społeczności (np. ukierunkowane na przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu i wykluczeniu cyfrowemu), interwencje na poziomie usług (np. lepszy dostęp do opieki zdrowotnej, „recepty społeczne", doradcy organizacyjni, finansowi) oraz programy na poziomie polityki (np. dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej, mieszkalnictwo i planowanie przestrzenne, polityka pracy, polityka społeczna, gwarancje dla młodzieży, polityka redukcji zadłużenia).

Obiecujące interwencje mające na celu promowanie uczestnictwa społecznego osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi, zidentyfikowane przez Webbera i Fendt-Newlina (2017) zostały przedstawione w ramce poniżej.

Promowanie uczestnictwa w życiu społecznym

Interwencje mające na celu promowanie uczestnictwa w życiu społecznym

- Indywidualny trening umiejętności społecznych
- Trening umiejętności grupowych
- Wspierane zaangażowanie w życie społeczności:
  - Socjalizacja wspomagana (*Supported Socialization*)
  - Projekt miejski (*Urban project*)
  - Niezależność poprzez dostęp i orientację w społeczności (I-CAN, *Independence through Community Acess and Navigation*)
  - Interwencja w zakresie sieci społecznych (*Social Network Intervention*)
  - Interwencja „Łączenie ludzi" (*Connecting People Intervention*)
  - Domy grupowe plus pomoc ośrodka zdrowia psychicznego (*GGZ-hulp*, *Geestelijke Gezondheidszorg-hulp*)
  - Interwencja „Przyjaciele" (*Friends Intervention*)
- Grupowe aktywności w społeczności lokalnej
- Interwencje w obszarze zatrudnienia

W tym samym duchu Mann i in. (2017) dokonali przeglądu badań dotyczących interwencji mających na celu zmniejszenie poczucia samotności u osób z zaburzeniami psychicznymi. Doszli do wniosku, że jak dotąd żaden z rodzajów interwencji nie ma solidnej bazy dowodowej. Obiecujące przyszłe podejścia mogą obejmować: inicjatywy w zakresie zdrowia publicznego zmierzające do tworzenie akceptujących społeczności, lepiej zaprojektowane psychologiczne badania nad interwencjami, większe wykorzystanie technologii cyfrowych oraz projektów łączących ludzi wraz ze wspierającymi działaniami społecznymi i możliwościami zaangażowania w ramach społeczności lokalnych.

Aby wspierać tworzenie znaczących relacji społecznych, które mogą poprawić zdrowie i jakość życia osób z zaburzeniami psychicznymi, wszystkie te działania muszą być rozważane w kontekście szerszej polityki społecznej, w tym polityki mieszkaniowej, zatrudnienia, świadczeń socjalnych i infrastruktury. Wpływ nierówności i ubóstwa na zdrowie i dobrobyt jest coraz bardziej oczywisty. Obok rozwoju opisanych interwencji społecznych, można wskazać istotne argumenty za inwestowaniem w krajową i lokalną politykę, bezpośrednio dotykającą korzeni problemów zdrowia psychicznego (Smith i Eltanani, 2015).

4.3. E-zdrowie i M-zdrowie

W dzisiejszym świecie stałe struktury społeczne w coraz większym stopniu zastępowane są przez zmienne i elastyczne relacje, wymagające coraz większych umiejętności adaptacji do zmieniających się okoliczności. W społeczeństwie sieciowym, relacje z przeszłości nie mogą być już brane za pewnik, pojawiają się nowe formy samoorganizacji. Ochrona zdrowia psychicznego będzie musiała znaleźć sposób na poradzenie sobie z tą zmianą społeczną, w której coraz większa liczba obywateli jest częścią e-społeczności. Stwarza to zarówno szanse, jak i zagrożenia dla leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi. E-zdrowie to wykorzystanie technologii informatycznych i komunikacyjnych w celu poprawy ochrony zdrowia psychicznego. M-zdrowie to wykorzystanie do tego celu urządzeń mobilnych (https://mastermind-project.eu). W przeglądzie Naslund i wsp. (2015) autorzy wskazują na wykonalność i akceptowalność pojawiających się interwencji m-zdrowia i e-zdrowia wśród osób cierpiących na ciężkie zaburzenia psychiczne. Nie jest jednak możliwe wyciągnięcie wniosków dotyczących ich skuteczności. Uzasadnione są dalsze rygorystyczne badania w celu ustalenia skuteczności i korzyści kosztowych w tej populacji (Naslund, Marsch, McHugo i Bartels, 2015).

Zalety dla pacjenta to możliwość samodzielnego zarządzania leczeniem, niezależnego od miejsca i czasu, leczenie się we własnym środowisku bez konieczności podróżowania i czasu spędzanego w poczekalniach, przy jednoczesnym nieograniczonym dostępie do wzajemnego wsparcia rówieśniczego (*peer support*).

Zagrożenia to zależność od technologii, brak danych sensorycznych (które są m.in. narzędziem diagnostycznym) oraz nierozwiązane kwestie etyczne i prawne dotyczące bezpieczeństwa, prywatności i odpowiedzialności. Kwestie te będą musiały zostać rozwiązane, ponieważ nie można już sobie wyobrazić nowoczesnej środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego bez e-zdrowia i m-zdrowia. Ważne jest, by zespoły środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego były wczesnymi adaptatorami i postrzegały e-społeczność jako swoje naturalne środowisko. Ważne jest przy tym rozróżnienie między programami, które zostały zaprojektowane jako część terapii łączonej, a narzędziami samopomocy.

Samopomocowe e-interwencje w przestrzeni zdrowia psychicznego mają potencjał wzmocnienia zdolności samozarządzania. Można pobrać aplikacje, które dotyczą konkretnych zaburzeń, takich jak depresja, PTSD, lęk, i prowadzą użytkownika przez odpowiednie ćwiczenia, informacje oraz dają możliwość rejestrowania nastroju i uczuć, wspomagając tradycyjną terapię. Mogą być używane w charakterze samodzielnej interwencji.

Perspektywa środowiskowej sieci opieki

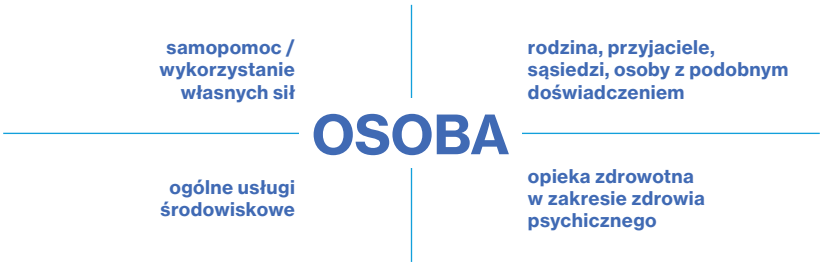
Podobnie jak w pszczelim ulu, środowiskowa ochrona zdrowia psychicznego jest rodzajem sieci, która działa w ramach szerszej sieci samopomocy, rodziny, przyjaciół i innych nieformalnych zasobów oraz ogólnych usług w lokalnej społeczności. Zapylanie krzyżowe jest symbolem współpracy interdyscyplinarnej.

WNIOSKI I REKOMENDACJE DLA PERSPEKTYWY ŚRODOWISKOWEJ SIECI OPIEKI

- Środowiskowa ochrona zdrowia psychicznego jest połączeniem wkładu i wsparcia ze strony pacjentów, osób należących do społecznej sieci pacjenta i profesjonalistów, gdy jest to potrzebne.
- Środowiskowa ochrona zdrowia psychicznego stanowi sieć w ramach szerszej sieci samopomocy, rodziny, przyjaciół i innych nieformalnych zasobów oraz ogólnych usług lokalnej społeczności.
- Środowiskowa ochrona zdrowia psychicznego wymaga współpracy interdyscyplinarnej i międzysektorowej.
- Placówki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) odgrywają kluczową rolę w środowiskowym modelu ochrony zdrowia psychicznego i świadczą opiekę dla osób chorujących psychicznie i ich sieci społecznej.
- W środowiskowej ochronie zdrowia psychicznego występuje kilka dziedzin integracji: integracja interwencji medycznych i społecznych, integracja zespołów środowiskowych i szpitalnych oraz integracja pomiędzy różnymi zespołami usług zdrowia psychicznego (np. leczenie pacjentów z podwójną diagnozą).
- Wspólne elementy modeli środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego obejmują: wielodyscyplinarny zespół, w razie potrzeby możliwość zwiększenia lub zmniejszenia skali opieki, opiekę domową lub w miejscu, gdzie pacjent jej potrzebuje, skupienie się na pomocy społecznej i pomocy w zakresie zdrowia psychicznego oraz – w przypadku hospitalizacji – ścisłą współpracę z oddziałem psychiatrycznym.
- Przejście na system środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego może być utrudnione przez system finansowania, który faworyzuje opiekę instytucjonalną (np. poprzez nagradzanie za zajmowanie łóżek). Zaleca się wprowadzenie prospektywnego systemu finansowania, programowo zorientowanego na działanie w warunkach właściwych dla zdrowia psychicznego, sprzyjającego współpracy interdyscyplinarnej i międzysektorowej.
- Zakres środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego nie ogranicza się do ciężkich zaburzeń psychicznych (czy psychozy), ale obejmuje wszystkie potrzeby zdrowia psychicznego – np. poprzez dostępność do lekarzy POZ w regionie.

Środowiskowa ochrona zdrowia psychicznego jest połączeniem wkładu i wsparcia ze strony użytkowników, osób z ich sieci społecznej oraz, gdy jest to potrzebne, profesjonalistów. Celem takiego łączenia perspektyw jest zniwelowanie przepaści między profesjonalistami i nieprofesjonalistami, w celu zwiększenia odporności psychicznej pacjentów, jak również odporności otaczającej ich sieci. W sieci usług zdrowia psychicznego i usług społecznych na określonym obszarze geograficznym należy rozwinąć kilka zasadniczych funkcji. Deinstytucjonalizacja i wprowadzenie środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego pociąga za sobą również reformę i poprawę usług socjalnych. Przepisy i prawodawstwo mogą utrudniać zdrowienie, nagradzając pozostawanie w chorobie lub marginalizując tych, którzy próbują w zdrowieniu uczestniczyć (np. ryzyko utraty zasiłku). Zachęty finansowe mogą również sprzyjać wykorzystywaniu dostępnych środków na hospitalizację, a nie na opiekę środowiskową.

Rama wsparcia (Trainor i Church, 1984)



Sieć środowiskowych usług zdrowia psychicznego ma centralny węzeł koordynujący pracę i informację w całej sieci zwykle składającej się z wielodyscyplinarnych, wielousługowych zespołów terapeutycznych, których zadaniem jest zapewnienie szerokiego spektrum elastycznych interwencji dostosowanych do potrzeb pacjentów, co pozwoli im zdrowieć w środowisku domowym przy wsparciu ich sieci społecznej. W zależności od dostępnych zasobów, domeny te mogą być zorganizowane jako oddzielne zespoły lub funkcje większych zespołów ogólnych. Oddzielne zespoły pozwalają na specjalizację, ale jednocześnie niosą ze sobą ryzyko fragmentacji zasobów. Ryzyko fragmentacji można zminimalizować poprzez wprowadzenie silnych powiązań pomiędzy dyscyplinami i usługami. Ważne jest, aby przedstawiciele różnych specjalizacji i dyscyplin w środowiskowym

zespole ochrony zdrowia psychicznego wspólnie ponosili odpowiedzialność za interwencje. Wiąże się to z interdyscyplinarnym i wielospecjalistycznym sposobem pracy, w którym nie ma wyłącznych domen. W zależności od dyscypliny, wiedza specjalistyczna różni się, a zadaniem ekspertów w zespole jest dzielenie się wiedzą, np. poprzez organizowanie sesji klinicznych. Ponadto fachowa wiedza członków zespołu jest łączona z żywym doświadczeniem kryzysu zdrowia psychicznego pacjentów. Ta sama zasada obowiązuje w przypadku współpracy międzysektorowej z przedstawicielami innego rodzaju usług.

A oto zespoły lub zadania, jakie powinny znaleźć się w zakresie kompleksowych usług oferowanych w ramach środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego:

5.1. Integracja opieki nad zdrowiem psychicznym z podstawową opieką zdrowotną

W środowisku domowym pacjenta znajduje zastosowanie wiele interwencji profilaktycznych (np. narzędzia e-zdrowia psychicznego). Wczesne rozpoznawanie problemów zdrowia psychicznego (w tym badania przesiewowe i diagnoza) może być podejmowane przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Lekarze POZ zapewniają długoterminową ciągłość leczenia i są strażnikami dostępu do opieki specjalistycznej, ponieważ w wielu europejskich systemach opieki zdrowotnej są często pierwszym kontaktem, w którym ujawnia się problem zdrowotny (Bower i Gilbody, 2005). Lekarze POZ odgrywają więc ważną rolę w kierowaniu pacjentów do specjalistycznych placówek ocrony zdrowia psychicznego, zapewniając zintegrowaną opiekę nad zdrowiem fizycznym i psychicznym w przypadku schorzeń współwystępujących (np. cukrzycy i depresji) (Holt, De Groot i Golden, 2014), a także służąc jako łącznik pomiędzy opieką specjalistyczną, podstawową opieką zdrowotną i usługami socjalnymi. Ścisła współpraca może zapewnić wczesną interwencję wielu pacjentom, których problemy ze zdrowiem psychicznym jeszcze się nie ujawniły lub nie zostały rozpoznane.

Ścisła współpraca lekarzy POZ i zespołami środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego w ramach sieci regionalnej może również zwiększyć umiejętności leczenia zaburzeń psychicznych w ramach POZ. Wspólne cele, jasne i sprawiedliwe podejmowanie decyzji oraz otwarta i regularna komunikacja są kluczowymi elementami dobrej współpracy. W warunkach ograniczonych zasobów jeszcze ważniejsze jest to, aby służby zdrowia psychicznego nadały priorytet współpracy z POZ i zapewniły wsparcie dla placówek POZ i służb socjalnych, które mogą mieć częstszy kontakt z użytkownikami usług (McDaid i in., 2007). Opieka w zakresie zdrowia psychicznego w POZ, podobnie jak na

wszystkich innych poziomach, powinna uwzględniać perspektywę pacjenta, przyjmować podejście oparte na wspólnym podejmowaniu decyzji i wspierać proces zdrowienia.

5.2. Aktywne zespoły intensywnego leczenia stanów ostrych jak i długoterminowych problemów zdrowia psychicznego

Funkcja ta odnosi się do zespołów terapeutycznych środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego i prowadzących leczenie w środowisku domowym pacjenta. Wizyty domowe stanowią tu rutynową część działalności, zapewniając szybki dostęp do opieki. Ścisła współpraca z placówkami POZ zapewnia mobilność i doświadczenie w tych usługach. Zespoły muszą być osadzone w społeczności lokalnej i ściśle współpracować z aktywnością innych sektorów, takich jak odpowiadające za pomoc w znalezieniu zatrudnienia, mieszkanie i organizację czasu wolnego. Powtórzmy: opieka w społeczności lokalnej jest elastyczna, oparta na zespole i wykorzystuje różne formy zaangażowania.

Zespoły interwencji kryzysowej i pomoc doraźna w zakresie zdrowia psychicznego w środowisku

Łatwy dostęp do doraźnej pomocy psychiatrycznej dla osób w kryzysie zdrowia psychicznego jest ważnym elementem środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego. Lekarze POZ, najlepiej dyżurujący 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu, są ważnym elementem opieki nad osobami chorującymi psychicznie w nagłych wypadkach. Zespoły kryzysowe i leczenia domowego (*Crisis Resolution and Home Treatment Teams* – CRT's) są usługą dla osób dorosłych doświadczających ostrego kryzysu psychicznego, które w innym razie wymagałyby przyjęcia do szpitala. Celem CRT jest zapewnienie szybkiej oceny stanu zdrowia, leczenie pacjentów w domu o ile tylko jest to możliwe, oraz ułatwienie wczesnego wypisu ze szpitala, jeśli konieczna była hospitalizacja. Zespoły te stanowią alternatywę dla opieki szpitalnej, a ich celem jest diagnoza i leczenie osób „w najmniej restrykcyjnym środowisku, przy minimalnych zakłóceniu ich stylu życia". Kluczowymi elementami tego modelu są dostępność, intensywne wsparcie i funkcja „strażnika" poprzez kontrolowanie dostępu do łóżek szpitalnych, umożliwianie przyjęć w razie potrzeby lub unikanie hospitalizacji, gdy tylko jest to możliwe. Głównym zadaniem CRT jest ocena wykonalności leczenia domowego przed przyjęciem do szpitala.

Wczesne wykrywanie i interwencja mają kluczowe znaczenie dla utrzymania zwłaszcza młodych pacjentów w ich otoczeniu społecznym, w rodzinie, szkole, pracy i ich sposobach na spędzanie wolnego czasu, aby zapewnić im dalszy rozwój i budowanie odporności psychicznej. Ta wczesna interwencja musi być wielodyscyplinarna i powinna kłaść nacisk na psychiatryczną, psychoterapeutyczną, społeczną i aktywną interwencję w domu, ale także w szkole i w pracy. Wczesne wykrywanie i leczenie odpowiednie dla fazy zaburzeń mogą być oferowane jako uzupełnienie standardowej opieki lub przejęte przez wyspecjalizowany zespół wczesnej interwencji (*early intervention team*) (Marshall i Rathbone, 2011).

Modele CRT i innych zespołów specjalnych, takich jak zespoły intensywnej opieki czynnej (*assertive outreach teams*) i zespoły wczesnej interwencji (*early intervention teams*), zostały wypracowane głównie na obszarach miejskich, gdzie liczba usługodawców i wielkość populacji umożliwia funkcjonowanie zespołów wyspecjalizowanych dla różnych grup pacjentów. Świadczenie usług na obszarach o charakterze wiejskim może wymagać innego podejścia, np. zespołów opieki czynnej (*outreach teams*), które pełnią odmienne funkcje i służą odmiennym grupom docelowym. W krajach lub sytuacjach, w których zasoby są mniejsze, lekarze POZ i placówki POZ mogą zapewnić opiekę w nagłych wypadkach przy wsparciu opieki psychiatrycznej.

Aktywna i zintegrowana opieka dla osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi: ACT i F-ACT

Osoby z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi mogą żyć i funkcjonować w swoim środowisku, o ile otrzymują wystarczające wsparcie i leczenie. By zapewnić im szerokie, kompleksowe i wszechstronne usługi, w tym leczenie i naukę radzenia sobie z chorobą i objawami, doradztwo i praktyczną pomoc w codziennym życiu, rehabilitację i wsparcie w zdrowieniu – potrzebny jest zespół wielodyscyplinarny. Dobrze opisane modele to aktywne leczenie środowiskowe (ACT) i elastyczne – aktywne leczenie środowiskowe F-ACT (patrz ramka). Zintegrowany zespół może zapewnić pacjentom wszystkie te funkcje w jego własnym środowisku. Lekarze pracujący w danej społeczności mają większe szanse na dostrzeżenie i wspieranie mocnych stron swoich pacjentów, ich talentów i hobby, umiejętności oraz organizowania dostępnego wsparcia. Mają też więcej możliwości spotkania z rodzinami podopiecznych, a także zdobycia ich zaufania. Pacjentom łatwiej przychodzi szczera rozmowa z nimi o tym, z czym sobie radzą, a z czym nie, jakiej pomocy potrzebują, łatwiej też wspólnie szukać rozwiązań i ustalać

strategie zdrowienia. W porównaniu ze standardowymi modelami koordynacji opieki ACT oferuje również znaczące korzyści w redukowaniu bezdomności i nasilenia objawów u osób bezdomnych dotkniętych ciężkimi zaburzeniami psychicznymi (Coldwell i Bender, 2007). Pojawiają się też dowody, choć jeszcze niejednoznaczne, że osobom w okresie zwiastunów psychozy można skutecznie pomóc poprzez wczesną interwencję (Marshall i Rathbone, 2011).

ACT i F-ACT jako dobre praktyki

Aktywne leczenie środowiskowe (ACT) oraz elastyczne ACT (F-ACT)

Aktywne leczenie środowiskowe (ACT) jest praktyką opartą na dowodach, która poprawia wyniki leczenia osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi, które są najbardziej narażone na bezdomność, kryzys zdrowia psychicznego i hospitalizację oraz konflikty z prawem. ACT jest jedną z najstarszych, najszerzej przebadanych i opartych na dowodach praktyk behawioralnej opieki zdrowotnej dla osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi. ACT jest podejściem realizowanym przez wielodyscyplinarny zespół poprzez aktywną pomoc w społeczności. Spójne, troskliwe, skoncentrowane na osobie relacje mają pozytywny wpływ na wyniki i jakość życia. Osoby korzystające z ACT zwykle rzadziej korzystają z intensywnych, kosztownych usług, takich jak wizyty na oddziale ratunkowym, psychiatryczne usługi kryzysowe i hospitalizacja psychiatryczna. Doświadczają również większej niezależności życiowej i wyższego wskaźnika kontynuacji leczenia.

Holenderską wersją ACT jest Elastyczne ACT (Flexible ACT, F-ACT). Wielodyscyplinarny zespół pracuje na określonym obszarze dla wszystkich osób cierpiących na ciężkie zaburzenia psychiczne i może działać na dwa różne sposoby:

1. Indywidualne zarządzanie przypadkiem przez członka zespołu
2. Intensywna (ACT) opieka zespołowa, która obejmuje wspólnych pacjentów, mających kontakt z kilkoma członkami zespołu; ich przypadki są dostępne na tablicy Elastycznego aktywnego leczenia środowiskowego (F-ACT) i zespół omawia je codziennie, aby zdecydować, jaką formę opieki zastosować.

W rezultacie pacjent może być objęty opieką codziennie lub nawet kilka razy dziennie.

5.3. Leczenie w przypadku podwójnej diagnozy

Leczenie w przypadku podwójnej diagnozy to zintegrowana opieka obejmująca potrzeby wynikające z uzależnienia w połączeniu z innymi zaburzeniami psychicznymi. Przykłady dobrych praktyk w zakresie leczenia podwójnej diagnozy obejmują zintegrowane leczenie podwójnych zaburzeń (ang. *integrated dual disorder treatment* – IDDT) (Boyle, Delos Reyes i Kruszynski, 2005; Drake i in., 2001; Frisman i in., 2009). Nawet 56 proc. osób z najcięższymi zaburzeniami psychicznymi doświadcza w ciągu swojego życia współwystępujących zaburzeń związanych z używaniem substancji. Dlatego w specjalistycznych placówkach klinicznych zajmujących się zdrowiem psychicznym i uzależnieniami od substancji normą a nie wyjątkiem są pacjenci z zaburzeniami współwystępującymi. Niedocenianie znacznego rozpowszechnienia współwystępujących zaburzeń sprawia, że organizacje, które tworzą specjalistyczne zespoły do leczenia małych grup pacjentów z zaburzeniami współwystępującymi, w konsekwencji pozostawiają wielu z nich bez właściwej diagnozy i leczenia. IDDT jest opartą na badaniach naukowych praktyką, która poprawia jakość życia osób ze współwystępowaniem ciężkich zaburzeń psychicznych i uzależnień poprzez połączenie usług w obu tych dziedzinach. IDDT pomaga zająć się obydwoma zaburzeniami w tym samym czasie – w tej samej organizacji świadczącej usługi, przez ten sam zespół terapeutów. Lekarze opracowują zintegrowane plany leczenia i leczą zarówno ciężkie zaburzenia psychiczne, jak i zaburzenia związane z używaniem substancji, dzięki czemu pacjenci nie gubią się, nie czują się wykluczeni ani zdezorientowani, wędrując tam i z powrotem pomiędzy różnymi programami zdrowia psychicznego a programami dla uzależnionych. Otrzymują jeden spójny, zintegrowany przekaz na temat leczenia uzależnień i zaburzeń psychicznych. Specjaliści zintegrowanego leczenia mają wiedzę zarówno na temat zaburzeń związanych z używaniem substancji, jak i ciężkich zaburzeń psychicznych, a także rozumieją złożoność interakcji między tymi zaburzeniami. Zostali przeszkoleni w zakresie umiejętności, które okazały się skuteczne w leczeniu pacjentów z podwójną diagnozą.

5.4. Intensywne leczenie stacjonarne dla osób z ostrymi i utrzymującymi się zaburzeniami psychicznymi

Intensywne leczenie stacjonarne (ang. *intensive residential treatment* – IRT) jest wyborem krótkoterminowej hospitalizacji w epizodach, kiedy opieka świadczona w domu nie jest użyteczna lub korzystna (Thomas i Rickwood, 2013). W takich sytuacjach osoby z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi mogą odczuwać korzyści z hospitalizacji, zwłaszcza gdy szkód wyrządzonych sobie lub innym nie można powstrzymać lub im zapobiec w warunkach ambulatoryjnych.

IRT zazwyczaj składa się z małych oddziałów z możliwością krótkiego pobytu, jak również z oddziałów, które zapewniają intensywną i całodobową opiekę świadczoną przez wyspecjalizowany personel. Zalecamy, aby placówki te stanowiły intermezzo w leczeniu środowiskowym. Aby było to możliwe, ważne są dobrze zdefiniowane kryteria przyjęcia, wczesne i terminowe wypisy oraz kontynuacja leczenia przez zespół środowiskowy najbliższy pacjentowi, zapewniający ciągłość opieki. Mobilne zespoły interwencyjne mogą prowadzić leczenie w opisanych warunkach, co określa się jako „opiekę z zewnątrz [ang. *inreach*]". Dzięki niej pacjent nie traci łączności ze swoją siecią społeczną i ma pewność powrotu do domu w najszybszym możliwym terminie.

Perspektywa ekspertyzy rówieśniczej

Kintsukuroi jest japońską tradycją w garncarstwie. Dosłownie oznacza „naprawiać złotem” rozumiejąc, że naczynie staje się piękniejsze z powodu pęknięcia. Ekspertów przez doświadczenie można opisać jako osoby z doświadczeniem kryzysu zdrowia psychicznego, które zamieniły swoje trudne przeżycia w złoto.

WNIOSKI I REKOMENDACJE DLA PERSPEKTYWY EKSPERTYZY RÓWIEŚNICZEJ

- **Pacjenci i użytkownicy usług są równorzędnymi partnerami w projektowaniu, świadczeniu, kierowaniu i ewaluacji usług. „Nic o nas bez nas".**
- **Na poziomie indywidualnym, wspólne podejmowanie decyzji jest narzędziem współtworzenia planu leczenia.**
- **Eksperci o podobnym doświadczeniu (eksperci przez doświadczenie) są nieodzowną częścią zespołów zajmujących się zdrowiem psychicznym.**
- **Inni specjaliści mogą wykorzystać własne doświadczenia jako narzędzie w swoich relacjach z pacjentami.**
- **Na poziomie polityki pacjenci i eksperci przez doświadczenie są partnerami w projektowaniu i ewaluacji usług.**

Ekspertyza rówieśnicza (ang. *peer expertise*) odgrywa ogromnie ważną rolę w procesie zdrowienia. Eksperci przez doświadczenie są żywym przykładem na to, że powrót do zdrowia jest możliwy i mogą wspierać innych profesjonalistów, używając narzędzia, jakim jest dzielenie się własnym doświadczeniem (Repper i Carter, 2011; Solomon, 2004). Dlatego też ekspertyza rówieśnicza może być traktowana jako trzecia domena, obok wiedzy opartej na badaniach naukowych oraz doświadczenia profesjonalistów. Eksperci przez doświadczenie mają swoją rolę w zespołach środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego, usługach oraz na poziomie planowania polityki w zakresie ochrony zdrowia psychicznego.

Współtworzenie wsparcia lub opieki ma miejsce wtedy, gdy pacjenci, osoby wspierające i pracownicy środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego współpracują jako równorzędni partnerzy przy projektowaniu, dostarczaniu, kierowaniu i ewaluacji usług, gwarantując, że to osoby z doświadczeniem kryzysu wskazują kierunek potrzebnej im pomocy. Oznacza to, że uznajemy znaczenie ekspertyzy rówieśniczej jako jednego z fundamentów opieki zorientowanej na zdrowienie. Jest to forma samo-rzecznictwa, w którym użytkownicy usług sami wyrażają, czego potrzebują, chronią swoje prawa, reprezentują własne interesy i uzyskują usługi, których potrzebują, a więc są partnerami w tworzeniu planu wsparcia/opieki.

Przyznanie tego faktu jest równoznaczne z podjęciem wielu wysiłków i działań organizacyjnych, aby ową fachową wiedzę zbudować i zorganizować niezbędny poziom zaangażowania. Po pierwsze, wymaga to, aby pacjenci i ich opiekunowie byli

upoważnieni do zrobienia kroku w budowaniu owej fachowej wiedzy, przyczyniającej się do rozwoju sektora ochrony zdrowia psychicznego. Proces upoważnienia wymaga działań na poziomie indywidualnym, na poziomie świadczeniodawcy oraz na poziomie szerszej społeczności.

Współtworzenie rozpoczyna się od zapewnienia zasobów do rozwoju usług kierowanych przez użytkowników, w tym organizacji przedstawicielskich, które wnoszą wkład w działalność publiczną i polityczną oraz są aktywne na poziomie (między)narodowym, regionalnym i lokalnym, oferując (byłym) pacjentom możliwość rozwijania ich fachowej wiedzy. Rozwijanie fachowej wiedzy odbywa się poprzez dzielenie się własnymi doświadczeniami, uczenie się od innych oraz poprzez refleksję i integrację tych doświadczeń. W wielu krajach opracowano specjalne szkolenia/kursy dla osób pragnących stać się ekspertem przez doświadczenie (np. http://www.researchintorecovery.com/conferences-training-and-consultancy).

Poziom indywidualny (leczenie)

Współtworzenie opieki na poziomie indywidualnym oznacza, że pacjent jest partnerem we wszystkich decyzjach dotyczących leczenia, ustalania celów zdrowienia oraz formułowania/ewaluacji planów leczenia i zdrowienia. Stosowane jest podejście polegające na wspólnym podejmowaniu decyzji, co oznacza, że usługodawca wraz z pacjentem przeglądają wytyczne kliniczne i praktyczne, a także wykorzystują swoją wiedzę w celu podjęcia wspólnej decyzji dotyczącej opieki.

„Nacisk mojego psychiatry na przestrzeganie przeze mnie zasad przyjmowania leków był dla mnie opresyjny. Jego postawa pozostawiała mi niewiele miejsca na nazwanie mojego doświadczenia. Zdegradowało mnie to do roli pasywnego pacjenta, obiektu, na który należy oddziaływać, a nie ludzkiego podmiotu, który działając, może zmienić swoje życie. W tej interakcji zostałam odczłowieczona, ponieważ moje wybory zostały ujęte w ramy posłuszeństwa lub nieposłuszeństwa wobec autorytetu medycznego, w przeciwieństwie do zrozumienia, że moje wybory odzwierciedlają wolność, autonomię i oczywiste prawo do decydowania o tym, co dzieje się z moim ciałem" (Deegan 2007).

Wspólne podejmowanie decyzji to model skoncentrowany na osobie, oparty na założeniu, że istnieje dwóch ekspertów: osoba prowadząca leczenie i pacjent. W konsekwencji Konwencji praw osób niepełnosprawnych ONZ (KPON), prawdopodobnie można to pojęcie lepiej zastąpić wspieranym podejmowaniem decyzji. Żadna ze stron nie powinna być uciszana i obie muszą dzielić się informacjami, aby podjąć jak najlepsze

decyzje dotyczące leczenia. W konstrukcie wspólnego podejmowania decyzji uznaje się, że lekarze posiadają wiedzę specjalistyczną w zakresie diagnostyki i leczenia, jak również dogłębną wiedzę na temat podejść opartych na dowodach; pacjenci natomiast posiadają wiedzę specjalistyczną dzięki doświadczeniu kryzysu związanemu z ich zaburzeniem oraz dzięki ich intymnej wiedzy na temat tego, co nadaje ich życiu wartość, sens, cel i jakość (Deegan, 2007). Należy zauważyć, że każdy element procesu wspólnego podejmowania decyzji powinien być powiązany nie tylko z celami klinicznymi, ale także z celami życiowymi i celami związanymi ze zdrowieniem. Oznaczałoby to odejście od celu takiego jak „Chcę być mniej niespokojny" na rzecz „Chcę być mniej niespokojny, żeby móc jeździć autobusem i chodzić do pracy". Pozwala to na włączenie do planu innych interwencji, niezwiązanych z lekami i łagodzeniem objawów. Podstawowe wymiary wspólnego podejmowania decyzji obejmują (Salyers i in., 2012):

- omówienie roli pacjenta w podejmowaniu decyzji,
- omówienie celu pacjenta i kontekstu decyzji,
- omówienie kwestii klinicznej lub charakteru decyzji,
- omówienie alternatyw, czy istnieje alternatywa nieleczenia (tak lub nie),
- omówienie zalet i wad istotnych dla decyzji,
- omówienie niepewności związanych z decyzją,
- ocena zrozumienia przez pacjenta,
- ocena pragnienia użytkownika usług dotyczącego wkładu innych osób,
- zbadanie preferencji użytkownika usług.

Poziom systemowy (poziom zespołu lub służby zdrowia)

Coraz częściej znacząca współpraca z osobami, które korzystają – lub korzystały – z usług w zakresie zdrowia psychicznego, uznawana jest za niezbędny element jakości ich świadczenia. Wzajemne wsparcie rówieśnicze oznacza, że ktoś wykorzystuje swoje własne doświadczenie kryzysu zdrowia psychicznego, aby wspierać inną osobę doświadczającą podobnego cierpienia. Kiedy ludzie są wyposażeni i wspierani, aby pomóc w zlecaniu, dostarczaniu i sprawdzaniu usług, z których oni i inni o podobnym doświadczeniu korzystają, usługi te poprawiają się, a zaangażowane osoby zyskują pewność siebie i nowe umiejętności. W ten sposób powstaje więcej usług, organizacji i programów kierowanych przez użytkowników, gdzie to użytkownicy mają większość władzy decyzyjnej na każdym poziomie. Istnieje wiele dostępnych narzędzi, które

koncentrują się na współtworzeniu dobrej jakości usług w zakresie zdrowia psychicznego przez pacjentów, opiekunów, świadczeniodawców i menedżerów. QualityRights Tool Kit WHO jest jednym z przykładów opracowań, które systematycznie uwzględniają preferencje i wkład pacjentów oraz opiekunów w każdej fazie procesu poprawy jakości usług (World Health Organisation, 2012).

Niektórzy specjaliści w zespole mają także doświadczenie z problemami zdrowia psychicznego. Obecność takich ekspertów przez doświadczenie w zespole środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego otwiera możliwość wykorzystywania przez nich własnego doświadczenia w sposób profesjonalny jako narzędzia w kontaktach z pacjentami. To spowodowało nowe zainteresowanie wykorzystaniem dzielenia się przez profesjonalistów informacjami o sobie w zespołach zdrowia psychicznego (Marino, Child i Campbell Krasinski, 2016; Self-disclosure, 2001).

Poziom polityki (prawa, polityki i plany)

Na poziomie politycznym i systemowym pacjenci i ich bliscy są architektami w projektowaniu i ocenianiu usług. Zaangażowanie pacjentów polega na upewnieniu się, że usługi, organizacje i polityka w zakresie zdrowia psychicznego są kierowane i kształtowane przez osoby, które najlepiej wiedzą, co działa, tzn. przez osoby korzystające z usług w zakresie zdrowia psychicznego. Oznacza to, że w skład grup roboczych ustalających politykę szpitali, usług na poziomie lokalnym lub przepisów w systemie opieki zdrowotnej powinni wchodzić pacjenci lub byli pacjenci, niezależnie lub poprzez stowarzyszenia użytkowników usług z zakresu zdrowia psychicznego. Wydaje się istotnym, aby w bardziej zaawansowanym stadium rozwoju polityki i prawa w tym zakresie, odbywały się konsultacje z zainteresowanymi stronami, tak aby uzyskać zaangażowanie pacjentów i ich opiekunów w planowane zmiany.

Wnioski

Konsensus opisuje podstawowe zasady i kluczowe elementy dobrych środowiskowych usług ochrony zdrowia psychicznego. Dla każdego elementu lub perspektywy zostały sformułowane kryteria lub zalecenia, aby dokładniej określić, jak wygląda model dobrej środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego.

Sześć perspektyw zostało przełożonych w tym dokumencie na 6 zasad, na których opiera się organizacja środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego.

TABELA 1. Od perspektyw do zasad środowiskowej opieki zdrowia psychicznego

Perspektywy	Zasady
Etyka	Prawa człowieka
Zdrowie publiczne	Odniesienie do potrzeb populacji
Zdrowienie	Budowanie wokół osobistych celów i wartości
Skuteczność	Interwencje oparte na potrzebach
Środowiskowa sieć opieki	Szeroka sieć usług i zasobów
Ekspertyza rówieśnicza	Pacjent współtwórcą opieki

W niniejszym, ostatnim rozdziale wymieniamy wnioski i rekomendacje, które przedstawiliśmy dla każdej z 6 perspektyw.

1. Perspektywa etyczna

- Zogniskowanie na prawach człowieka jest podstawową zasadą środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego: prawo dostępu do opieki opartej na potrzebach w jak najmniej restrykcyjnym środowisku oraz prawo do pełnego uczestnictwa w życiu społeczności. Obejmuje to prawa i wolności obywatelskie oraz wolność kulturalną, duchową, seksualną i polityczną.
- Zapewnienie prawa do opieki nad zdrowiem psychicznym w dokumentach prawnych i politycznych jest w praktyce niezbędną strategią dla ochrony praw osób z zaburzeniami psychicznymi.
- Zalecamy, aby usługi ochrony zdrowia psychicznego oparły swoją misję i wizję na Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych ONZ (KPON, 2008), która określa prawo do życia, uczestnictwa w społeczności, edukacji, zdrowia, zatrudnienia, mieszkania i ochrony socjalnej.
- Zapewnienie szkoleń i instruktażu dla personelu środowiskowych i stacjonarnych placówek zdrowia psychicznego w zakresie zdrowienia i praw jest pomocnym krokiem w ograniczaniu naruszeń praw człowieka, do jakich dochodzi w kontekście usług zdrowia psychicznego.
- QualityRights Tool Kit WHO oferuje ramy szkoleniowe dla oceny i poprawy jakości usług w zakresie zdrowia psychicznego.

2. Perspektywa zdrowia publicznego

- Środowiskowe usługi zdrowia psychicznego funkcjonują na rzecz zdrowia wszystkich obywateli w swoim obszarze działania. Obejmuje to obecnych pacjentów, osoby potrzebujące opieki, które trudno zaangażować w leczenie oraz potencjalnych przyszłych pacjentów.
- Zajmowanie się stanem zdrowia psychicznego na poziomie lokalnym oznacza nie tylko leczenie i opiekę nad pacjentami, ale także profilaktykę zaburzeń oraz promowanie zdrowego stylu życia obejmującego zdrowie psychiczne. Zwracamy uwagę na konieczność podejmowania wszelkich działań mających na celu przeciwdziałanie dyskryminacji i stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi.
- Środowiskową ochronę zdrowia psychicznego realizują wielodyscyplinarne zespoły działające w dobrze zdefiniowanych obszarach działania. Wielkość obszaru działania zależy od regionalnej demografii, powszechności problemów psychicznych i zasobów ochrony zdrowia psychicznego. Jest to kompromis pomiędzy zaletami

małego regionu (możliwość bycia obecnym, współpraca z niewielką liczbą lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej – POZ) a koniecznością posiadania wystarczających zasobów do utworzenia zespołu wielodyscyplinarnego.

- Koncepcje środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego zostały opracowane z myślą o leczeniu osób z ciężkimi i utrzymującym problemami zdrowia psychicznego, ale mają zastosowanie do wszystkich potrzeb w zakresie zdrowia psychicznego (i nie tylko).
- Zdrowie psychiczne jest zagadnieniem z zakresu zdrowia publicznego (dotyczy dużej liczby obywateli w populacji). Od służb zdrowia psychicznego wymaga to podejścia zorientowanego na zdrowienie, jak również czynnej obecności w społeczności.
- Opieka nad osobami, które trudno zaangażować w leczenie jest podstawowym zadaniem środowiskowych zespołów zdrowia psychicznego

3. Perspektywa zdrowienia

- Zdrowienie jest podróżą pacjenta, a zadaniem specjalisty zdrowia psychicznego jest wspieranie go, a nie utrudnianie mu tej podróży.
- Ludzie mogą zdrowieć i zdrowieją nawet w przypadku najcięższych problemów zdrowia psychicznego.
- Środowiskowe zespoły ochrony zdrowia psychicznego skupiają się na przywracaniu zdrowia, funkcjonowania społecznego i osobowej tożsamości.
- Opisujemy 10 sposobów wspierania zdrowienia. Najważniejszym z nich jest oferowanie nadziei.
- Opieka zorientowana na zdrowienie zakłada skupienie się na mocnych stronach użytkownika usług i wykorzystanie istniejących wokół niego zasobów, niezależnie od tego, jak duże lub małe są te zasoby.

4. Perspektywa skuteczności

- Skuteczne interwencje są ważnym narzędziem środowiskowych usług zdrowia psychicznego we wspieraniu procesu zdrowienia klientów.
- Zadaniem środowiskowych usług zdrowia psychicznego jest zapewnienie opieki opartej na dowodach.
- Skuteczność interwencji jest określana, oprócz dowodów, poprzez: dobre zdefiniowanie interwencji, odzwierciedlanie celów klienta, trwałość rezultatów, rozsądne koszty, możliwość dostosowania do różnorodnych społeczności i wykonalność wdrożenia.

- Medycyna oparta na dowodach i postawa zdrowienia nie należą do różnych obozów i można je porównać do oliwy i octu: dwa podejścia, które można bardzo dobrze połączyć i razem tworzą wyborny winegret.
- Zalecane interwencje redukujące objawy to psychofarmakologia, terapia poznawczo-behawioralna i dialog motywujący.
- Dobra środowiskowa ochrona zdrowia psychicznego obejmuje badania przesiewowe w kierunku chorób somatycznych i wspieranie zaprzestania palenia.
- Ludzie coraz częściej uczestniczą w e-społecznościach. Dlatego zalecamy, aby środowiskowa ochrona zdrowia psychicznego współpracowała ze swoimi pacjentami przy użyciu cyfrowych interwencji z wykorzystaniem narzędzi e-zdrowia i m(mobilnego)-zdrowia.
- Zalecane interwencje w celu poprawy funkcjonowania społecznego to Indywidualne doradztwo i wsparcie (ang. *Individual Placement and Support*, IPS) oraz Najpierw mieszkanie (ang. *Housing first*). Ogólnie rzecz biorąc, najlepszym wsparciem dla włączenia społecznego jest podejście „najpierw zatrudnić, potem przeszkolić" i uczenie się w praktyce.

5. Perspektywa środowiskowej sieci opieki

- Środowiskowa ochrona zdrowia psychicznego jest połączeniem wkładu i wsparcia ze strony użytkowników, osób należących do społecznej sieci użytkownika i profesjonalistów, gdy jest to potrzebne.
- Środowiskowe usługi zdrowia psychicznego stanowią sieć w ramach szerszej sieci samopomocy, rodziny, przyjaciół i innych nieformalnych zasobów oraz ogólnych usług lokalnej społeczności.
- Środowiskowa ochrona zdrowia psychicznego wymaga współpracy interdyscyplinarnej i międzysektorowej.
- Placówki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) odgrywają kluczową rolę w środowiskowym modelu ochrony zdrowia psychicznego i świadczą opiekę dla osób chorujących psychicznie i ich sieci.
- W środowiskowej ochronie zdrowia psychicznego występuje kilka dziedzin integracji: integracja interwencji medycznych i społecznych, integracja zespołów środowiskowych i szpitalnych oraz integracja pomiędzy różnymi zespołami usług zdrowia psychicznego (np. leczenie podwójnej diagnozy).

- Wspólne elementy środowiskowych modeli usług w dziedzinie zdrowia psychicznego obejmują: wielodyscyplinarny zespół, w razie potrzeby możliwość zwiększenia lub zmniejszenia skali opieki, opiekę domową lub w miejscu, gdzie pacjent jej potrzebuje, skupienie się pomocy społecznej i pomocy w zakresie zdrowia psychicznego oraz w przypadku hospitalizacji ścisłą współpracę z oddziałem psychiatrycznym.
- Przejście do środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego może być utrudnione przez system finansowania, który faworyzuje opiekę instytucjonalną (np. poprzez nagradzanie za zajmowanie łóżek). Zaleca się wprowadzenie prospektywnego systemu finansowania, programowo zorientowanego na działanie w warunkach właściwych dla zdrowia psychicznego, sprzyjającego współpracy interdyscyplinarnej i międzysektorowej.
- Zakres środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego nie ogranicza się do ciężkich zaburzeń psychicznych (czy psychozy), ale obejmuje wszystkie potrzeby zdrowia psychicznego – np. poprzez dostępność dla lekarzy POZ w regionie.

6. Perspektywa ekspertyzy rówieśniczej

- Pacjenci i użytkownicy usług są równorzędnymi partnerami w projektowaniu, świadczeniu, kierowaniu i ewaluacji usług. „Nic o nas bez nas".
- Na poziomie indywidualnym, wspólne podejmowanie decyzji jest narzędziem do współtworzenia planu leczenia.
- Eksperci o podobnym doświadczeniu (eksperci przez doświadczenie) są nieodzowną częścią zespołów zajmujących się zdrowiem psychicznym.
- Inni specjaliści mogą wykorzystać własne doświadczenia jako narzędzie w swoich relacjach z klientami.
- Na poziomie polityki użytkownicy usług są partnerami w projektowaniu i ewaluacji usług.

TABELA 2. Co dotychczas osiągnęliśmy, jakie są nadzieje na przyszłość i co może stanowić ryzyko?

	Perspektywy	Osiągnięcia? Nadzieja? Ryzyko?
	Etyka	Niewielkie: ograniczenie oczekiwanej długości życia / praca na otwartym rynku pracy / uczestnictwo w życiu społecznym
	Zdrowie publiczne	Niewielkie: niedostateczne zainteresowanie / niedocenienie znaczenia
	Zdrowienie	Nadzieja: zmiana paradygmatu. Ryzyko: zdrowienie jako fasadowa dekoracja.
	Skuteczność	Nadzieja: zmiana paradygmatu. Ryzyko: podzielone obozy – między skutecznością a zdrowieniem.
	Sieć	Nadzieja: wiele modeli zintegrowanej organizacji ochrony zdrowia psychicznego. Ryzyko: niewiele powiązań z dziedzinami poza zdrowiem psychicznym.
	Ekspertyza rówieśnicza	Nadzieja: trzecia domena ekspertyzy. Ryzyko: nieliczni eksperci rówieśniczy, nieliczni otwarci profesjonaliści

Piśmiennictwo:

Anderson, K., Laxhman, N., & Priebe, S. (2015). *Can mental health interventions change social networks? A systematic review.* BMC Psychiatry, 15(1), 297. https://doi.org/10.1186/s12888-015-0684-6

Anthony, W. (1993). *The Decade of Recovery.* Psychosocial Rehabilitation Journal, 16(4), 1.

Baum, F. (2015). *The new public health.* Sydney: Oxford University Press.

Beard, J. R., Officer, A., De Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J. P., ... Chatterji, S. (2016). *The World report on ageing and health: A policy framework for healthy ageing.* The Lancet, 387(10033), 2145–2154. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00516-4

Becker, D., & Drake, R. (2003). *A working life for people with severe mental illness.* New York: Oxford University Press.

Berwick D. (2016). *Era 3 for Medicine and Health Care.* Jama, vol: 315(13), 1329–30. https://doi.org/10.1001/jama.2016.1509.Conflict

Bhugra, D., Ventriglio, A., & Pathare, S. (2016). *Freedom and equality in dignity and rights for persons with mental illness.* The Lancet Psychiatry, 3(3), 196–197. https://doi.org/10.1016/S2215- 0366(15)00573-8

Bower, P., & Gilbody, S. (2005). *Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base.* BMJ, 330(1), 839–842. https://doi.org/10.1136/bmj.330.7495.839

Boyle, P., Delos Reyes, C. M., & Kruszynski, R. A. (2005). *Integrated Dual-Disorder Treatment. In Evidence-based mental health practice: A textbook.* (pp. 349–366). Retrieved from http://ezproxy.msu.edu/login?url=http://search.proquest.com/docview/620731484?accountid=12598%5Cnhttp://magic.msu.edu:4550/resserv?genre=bookitem&issn=&title=Evidence-based+mental+health+practice:+A+textbook.&volume=&issue=&date=2005-01- 01&atitle=Integrat

Brouwers, E. P. M., Mathijssen, J., Van Bortel, T., Knifton, L., Wahlbeck, K., Van Audenhove, C., ... Laguado, A. (2016). *Discrimination in the workplace, reported by people with major depressive disorder: A cross-sectional study in 35 countries.* BMJ Open, 6(2). https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009961

Burns, T., & Firn, M. (2017). *Outreach in Community Mental Health Care* (2nd ed.). Oxforf: Oxford University Press.

Caldas Almeida, J., Mateus, P., Tomé, G., Katschnig, H., Hinkov, H., Sooniste, I., ... Helen, Heinz Katschnig Saraceno, Benedetto Xavier, M. (2016). *Joint Action on Mental Health and Well-being, Towards Community- Based and Socially Inclusive Mental Health Care, Situation Analysis and Recommendations for Action.* Retrieved from http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/WP5 Final-20151203075843.pdf

Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013). *Frailty in elderly people.* In The Lancet (Vol. 381, pp. 752–762). https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9

Coldwell, C. M., & Bender, W. S. (2007). *The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: a meta-analysis.* The American Journal of Psychiatry, 164(3), 393–9. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.164.3.393

Corrigan, P. W. (2011). *Best Practices: Strategic Stigma Change (SSC): Five Principles for Social Marketing Campaigns to Reduce Stigma.* Psychiatric Services, 62(8), 824–826. https://doi.org/10.1176/ps.62.8.pss6208_0824

Corrigan, P. W., Michaels, P. J., Vega, E., Gause, M., Larson, J., Krzyzanowski, R., & Botcheva, L. (2014). *Key ingredients to contact-based stigma change: A cross-validation.* Psychiatric Rehabilitation Journal, 37(1), 62–64. https://doi.org/10.1037/prj0000038

Davidson, L., Drake, R. E., Schmutte, T., Dinzeo, T., & Andres-Hyman, R. (2009). *Oil and water or oil and vinegar? Evidence-based medicine meets recovery.* Community Mental Health Journal. https://doi.org/10.1007/s10597-009-9228-1

Deegan, P. E. (2007). *The lived experience of using psychiatric medication in the recovery process and a shared decision-making program to support it.* Psychiatric Rehabilitation Journal, 31(1), 62–69. https://doi.org/10.2975/31.1.2007.62.69

Diamond, R. (2011). *The medication question*. Norton&Company.

Drake, R. E., Essock, S. M., Shaner, A., Carey, K. B., Minkoff, K., Kola, L., ... Rickards, L. (2001). *Implementing Dual Diagnosis Services for Clients With Severe Mental Illness*. Psychiatric Services, 52(4), 469–476. https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.4.469

Drew, N., Funk, M., Tang, S., Lamichhane, J., Chávez, E., Katontoka, S., ... Saraceno, B. (2011). *Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: An unresolved global crisis*. The Lancet. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61458-X

Evans-Lacko, S., Courtin, E., Fiorillo, A., Knapp, M., Luciano, M., Park, A. L., ... Thornicroft, G. (2014). *The state of the art in European research on reducing social exclusion and stigma related to mental health: A systematic mapping of the literature*. European Psychiatry, 29(6), 381–389. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.02.007

Fioritti, A., Burns, T., Hilarión, P., van Weeghel, J., Cappa, C., Sunol, R., & Otto, E. (2014). *Individual placement and support in Europe*. Psychiatric Rehabilitation Journal, 37(2), 123–128. https://doi.org/10.1037/prj0000065

Foot, J. (2014). *Radical Pioneers: Franco Basaglia and the radical psychiatry movement in Italy, 1961–78*. Critical and Radical Social Work, 2(2), 235–249. https://doi.org/10.1332/204986014X14002292074708

Frisman, L. K., Mueser, K. T., Covell, N. H., Lin, H.-J., Crocker, A., Drake, R. E., & Essock, S. M. (2009). *Use of Integrated Dual Disorder Treatment Via Assertive Community Treatment Versus Clinical Case Management for Persons With Co-Occurring Disorders and Antisocial Personality Disorder*. The Journal of Nervous and Mental Disease, 197(11), 822–828. https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181beac52

Goffman, E. (1961). *Asylums*. Anchor Books, Doubleday & Co.

Gostin, L. O., & Mok, E. a. (2009). *Grand challenges in global health governance*. British Medical Bulletin, 90, 7–18. https://doi.org/10.1093/bmb/ldp014

Harding, C. M., Zubin, J., Strauss, J. S., Harding, Harding, C. M., Zubin, J., & Strauss, J. S. (1987). *Chronicity in schizophrenia: fact, partial fact, or artifact?* Hosp.Community Psychiatry, 38(5), 477–486. https://doi.org/10.1176/ps.38.5.477

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). *The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses*. Cognitive Therapy and Research. https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1

Holloway, F., Kalidindi, S., Killaspy, H., & Roberts, G. (2015). *Enabling recovery: the principles and practice of rehabilitation psychiatry* (Second edi). London: RCPsych Publications.

Holt, R. I. G., De Groot, M., & Golden, S. H. (2014). *Diabetes and depression*. Current Diabetes Reports. https://doi.org/10.1007/s11892-014-0491-3

Horsfall, J., Cleary, M., & Hunt, G. E. (2010). *Stigma in Mental Health: Clients and Professionals*. Issues in Mental Health Nursing, 31(7), 450–455. https://doi.org/10.3109/01612840903537167

Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... Smid, H. (2011). *How should we define health?* BMJ (Clinical Research Ed.), 343(9666), d4163. https://doi.org/10.1136/bmj.d4163

Huber, M., Stanciole, A., Wahlbec, K., Tamsma, N., Torres, F., Jelfs, E., & Bremner, J. (2008). *Quality in and Equality of Access to Healthcare Services*.

Johnson, S. (2017). *Social interventions in mental health: a call to action*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 52(3), 245–247. https://doi.org/10.1007/s00127-017-1360-6

Leinonen, J. A., Solantaus, T. S., & Punamäki, R. L. (2003). *Parental mental health and children's adjustment: The quality of marital interaction and parenting as mediating factors*. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 44(2), 227–241. https://doi.org/10.1111/1469- 7610.t01-1-00116

Lyman, D. R., Braude, L., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). *Consumer and Family Psychoeducation: Assessing the Evidence*. Psychiatric Services, 65(4), 416–428. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300266

Malina, D., & Rosenbaum, L. (2016). *Closing the Mortality Gap — Mental Illness and Medical Care*. New England Journal of Medicine, 375(16), 1585–89. https://doi.org/10.1056/NEJMms1610125

Mann, F., Bone, J. K., Lloyd-Evans, B., Frerichs, J., Pinfold, V., Ma, R., ... Johnson, S. (2017). *A life less lonely: the state of the art in interventions to reduce loneliness in people with mental health problems*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. https://doi.org/10.1007/s00127-017-1392-y

Marino, C. K., Child, B., & Campbell Krasinski, V. (2016). *Sharing Experience Learned Firsthand (SELF): Self-disclosure of lived experience in mental health services and supports*. Psychiatric Rehabilitation Journal, 39(2), 154–160. https://doi.org/10.1037/prj0000171

Marshall, M., & Rathbone, J. (2011). *Early intervention for psychosis*. The Cochrane Database of Systematic Reviews, (6), CD004718. https://doi.org/10.1002/14651858.CD004718.pub3

McDaid, D., Oliveira, M. D., Jurczak, K., Knapp, M., Zechmeister, I., Dierckx, H., ... Van Dievel, M. (2007). *Moving beyond the mental health care system: An exploration of the interfaces between health and non-health sectors*. Journal of Mental Health, 16(2), 181–194. https://doi.org/10.1080/09638230701279873

Meffert, S. M., Neylan, T. C., Chambers, D. A., & Verdeli, H. (2016). *Novel implementation research designs for scaling up global mental health care: overcoming translational challenges to address the world's leading cause of disability*. International Journal of Mental Health Systems, 10. https://doi.org/10.1186/s13033-016-0049-7

Melau, M., Harder, S., Jeppesen, P., Hjorthøj, C., Jepsen, J. R. M., Thorup, A., & Nordentoft, M. (2015). *The association between working alliance and clinical and functional outcome in a cohort of 400 patients with first-episode psychosis: A cross-sectional study*. Journal of Clinical Psychiatry, 76(1), e83–e90. https://doi.org/10.4088/JCP.13m08814

Miller, W., & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing*. New York: The Guildford Press.

Molodynski, A., Rugkasa, J., & Burns, T. (2010). *Coercion and compulsion in community mental health care*. British Medical Bulletin, 95(1), 105–119. https://doi.org/10.1093/bmb/ldq015

Mulder, C. L., Jochems, E., & Kortrijk, H. E. (2014). *The motivation paradox: Higher psychosocial problem levels in severely mentally ill patients are associated with less motivation for treatment*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 49(4), 541–548. https://doi.org/10.1007/s00127-013- 0779-7.

Naslund, J. A., Marsch, L. A., McHugo, G. J., & Bartels, S. J. (2015). *Emerging mHealth and eHealth interventions for serious mental illness: a review of the literature*. Journal of Mental Health, 24(5), 321–332. https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1019054

Newton-Howes, G., & Mullen, R. (2011). *Coercion in psychiatric care: systematic review of correlates and themes*. Psychiatric Services (Washington, D.C.), 62(5), 465–470. https://doi.org/10.1176/appi.ps.62.5.465

NHS Institute for Innovation and Improvement. (2010). *The model for improvement and plan, do, study, act (PDSA)*. The Handbook of Quality and Service Improvement Tools, 145–150.

Norden, T., Malm, U., & Norlander, T. (2012). *Resource Group Assertive Community Treatment (RACT) as a Tool of Empowerment for Clients with Severe Mental Illness: A Meta-Analysis*. Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 8, 144–151. https://doi.org/10.2174/1745017901208010144

Olfson, M., Gerhard, T., Huang, C., Crystal, S., & Stroup, T. S. (2015). *Premature Mortality Among Adults With Schizophrenia in the United States*. JAMA Psychiatry, 72(12), 1172–81. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.1737

Paksarian, D., Mojtabai, R., Kotov, R., Cullen, B., Nugent, K. L., & Bromet, E. J. (2014). *Perceived trauma during hospitalization and treatment participation among individuals with psychotic disorders*. Psychiatric Services (Washington, D.C.), 65(2), 266–9. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200556

Pathare, S., & Sagade, J. (2013). *Mental health: a legislative framework to empower, protect and care*.

Paul, M., Street, C., Wheeler, N., & Singh, S. P. (2014). *Transition to adult services for young people with mental health needs: A systematic review*. Clin Child Psychol Psychiatry, (1461–7021 (Electronic)). https://doi.org/10.1177/1359104514526603

Pitschel-Walz, G. (2010). *Family psychoeducation. Schizophrenia Research, Conference* (var.pagings), 107. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2010.02.015

Razzaque, R., & Wood, L. (2015). *Open Dialogue and its Relevance to the NHS: Opinions of NHS Staff and Service Users*. Community Mental Health Journal, 51(8), 931–938. https://doi.org/10.1007/s10597-015-9849-5

Repper, J., & Carter, T. (2011). *A review of the literature on peer support in mental health services*. Journal of Mental Health (Abingdon, England), 20(August), 392–411. https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947

Reupert, A., Maybery, D., Nicholson, J., Gopfert, M., & Seema, M. (2015). *Parental Psychiatric Disorder: Distressed Parents and their Families* (Third). Cambridge.

Salyers, M. P., Matthias, M. S., Fukui, S., Holter, M. C., Collins, L., Rose, N., ... Torrey, W. C. (2012). *A Coding System to Measure Elements of Shared Decision Making During Psychiatric Visits*. Psychiatric Services, 63(8), 779–784. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100496

Seikkula, J., & Olson, M. E. (2003a). *Seikkula & Olson – Open Dialogue Approach for AcutePsychosis*.pdf. Family Process, 42(Fall 2003), 403–418.

Seikkula, J., & Olson, M. E. (2003b). *The open dialogue approach to acute psychosis: Its poetics and micropolitics*. Family Process, 42(3), 403–418. https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00403.x

Self-disclosure, T. (2001). *Reexamination of therapist self-disclosure*. Psychiatric Services Washington DC, 52(11), 1489–93. https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.11.1489

Shepherd, G., Boardman, J., & Slade, M. (2008). *Making Recovery a Reality*. Scottish Recovery Network, 1–23.

Slade, M. (2009). *100 ways to support recovery A guide for mental health professionals* Rethink recovery series: volume 1. America, 1, 1–32.

Slade, M. (2009). *The contribution of mental health services to recovery*. Journal of Mental Health, 18, 367–371.

Slade, M., Williams, J., Bird, V., Leamy, M., & Le Boutillier, C. (2012). *Recovery grows up*. Journal of Mental Health, 21(April), 99–103. https://doi.org/10.3109/09638237.2012.670888

Smeerdijk, M., Keet, R., Dekker, N., van Raaij, B., Krikke, M., Koeter, M., ... Linszen, D. (2012). *Motivational interviewing and interaction skills training for parents to change cannabis use in young adults with recent-onset schizophrenia: a randomized controlled trial*. Psychological Medicine, 42(08), 1627– 1636. https://doi.org/10.1017/S0033291711002832

Smeerdijk, M., Keet, R., van Raaij, B., Koeter, M., Linszen, D., de Haan, L., & Schippers, G. (2015). *Motivational interviewing and interaction skills training for parents of young adults with recent- onset schizophrenia and co-occurring cannabis use: 15-month follow-up*. Psychol Med, 1–10. https://doi.org/10.1017/S0033291715000793

Smith, K. E., & Kandlik Eltanani, M. (2015). *What kinds of policies to reduce health inequalities in the UK do researchers support?* Journal of Public Health (Oxford, England), 37(1), 6–17. https://doi.org/10.1093/pubmed/fdu057

Solomon, P. (2004). *Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients*. Psychiatric Rehabilitation Journal, 27(4), 392–401. https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004

Stahl, S. (2013). *Stahl's essential psychopharmacology*. New York: Cambridge University Press.

Stein, L. I., & Test, M. A. (1980). *Alternative to Mental Hospital Treatment*. Archives of General Psychiatry, 37(4), 392. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780170034003

Stiekema, A. P., Quee, P. J., Dethmers, M., van den Heuvel, E. R., Redmeijer, J. E., Rietberg, K., ... van der Meer, L. (2015). *Effectiveness and cost-effectiveness of cognitive adaptation training as a nursing intervention in long-term residential patients with severe mental illness: study protocol for a randomized controlled trial*. Trials, 16, 1–10. https://doi.org/10.1186/s13063-015-0566-8

Stuart, H., Florez, J., & Sartorius, N. (2012). *Paradigms lost*. Oxford: Oxford University Press.

Tansella, M., & Thornicroft, G. (2009). *Implementation science: understanding the translation of evidence into practice*. The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 195(4), 283–5. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.065565

The European expert group on *Transition from Institutional to Community-based Care*. (2012). Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based care.

Thomas, K. a, & Rickwood, D. (2013). *Clinical and Cost-Effectiveness of Acute and Subacute Residential Mental Health Services: A Systematic Review*. Psychiatric Services (Washington, D.C.), 64(11), 1140– 1149. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200427

Thornicroft, G. (2011). *Oxford textbook of community mental health*. Oxford University Press.

Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., & Leese, M. (2009). *Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey*. The Lancet, 373(9661), 408–415. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61817-6

Thornicroft, G., Rose, D., & Kassam, A. (2007). *Discrimination in health care against people with mental illness*. International Review of Psychiatry. https://doi.org/10.1080/09540260701278937

Thornicroft, G., Szmukler, G., Mueser, K., & Drake, R. (2011). *Organizing the range of community mental health services*. In Oxford Textbook of Community Mental Health. Oxford: Oxford University Press.

Thornicroft, G., & Tansella, M. (1999). *The Mental Health Matrix*. Cambridge: Cambridge University Press.

Tsemberis, S., Gulcur, L., & Nakae, M. (2004). *Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals with a Dual Diagnosis*. American Journal of Public Health, 94(4), 651–656. https://doi.org/10.2105/AJPH.94.4.651

UN General Assembly. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities: resolution / adopted by the General Assembly*, Pub. L. No. Sixty-first session (2007). UN General Assembly.

van Weeghel, J., van Audenhove, C., Colucci, M., Garanis-Papadatos, T., Liégeois, A., McCulloch, A., ... Bauduin, D. (2005). *The components of good community care for people with severe mental illnesses: views of stakeholders in five European countries*. Psychiatric Rehabilitation Journal, 28(3), 274–281. https://doi.org/10.2975/28.2005.274.281

van Weeghel, J., van de Lindt, S., Slooff, C., van de Kar, F., van Vugt, M., & Wiersma, D. (2011). *A regional assessment of the quality of care for people with schizophrenia in The Netherlands*. Psychiatric Services (Washington, D.C.), 62(7), 789–792. https://doi.org/10.1176/appi.ps.62.7.789

Wahlbeck, K., Cresswell-Smith, J., Haaramo, P., & Parkkonen, J. (2017). *Interventions to mitigate the effects of poverty and inequality on mental health*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. https://doi.org/10.1007/s00127-017-1370-4

Walker, E. R., McGee, R. E., & Druss, B. G. (2015). *Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications*. JAMA Psychiatry, 72(4). https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2502

Webber, M., & Fendt-Newlin, M. (2017). *A review of social participation interventions for people with mental health problems*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. https://doi.org/10.1007/s00127-017-1372-2

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., ... Steinhausen, H.-C. (2011). *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010*. European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology, 21(9), 655–79. https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018

World Health Assembly. (2013). *Comprehensive mental health action plan 2013–2020. In Sixty-Sixth World Health Assembly* (pp. 1–27). Geneva: World Health Organization.

World Health Organisation. (2012). *WHO QualityRights Tool Kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities*, 1–90.

World Health Organization. (2017). *Ageing and Life Course*. Retrieved from http://www.who.int/ageing/en/

Wunderink, L., Nieboer, R. M., Wiersma, D., Sytema, S., & Nienhuis, F. J. (2013). *Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy*. JAMA Psychiatry, 70(9), 913. https://doi.org/10.1001/ jamapsychiatry.2013.19

Zoppei, S., Lasalvia, A., Bonetto, C., Van Bortel, T., Nyqvist, F., Webber, M., ... Thornicroft, G. (2014). *Social capital and reported discrimination among people with depression in 15 European countries*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 49(10), 1589–1598. https://doi.org/10.1007/s00127-014- 0856-6

Informacje kontaktowe:

RENE KEET
KIEROWNIK

T: 0031 725357502
M: 0031 612361342
E: r.keet@ggz-nhn.nl

MARJONNEKE DE VETTEN
SEKRETARIAT

T: 0031 302959285
M: 0031 640951122
E: mvetten@trimbos.nl

SHARON ZOOMER
SEKRETARIAT

T: 0031 302959435
E: szoomer@trimbos.nl

Informacje dotyczące Sieci EUCOMS

EUCOMS Network

Da Costakade 45, 3521 VS Utrecht

T: 0031640951122

E: eucoms2015@gmail.com

www.eucoms.net