



**Małgorzata Dobrowolska**

Uniwersytet Śląski w Katowicach  
E-mail: malgorzata.dobrowolska@us.edu.pl

**Bernadetta Izydorczyk**

Uniwersytet Jagielloński w Krakowie  
E-mail: b.izydorczyk@interia.pl

Współczesne trendy w psychiatrii  
środowiskowej w kontekście  
deinstytucjonalizacji / *The  
deinstitutionalization in relation to current trends in  
psychiatry and social services*

**Abstract**

The article presents reflections on the deinstitutionalization in relation to trends in psychiatry and social services for people with mental illnesses on the bases of the latest "Pan-EU Guidelines transition from institutional care to the care provided at the local level". It is available in all EU languages at [www.deinstitutionalisationguide.eu](http://www.deinstitutionalisationguide.eu).

**Keywords:** psychiatry, social services, deinstitutionalization

**WPROWADZENIE**

Problematyka zdrowia psychicznego, diagnoza i terapia szeroko pojętych i zróżnicowanych zaburzeń psychicznych należą do naczelných pojęć dziedziny medycyny nazywanych psychiatrią. Na rzecz poprawy stanu zdrowia psychicznego obowiązujący w Polsce Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 24 poz. 128) wprowadził konieczność realizacji trzech głównych założeń tego programu. Po pierwsze uczynił istotnym celem promocję zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym, po drugie zwrócił uwagę na konieczność zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki oraz pomocy jako niezbędne do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Trzecim celem wspomnianego powyżej programu jest rozwój badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego (2015). Nowe trendy w leczeniu i organizacji opieki psychiatrycznej koncentrują się szczególnie silnie na

działaniach integrujących pomiędzy pacjentem a jego środowiskiem (European Ministerial Conference: Mental Health Action Plan Helsinki, 2005).

Psychiatria środowiskowa stanowi rozwijający się od 30 lat kierunek współczesnej psychiatrii, wykorzystujący lokalne środowisko w działaniach profilaktycznych, leczeniu i rehabilitacji różnorodnych zaburzeń psychicznych.

Założenia teoretyczne psychiatrii środowiskowej opierają się głównie na zasadach psychiatrii społecznej, psychologii społecznej i kierunkach psychologii opartych na zasadach uczenia się oraz socjologii zajmującej się procesami zachodzącymi w lokalnych społecznościach. Psychiatria środowiskowa wprowadziła znaczne zmiany zarówno w systemie organizacyjnym ochrony zdrowia psychicznego, jak i w stylu pracy i zakresie zadań personelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Szeroko pojęte zadania służb psychiatrycznych wymagają odejścia od tradycyjnego modelu opieki, ograniczającego się do indywidualnych kontaktów lekarza z szukającym jego pomocy pacjentem. Psychiatria środowiskowa obejmuje leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi w ich naturalnym środowisku społecznym.

Celem działania psychiatrii środowiskowej jest m.in. dążenie do zmniejszenia liczby zaburzeń psychicznych w określonej społeczności przez: ocenę potrzeb zdrowotnych, wykrywanie grup zwiększonego ryzyka, działalność szkoleniową i konsultacyjną wobec lokalnych placówek medycznych i organów pomocy społecznej.

W pracy psychiatrii środowiskowej ważne jest także zaangażowanie w działalności na rzecz ochrony zdrowia psychicznego lokalnych organizacji samorządowych, wspólnot religijnych, kół samopomocy, organizacji i stowarzyszeń społecznych: opracowanie planów i sposobów realizacji programów z zakresu psychiatrii środowiskowej we współpracy z przedstawicielami miejscowej społeczności: udzielanie doraźnej pomocy w formie interwencji kryzysowej wielu osobom. Interwencje kryzysowe są jednym z zadań służb psychiatrii środowiskowej oraz przedmiotem szkolenia i konsultacji osób, które w związku z rodzajem wykonywanej pracy szczególnie często spotykają się z ludźmi znajdującymi się w trudnej sytuacji życiowej.

Reasumując, główne zasady psychiatrii środowiskowej to:

- znaczące w procesie leczenia przywrócenie pacjentowi w możliwie krótkim czasie zdolności niezbędnych do życia we własnym środowisku społecznym, stąd cele interwencji psychiatrycznej są formułowane w sposób konkretny, mają charakter wybiórczy,
- istotne są krótkoterminowe strategie pomocy w trudnych emocjonalnie sytuacjach życiowych,
- kluczowe jest wczesne rozpoznanie sytuacji życiowej pacjenta, ponieważ zapobiega to jego izolacji społecznej lub uzależnieniu od służb psychiatrycznych; najważniejsze staje się naturalne środowisko pacjenta.

Elementem psychiatrii środowiskowej jest system oparcia społecznego, przeznaczony głównie dla przewlekle chorych psychicznie. Wśród nich ważne są trzy systemy oparcia:

- naturalny, stanowiący sieć kontaktów społecznych jednostki z ludźmi z jej najbliższego otoczenia, od których uzyskuje pomoc w codziennych trudnościach oraz pomoc i wsparcie emocjonalne w szczególności w tzw. trudnych sytuacjach życiowych,
- naturalny system oparcia najbliższej rodziny, przyjaciół, budzących szacunek i zaufanie krewnych i znajomych, sąsiadów.
- konkretna pomoc (np. w prowadzeniu gospodarstwa, wychowywaniu dzieci), jak i zaspokajanie potrzeb psychicznych, łagodzenie napięć emocjonalnych i następstw stresu, tworzenie atmosfery bezpieczeństwa oraz doradzanie w różnych sytuacjach życia codziennego.

Naturalne systemy oparcia sprzyjają leczeniu zaburzeń psychicznych, szczególnie nerwic, depresji i chorób psychosomatycznych.

W psychiatrii środowiskowej ważną rolę odgrywają min.: stowarzyszenia pacjentów psychiatrycznych i ich rodzin, kluby abstynentów, stowarzyszenia rodziców dzieci upośledzonych umysłowo. Środowiskowy system oparcia stanowi zorganizowaną działalność osób i instytucji, które są zobowiązane udzielania pomocy osobom cierpiącym na przewlekle, prowadzące inwalidztwa zaburzenia psychiczne. Pomoc ta obejmuje zaspokajanie podstawowych potrzeb bytowych oraz rozwijanie potencjalnych umiejętności bez niepotrzebnego izolowania od środowiska.

W Stanach Zjednoczonych Narodowy Instytut Zdrowia Psychicznego w 1982 r. określił podstawowe funkcje, które powinien pełnić system oparcia społecznego. Obejmują one:

- 1) identyfikację w szpitalu i środowisku poza szpitalnym osób wymagających oparcia społecznego
- 2) udzielanie im pomocy w uzyskiwaniu należnych uprawnień
- 3) w razie potrzeby interwencje kryzysowe udzielane w sposób jak najmniej ograniczający swobodę
- 4) rehabilitację psychospołeczną
- 5) zapewnienie długoterminowej pomocy w zakresie warunków życia, pracy i form wypoczynku
- 6) opiekę ogólnomedyczną i psychiatryczną
- 7) wsparcie dla rodzin i członków społeczności, wśród których żyją chorzy psychicznie
- 8) wciąganie członków społeczności do współpracy z chorymi
- 9) ochronę praw pacjentów
- 10) indywidualne prowadzenie każdego pacjenta przez wyznaczonego opiekuna

Taki model ten nie wspiera zasad organizacji systemu oparcia, ale zachęca do wykorzystania wszystkich lokalnych możliwości do rozwijania różnorodnych umiejętności chorego oraz do czynnego udziału chorego w ustalaniu celów i planu terapii. Wskazuje, że warto dążyć do zwiększenia odpowiedzialności pacjentów, tworzenia grup samopomocy i udzielania pomocy innym osobom.

Według definicji Narodowego Instytutu Zdrowia Psychicznego, środowiskowy system oparcia społecznego jest przeznaczony dla osób dorosłych z poważnymi i przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi lub emocjonalnymi, powodującymi znaczny stopień upośledzenia funkcjonowania (w podstawowych wymiarach życia, jak stosunki międzyludzkie, warunki zamieszkania lub zatrudnienia), dla których opieka całodobowa (w szpitalu psychiatrycznym lub domu pomocy społecznej) nie jest konieczna lub jest nieodpowiednia.

Psychiatria jako dyscyplina medyczna wychodząca naprzeciw realizacji wspomnianych celów, kreuje podstawę do budowy zasad leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi w warunkach instytucjonalnych, zapewniając pacjentom diagnozę i leczenie występujących u nich zaburzeń w placówkach stacjonarnej i niestacjonarnej służby zdrowia. Jest to leczenie oparte w pełni o instytucje. Coraz częściej jednak diagnoza i terapia zaburzeń psychicznych sięga do założeń i struktur organizacyjnych psychiatrii środowiskowej jako tej dyscypliny medycznej, która świadczy komplementarne formy usług leczniczych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, oparte o działania poza instytucjonalne.

## DEINSTITUCJONALIZACJA CZYLI PRZEJŚCIE OD OPIEKI INSTYTUCJONALNEJ DO OPIEKI ŚWIADCZONEJ NA POZIOMIE LOKALNYCH SPOŁECZNOŚCI

Niniejszy podrozdział powstał w oparciu o „Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności”, „Wykorzystanie funduszy Unii Europejskiej w celu przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności – zestaw narzędzi” ([www.deinstitutionalisationguide.eu](http://www.deinstitutionalisationguide.eu)) oraz „Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020.

Obserwowany w krajach wysokorozwiniętych trend deinstytucjonalizacji usług społecznych szeroko rozumiany, jest powodowany głównie potrzebami ograniczania kosztów finansowania z budżetu państwa opieki instytucjonalnej. Opór przeciwko deinstytucjonalizacji podkreślany w literaturze przedmiotu wynika głównie z medykalizacji. Owo skupienie się na stanie zdrowia pacjenta, planowanie działań uwzględniających jedynie zadania medyczne i korygujące, utrudnia rozumienie problemów zdrowia psychicznego ograniczonych do aspektów medycznych – farmakoterapii, terapii grupowej, indywidualnej. Drugoplanowe stają się takie kwestie jak terapia przez pracę, wzrost zatrudnienia, uczestnictwo w życiu kulturalnym, terapia przez sztukę, sport, edukację w celu wzmocnienia niezależności pacjentów i ich włączenia społecznego.

Europejskie wytyczne w zakresie kreowania i wspierania trwałego systemu przejścia od opieki instytucjonalnej do alternatywnych rozwiązań opieki świadczonych na poziomie lokalnych społeczności, organizacji pozarządowych, rodzin i bliskich, skierowane są w głównej mierze do dzieci i młodzieży, osób starszych, niepełnosprawnych i mających problemy ze zdrowiem psychicznym. Trzy ostatnie, wymienione grupy społeczne w szczególności korzystają z tzw. dużych zakładów stacjonarnych, instytucji całodobowych, co wymaga po pierwsze finansowania publicznego, po drugie - powoduje stygmatyzację, segregację i pogorszenie w niezależnym funkcjonowaniu społecznym.

Deinstytucjonalizacja budzi sporo emocji wśród praktyków i teoretyków. To, co podkreślane jest przez jej zwolenników, to możliwość pełnej integracji społecznej osób, które po wielu latach całodobowego wsparcia instytucjonalnego, zapewniania opieki zdrowotnej, jedzenia, noclegu, całodobowego mieszkania, itp., ulegają degradacji i pogorszeniu w sferze funkcjonowania w życiu społecznym. Ten społeczny aspekt włączenia społecznego – pełnego uczestnictwa w życiu społecznym, staje się priorytetowy w Unii Europejskiej, wpięrającej proces deinstytucjonalizacji (por. Strategie „Europa 2020” włączenie społeczne i zapewnienie środków do życia osobom ubogim i wykluczonym). Ten punkt zwrotny we wszystkich krajach UE wymaga odpowiednich reform systemów opieki, z uwagi na przywoływane dowody skutków powszechnej instytucjonalizacji, podkreślające pogorszenie się jakości życia prowadzące do wyłączenia społecznego, wielokrotnie do końca życia, upośledzając funkcje samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie, w tym emocjonalnego, poznawczego.

W wytycznych europejskich definiuje się placówki opieki stacjonarnej, jako takie w których osoby przebywające odizolowane są od ogółu społeczeństwa, bez autonomii decyzyjnej własnego życia, ograniczone do życia w określonych społecznościach instytucjonalnych, w których zasady instytucji są nadrzędne wobec potrzeb jednostek. Kraje, w których deinstytucjonalizacja jest rozpowszechniona bardziej aniżeli w Polsce, zastępują już niektóre bądź wszystkie stacjonarne formuły świadczenia opieki krótko i długookresowej usługami rodzinnymi lub świadczonymi na poziomie społeczności lokalnych eliminując potrzebę opieki instytucjonalnej, wspierając niezależne życie, większą kontrolę nad nim i możliwość wyboru u osób wymagających wsparcia. Mimo wielu bardzo sprawnie działających ośrodków w naszym kraju i za granicą, zatrudniających bardzo wysoko wykwalifikowaną kadrę, angażujących szlachetnych wolontariuszy, „porządnie” i bez zarzutu opiekujących się podopiecznymi, dane empiryczne wskazujące na negatywne konsekwencje instytucjonalizacji dla podmiotu przebywającego w systemie stacjonarnym.

Kluczowym działaniem procesu deinstytucjonalizacji jest tworzenie indywidualnych planów, angażujących strony w podejmowanie decyzji dotyczących ich przyszłości. To, co wydaje się również kluczowe w procesie deinstytucjonalizacji to nie idea, do której jest ona często sprowadzana – fizycznego przeniesienia danej osoby z instytucji, mówiąc prosto, do innego miejsca zamieszkania, nowego miejsca pobytu, ale właśnie współpraca ze społecznościami, specjalistami, opiekunami. Oczywiście usługi nie powinny być powielane w ramach instytucji i na szczeblu

społeczności, a także tracić na jakości i poddawane ciągłej ewaluacji, stąd ważne staje się określenie standardów jakości, kontroli i procedur ewaluacji. Życie w społecznościach powinno odbywać się z odpowiednim wsparciem adekwatnym do potrzeb każdego beneficjanta z osobna.

Promowanie alternatywnych rozwiązań rodzinnych oraz świadczonych przez społeczności lokalne, rozumiane również jako środowiskowe rozwiązania, wymagają gwarancji finansowych, wspierających działania, w tym profilaktyczne, zgodnie z istniejącymi i przyszłymi potrzebami, co jest procesem złożonym.

Dzięki deinstytucjonalizacji osoby włączane społecznie mają wybór miejsca zamieszkania i tego z kim będą mieszkać (nie są zobowiązane do mieszkania w tzw. szczególnych warunkach). Mają dostęp do usług wspierających zarówno w warunkach domowych, jak i placówkach, świadczonych w społecznościach lokalnych, co zapewnia pełniejszy i bardziej harmonijny rozwój. Wiele jest kontrowersji wokół takich rozwiązań, najczęściej związanych z oporem kadry likwidowanych lub ograniczanych instytucji.

W Europie Grupa Ekspertów od deinstytucjonalizacji została powołana stosunkowo niedawno - w 2009 roku, jest to więc problem analizowany zaledwie od kilku lat, którego głównym zadaniem jest reforma opieki instytucjonalnej, uwzględniająca specyfikę każdego z państw UE. Podkreślaną przez Ekspertów zaletą deinstytucjonalizacji jest możliwość podejmowania decyzji i kontroli nad własnym życiem przez osoby potrzebujące pomocy, opieki, wsparcia - jak i kto ma jej udzielać. Oczywiście zastępowanie opieki instytucjonalnej usługami rodzinnymi, środowiskowymi jest wyzwaniem w kontekście zagwarantowania w nowym modelu poszanowania potrzeb i praw wszystkich stron, ich przygotowania do funkcjonowania właśnie w takim modelu, wzajemnej współpracy użytkowników i świadczeniodawców. I to Autorki uważają za najtrudniejszą część procesu deinstytucjonalizacji. Na zasadzie współuczestnictwa, tzw. empowermentu przeprowadza się kreowanie polityki korzystania z usług pojedynczych lub zespołu specjalistów, rodzin, organizacji, co związane jest z wieloletnim procesem zmian i wymaga stałego zaangażowania stron - wszystkich użytkowników usług: rodziny, kadry organizacji, świadczeniodawców, reprezentantów władz lokalnych, społeczności lokalnej, samych zainteresowanych klientów pomocy instytucjonalnej, co z kolei stabilizuje system i pozwala na wypracowanie wspólnej wizji włączenia społecznego, niezależnego życia wszystkich i pełną reorganizację usług społecznych. Deinstytucjonalizacja wymaga zatem klarownego systemu usług środowiskowych w stopniu wystarczającym, by instytucjonalne wsparcie mogło stać się zbędne.

W Raporcie Doraźnej Grupy Ekspertów, dookreślono czym jest instytucja opieki stacjonarnej. Zgodnie z zawartymi tam definicjami są to wszelkie placówki, w których podopieczni zmuszeni są do pobytu/ mieszkania razem przy jednoczesnym odizolowaniu społecznym, pozbawieni mocy decyzyjnej i kontroli nad własnym życiem, a ich potrzeby są podrzędne względem zasad, procedur i wymagań organizacyjnych. Podkreślana w przywołanym raporcie eliminacja kultury instytucjonalnej (cechującej się depersonalizacją i standardowym traktowaniem, uzależ-

nieniem i dystansem społecznym, sztywnymi procedurami, stałym porządkiem dnia, bezosobową strukturą, itp.) i wprowadzanie usługi pozbawionej charakteru instytucjonalnego sprzyja upodmiotowieniu i zindywidualizowanemu wsparciu każdej jednostki potrzebującej opieki.

Jeśli chodzi o instytucje zajmujące się osobami z problemami ze zdrowiem psychicznym, są to głównie placówki o charakterze leczniczym. Po diagnozie pacjent trafia na specjalistyczne terapie medyczne, które są opłacane ze środków na opiekę zdrowotną lub z budżetu państwa, nie z usług socjalnych. Umieszczanie osób mających problemy ze zdrowiem psychicznym w placówkach typu domy pomocy społecznej, związane z pobytem w celu terapii społecznej, z uwagi na brak alternatyw środowiskowych usług socjalnych staje się dopiero częścią usługi społecznej.

Deinstytucjonalizacja nie może być więc rozumiana jako li i wyłącznie zamykanie instytucji, to proces rozwoju usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności, które minimalizują konieczność opieki instytucjonalnej od profilaktycznej, prewencyjnej, po integracyjną. UNICEF (2010, s. 52) definiuje ten proces jako *„transformację i zmniejszenie rozmiaru zakładów stacjonarnych lub ich likwidację przy równoczesnym zapewnieniu pełnych usług opieki opartych na standardach wynikających z praw człowieka, zorientowanych na rezultaty”*.

Usługi świadczone na poziomie lokalnych społeczności/opieka środowiskowa umożliwiają życie w społeczności, ze szczególnym uwzględnieniem środowiska rodzinnego i najbliższych. Obejmują podstawowe usługi, jak mieszkalnictwo, opieka zdrowotna, edukacyjna, zatrudnienie, kultura i rozrywka, które powinny być zagwarantowane każdemu człowiekowi oraz tzw. usługi specjalistyczne, jak pomoc osobista, piecza zastępcza, opieka rodzinną z uwzględnieniem środków profilaktycznych, interwencji i wsparcia dla rodzin.

Profilaktyka uwzględnia działania, które zapobiegają potrzebie umieszczenia potrzebujących w instytucjach tj. te, które zapobiegają chorobom, dysfunkcjom, utracie sprawności i niezależności. Niezależność rozumiana jest w kontekście deinstytucjonalizacji, jako życie w społeczności- dokonywanie wyborów i podejmowanie decyzji, co do miejsca zamieszkania, współmieszkańców, organizacji życia codziennego, a nie jako wykonywanie działań czy czynności samemu, albo samowystarczalność, co jest częstym niezasłużonym słowem krytyki przeciwników tego procesu.

Alternatywa dla „instytucji” to zintensyfikowane wsparcie rodzin. Propagatorzy deinstytucjonalizacji zamiast kierować do ośrodków całodobowych chorych członków rodziny, zalecają wspieranie rodziny, dostarczanie usług do rodziny, zamiast przekierowania członka rodziny do placówki na zasadach docelowych. Zapewnianie usług pomagających ludziom w funkcjonowaniu na optymalnym poziomie powinno być celem samym w sobie (por. zalecenia ONZ). Kolejnym celem jest przeciwdziałanie naruszaniu praw człowieka w opiece instytucjonalnej, jak przemoc, zaniedbanie, niedożywienie, deprywacja emocjonalna, społeczna, fizyczna, itp. W związku z rozmytą odpowiedzialnością, podopieczni instytucji narażeni mogą być znacznie bardziej aniżeli osoby przebywające w rodzinnych

środowiskach na tego typu sytuacje. O szkodliwych skutkach pobytu w instytucjach w szczególności dzieci i o negatywnym wpływie na ich rozwój opublikowano już stosunkowo sporo literatury i badań empirycznych, stąd argumenty przemawiające za deinstytucjonalizacją. Autorki przytaczają tylko jeden przykład wyników badań, że dzieci wychowywane w rodzinach biologicznych, adopcyjnych, zastępczych radzą sobie lepiej od rówieśników wychowywanych w zakładach, pod względem rozwoju fizycznego, poznawczego, edukacyjnego, włączenia społecznego (2011, s. 41). Stąd ta skąd inąd szlachetna idea by instytucje zastąpić usługami zapobiegającymi oddzieleniu od rodzin, wspierającymi rodziny, by umożliwić im opiekę nad dzieckiem, chorym, starszym. Z sugestią Ekspertów, by potrzeb interwencji medycznych nie wykorzystywać do usprawiedliwiania całodobowego, długoterminowego pobytu w instytucji.

Mimo wielu dowodów ekonomistów, że środowiskowy model opieki nie jest w długiej perspektywie droższy od instytucjonalnego, przy zachowaniu porównywalnej jakości opieki, opieka instytucjonalna jest błędnie postrzegana w wielu krajach jako tańsza. Co więcej w wielu kosztorysach opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności w zakresie zdrowia psychicznego, w porównaniu z opieką instytucjonalną, wydatki pozostały na tym samym poziomie, ale jakość życia i satysfakcja z usług uległy poprawie. Oczywiście, zagadnienie to jest znacznie bardziej skomplikowane, wymaga szczegółowych analiz opieki społecznej i zdrowotnej w każdym kraju, specyfiki społeczno-ekonomicznej i demograficznej, znajomości barier w dostępie do podstawowych usług, gromadzenia informacji na temat powodów umieszczania osób w instytucjach, systemu opieki instytucjonalnej. Wymaga to myślenia systemowego, od przyjaznego otoczenia dla osób starszych, niepełnosprawnych, niesamodzielnych – zmian w architekturze otoczenia i budynku, po zmiany w opiece socjalnej.

Należy wyraźnie podkreślić, że przejście do opieki instytucjonalnej nie zawsze jest związane z przemocą w domu, ubóstwem na poziomie głodowym, wykorzystywaniem seksualnym i innymi patologiami. Wśród deklarowanych powodów są również nieradzenie sobie z przyjmowaniem leków, co wymaga zaledwie doraźnej pomocy opiekuna dochodzącego o określonych porach, a nie pobytu całodobowego w instytucji. Obecnie obserwujemy intensywny rozwój trzeciego sektora – organizacji pozarządowych, wspierających od lat usługi publiczne na rzecz integracji społeczno-zawodowej. Deinstytucjonalizacja jest związana z ograniczeniem, a nawet zaprzestaniem budowy nowych instytucji, wstrzymaniem przyjęć do instytucji zamykanych. Stąd przejście odpłatnych usług społecznych przez ngosy czy zespoły specjalistów jest zalecanym kierunkiem zmian. Kształcenie terapeutów, specjalistów świadczących pomoc w warunkach domowych, tzw. zespołów mobilnych to przykład deinstytucjonalizacji. Konieczne jest równoległe tworzenie możliwości użytkowania podstawowych usług i infrastruktury, np. dostęp do mieszkań socjalnych (na zasadach rozproszonych mieszkań w okolicach, a nie wyizolowanych osiedlach/kampusach), edukacji, zatrudnienia, opieki zdrowotnej, transportu, infrastruktury kulturalnej, nowoczesnych technologii (np. osobistych alarmów, inteligentnych domów) dostępnych dla społeczności w ogóle.



Integracja usług to kluczowe hasło przy analizie procesu deinstytucjonalizacji, bowiem jedynie spełnienie warunku zapewnienia zróżnicowanych świadczeniodawców (sektora publicznego, prywatnego, społecznego) w różnych obszarach (mieszkalnictwa, edukacji, zatrudnienia, zdrowia) i ich koordynacja prowadzić będzie do pełnego sukcesu, wykorzystując różne podmioty, różne metody, podejścia dla zapewnienia większych korzyści użytkownikom. Zintegrowane usługi to wykorzystanie koprodukcji, partnerstwa, współpracy, sieci, ogólnie wspólnych wysiłków.

Jest szereg dobrych praktyk obserwowanych na terenie UE. W tym miejscu Autorki odwołają się jedynie do kilku przykładów, które znane są już w naszym kraju, jak pomoc osobista, czyli idea łączenia specjalistów z indywidualizowanym procesem pomagania, dedykowanym poszczególnej jednostce w oparciu o zróżnicowany katalog możliwości, uwzględniający decydowanie o własnym życiu i umożliwiający niezależność. Wymaga to kształcenia asystentów, terapeutów zajęciowych, pracowników socjalnych oraz otwartości i poszukiwania nowych form wsparcia, jak tzw. krótkie urlopy powszechne w krajach UE dla stałych opiekunów (od kilku godzin po kilka dni), zwiększenie życia towarzyskiego z wolontariuszami, pomoc w domu – w codziennych obowiązkach, jak sprzątanie, ubieranie się, czynności higieny osobistej, branie leków po usługi wyspecjalizowane – medyczne, pielęgnarskie, edukacyjne, socjalizacyjne czy nowatorskie rozwiązania quasi-instytucjonalne np. domy samopomocy, w których jest się uczestnikiem czynnie biorącym udział w leczeniu, nie biernym odbiorcą usług (np. Dom typu Fountain House, dom typu „ucieczki”, ośrodki opieki dziennej), zatrudnienie towarzyszy, akompaniatorów, realizując idee tzw. „życia wspieranego” mieszkających tymczasowo lub na stałe, albo inne przykłady, jak. domy grupowe, zamieszkiwane przez mniejsze grupy przy wsparciu personelu (czyli opieka stacjonarna na niewielką skalę), czy wreszcie wzmocnienie świadczenia pomocy nieformalnych opiekunów, pomocy samosąsiedzkiej. Każdorazowo kreowanie adekwatnych usług społecznych powinno się w oparciu o indywidualny plan opieki i wsparcia.

WRAP® (na podstawie: <http://www.mentalhealthrecovery.com>) jest przykładem działań na rzecz przywrócenia dobrostanu, to narzędzie dla osób z chorobą psychiatryczną. Służy do odzyskiwania kontroli nad własnym życiem i procesem zdrowienia, by realizować własne cele życiowe i spełniać marzenia. To przejaw opieki psychiatrycznej od objawów w kierunku profilaktyki i odzyskiwania zdrowia. Kluczem jest obserwacja własna, w tym codziennych czynności, zdarzeń wywołujących objawy, sposobów radzenia sobie, rozpoznawania wczesnych znaków ostrzegawczych, itp. W oparciu o powyższe powstaje plan, który zakłada działanie w sytuacji codziennej i nagłej, włączając pomocników, wykaz leków, wytyczne dla opiekunów, ratowników.

Na koniec, dygresja o specjalistycznej służbie pracowników socjalnych, bez których usługi socjalne wydają się nie możliwe do realizacji. To zawód priorytetowy w środowiskowym modelu opieki i wsparcia, który kojarzy potrzeby osoby potrzebującej z usługami i świadczeniami jej przysługującymi. Międzynarodowa Federacja Pracowników Socjalnych podkreśla realizację humanistycznych i demokratycznych ideałów.

Podsumowując, integracja społeczna to wolność wyboru warunków opieki poza i instytucjonalnej, sprzyjanie upodmiotowieniu, partycypacji społecznej, niezależności, włączeniu społecznemu, co daje całkowita albo częściowa deinstytucjonalizacja.

## TRENDY W PSYCHIATRII ŚRODOWISKOWEJ

Psychiatria środowiskowa (ang. community psychiatry) to pojęcie wieloznaczne, nie posiadające jednoznacznej definicji (Prot - Klinger,2013). Pojęcie to rozumie się i definiuje w kontekście podejścia do leczenia psychiatrycznego, w którym szczególnie koncentruje się na ograniczaniu leczenia zaburzeń psychicznych w warunkach instytucji szpitalnych. Ówczasie wskazuje się na znaczenie deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej i tzw. modelu opieki środowiskowej. Model opieki środowiskowej nad chorym psychicznie opiera się na tzw. lokalnych ośrodkach pomocy medycznej (np. zespołach leczenia środowiskowego) i pozwala na zapewnienie pacjentom opieki psychiatrycznej w środowisku społecznym, w tym rodzinnym i zawodowym, w którym na co dzień chorzy z zaburzeniami psychicznymi funkcjonują.

Psychiatrię środowiskową można rozumieć nie tylko jako instytucję czy określony typ usług medycznych względem chorego z zaburzeniami psychicznymi, ale można jej przypisać specyficzny sposób myślenia o pacjencie i jego rodzinie. Zwykle psychiatria środowiskowa oznacza system myśli sugerujący, że osoba z zaburzeniem psychicznym powinna mieć dostęp do tych samych szeroko pojętych dóbr co inni ludzie. Dotyczy to zarówno systemu leczenia, jak szeroko pojętej obecności w społeczeństwie - brak wykluczenia z jego obszarów (Zafuska M., Prot K., Bronowski P., 2007).

Psychiatria środowiskowa to inaczej środowiskowa opieka nad zdrowiem psychicznym. W tym znaczeniu ważnym byłoby zwrócić uwagę, że psychiatria środowiskowa to psychiatria oparta o lokalną wspólnotę społeczną, w której funkcjonuje pacjent z zaburzeniami psychicznymi funkcjonuje. Psychiatria środowiskowa jest często utożsamiana z ideą, definiowaną jako pewien rodzaj moralnego przesłania praktyki psychiatrycznej, jako pewien system organizacji psychiatrycznej opieki zdrowotnej, jako pewna metoda leczenia oraz jako sposób osadzenia, kontekst czy też tła działania psychiatrii(Prot-Klinger,2013).

Rozwijana w Polsce psychiatria środowiskowa oraz pojawiające się doniesienia na temat deinstytucjonalizacji w psychiatrii to problematyka coraz częściej rozpatrywana z perspektywy polityki zdrowotnej oraz rozwijania poza ujęciem medycznym, także z perspektywy alternatywnych form środowiskowych w procesie leczenia zaburzeń psychicznych oraz profilaktyki i ochrony zdrowia psychicznego populacji polskiego społeczeństwa. Realizowane w procesie deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej cele ukierunkowane są na profilaktykę zdrowotną oraz przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu osób chorych psychicznie. Takie działanie jest możliwe dzięki dokonującym się w świadomości społecznej zmianom dotyczącym wiedzy na temat traktowania chorych psychicznie i ich funkcjonowania w społeczeństwie. Problematyka znaczenia zjawiska deinstytucjonalizacji

lizacji we współczesnej psychiatrii i jego roli dla leczenia chorych psychicznie jest coraz częściej opisywane w literaturze przedmiotu (por. Morzycka-Markowska M., Drozdowicz E., Nasierowski T., 2015; Prot –Klinger K. 2013)

Spotykana krytyka tradycyjnego modelu opieki opartego li i wyłącznie na opiece szpitalnej oraz rozwój idei społeczności leczniczej Maxwella – Jonesa ukierunkowują rozwój zróżnicowanych form leczenia na ówczesnym rynku usług medycznych, uwzględniając względem wielu pacjentów psychiatrycznych przeniesienie leczenia ze szpitali do różnych form leczenia w środowisku chorego (Morzycka-Markowska M., Drozdowicz E., Nasierowki T., 2015 a, b).

Nawiązując do literatury przedmiotu warto wspomnieć, że m.in. rekomendacja WHO (2003), Europejski Pakt dla Zdrowia Psychicznego (2008), Zielona Księga (2005) oraz Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2020 (2015) wskazują wyraźnie na potrzebę zapobiegania stygmatyzacji i wykluczenia społecznego osób chorych psychicznie z jednoczesnym wspieraniem potrzeby kontaktów tej grupy chorych ze środkami masowego przekazu w instytucjach oświatowych środowisku pracy i innych. Zachowanie właściwej równowagi między psychiatrią instytucjonalną a modelem leczenia w środowisku pozostaje w zgodzie z Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego i wspiera politykę zdrowotną wobec osób z zaburzeniami psychicznymi.

Zjawisko deinstytucjonalizacji w psychiatrii wskazuje na potrzebę rozwijania nowej struktury opieki psychiatrycznej promując tzw. model psychiatrii środowiskowej w Polsce i na świecie np. w USA, Wielkiej Brytanii, Skandynawii czy Włoszech (Girolamo de G, Bassi M, Neri G, Ruggeri M, Santone G, Picardi A., 2007; Picinelli M, Politi P, Barale F, Rigatelli M. 2002; Morzycka-Markowska M i współprac., 2015 a, b)

Powstaje pytanie, w jaki sposób psychiatria środowiskowa w Polsce powinna wykorzystywać środowiskowe formy oddziaływań leczniczych wobec chorych ze zróżnicowanymi zaburzeniami psychicznymi? Ważnym jest zgodnie z rekomendacją WHO (2003), na ile i w jaki sposób dokonuje się integracja opieki psychiatrycznej z opieką podstawową, ze szpitalami ogólnymi oraz na ile obserwujemy integrację opieki instytucjonalnej w psychiatrii z opieką środowiskową.

Integracja między tymi formami opieki nad chorym z zaburzeniami psychicznymi stanowi ważny czynnik wspierający proces zmian w myśleniu o profilaktyce zdrowotnej w zakresie zaburzeń psychicznych i leczenia psychiatrycznego. Ten typ myślenia w polityce zdrowotnej wskazuje na potrzebę reorientacji w procesie myślenia o ochronie zdrowia psychicznego i leczenia psychiatrycznego.

Myślenie o leczeniu zaburzeń psychicznych a przede wszystkim ochrona zdrowia psychicznego winny uwzględniać swoiste przejście od perspektywy opieki instytucjonalnej w kierunku opieki środowiskowej. Specjalistyczna (formalna) psychiatryczna opieka zdrowotna oraz nieformalna opieka psychiatryczna (sprawowana przez rodziny, grupy samopomocy, wolontariuszy, organizacje pozarządowe, itp.) to dwa wzajemnie ze sobą powiązane obszary.

Zgodnie z rekomendacją WHO, Narodowym Programem Zdrowia Psychicznego, Planem Działania Zdrowia Psychicznego dla Europy” (2005), Zieloną Księgą (2005), Europejskim Paktem Na Rzecz Zdrowia Psychicznego (2008) psychiatria środowiskowa winna wspierać politykę zdrowotną i ochronę zdrowia psychicznego polskich obywateli. Prowadzona w ramach nieformalnej opieki psychiatrycznej w środowisku szeroko pojęta edukacja na temat zaburzeń psychicznych (ich przyczyn, metod ich leczenia, strategii radzenia sobie) oraz edukacja w zakresie profilaktyki zdrowia psychicznego, praca nad zaangażowaniem pacjentów i ich rodzin w planowaniu i organizacji leczenia i opieki psychiatrycznej to mechanizmy sprzyjające procesowi deinstytucjonalizacji psychiatrii oraz rozwoju środowiskowych form pomocy chorym psychicznie.

Thornicroft i Tansella (2010) wskazują w historii psychiatrycznej opieki zdrowotnej w krajach rozwiniętych trzy istotne okresy historyczne: powstanie szpitali psychiatrycznych, schyłek szpitali psychiatrycznych oraz okres rozwoju zdecentralizowanej psychiatrii środowiskowej, osadzonej w środowisku lokalnym. W myśl tego psychiatria środowiskowa do etap rozwoju współczesnej psychiatrii, w której zmiany prowadzą do powstania tzw. „pacjenta nowej generacji” (Lamb H.R., Bacharach L.L., 2001; Prot-Klinger K., 2013). Jak pisze Prot –Klinger *„jest on często przedstawiany jako problem — nie miał do czynienia długotrwałe z instytucją, nie jest pasywny i nie godzi się na propozycje psychiatrii, co więcej, nie identyfikuje się z rolą chorego. Możemy uważać go za „problem” albo uznać, że na jego sile można budować — traktować go jako partnera w dyskusji nad nowym modelem psychiatrii”* (Prot-Klinger, 2013).

W tym względzie rozwój współczesnej psychiatrii środowiskowej to nie tylko wynik deinstytucjonalizacji psychiatrii, ale przede wszystkim to zmiana w świadomości i realnej percepcji osoby z zaburzeniami psychicznymi. Pacjent psychiatryczny pozostaje rozumiany nie w kontekście instytucji leczenia psychiatrycznego, lecz jest widziany w kontekście zapobiegania jego społecznemu wykluczeniu. Współczesna psychiatria środowiskowa promuje swoistą filozofię opieki nad chorymi psychicznie wskazując na potrzebę dawania chorym opieki psychiatrycznej także jako zgody na towarzyszenie choremu w jego zróżnicowanych życiowych sytuacjach i wyborach.

Refleksje i wnioski nad tematem deinstytucjonalizacji jako szansy na „dobrą zmianę” zostały zaprezentowane także w trakcie odbywającego się w dniach 24-25 listopada 2015 roku w Warszawie Forum Liderów ochrony Zdrowia i Polityki społecznej. Forum to poświęcone było dyskusji nad aktualnym stanem polskiego systemu opieki psychiatrycznej, kierunkami niezbędnych zmian w tym systemie tj. przejścia od modelu opartego na dużych szpitalach psychiatrycznych do modelu środowiskowego (NPOZP 2016-2020), wykorzystaniu doświadczeń Włochów (Triest, Udine) i Finów (Otwarty Dialog) w tym zakresie i skutecznej adaptacji polskiej psychiatrii do zmieniających się warunków. W zakresie deinstytucjonalizacji włoskiej widzimy, że wpisuje się ona w historię przemian w psychiatrii drugiej połowy XX wieku. Inspiracje i metody reformy włoskiej związane były z ru-

chem antypsychiatrycznym, powstającą psychiatrią środowiskową i rozwijającą się terapią grupową (Maria Morzycka-Markowska i wsp.2015 a, b).

Specyfika i znaczenie antypsychiatrii włoskiej (1) wpłynęła na powstanie silnego ruchu społecznego walczącego o poprawę sytuacji chorych psychicznie, (2) doprowadziła do realizacji podstawowego postulatu tego ruchu – deinstytucjonalizacji leczenia psychiatrycznego (Maria Morzycka-Markowska i wsp.2015 b).

Ówczesnie wiadomo, że zmiana podejścia do osób chorych psychicznie łączy się z potrzebą przełamania schematów myślenia na temat tej grupy chorych, włączania ich w społeczność. Postawienie człowieka i jego potrzeb na pierwszym planie to początek całego procesu zmian. Drogowskazem do działań podjętych w tym kierunku mogą być zasady podejścia tzw. Otwartego Dialogu - od 30 lat rozwijanego w Skandynawii i w innych krajach w Europie Zachodniej, a także w Polsce. Ważną zasadą jest gotowość usłyszenia głosu osób doświadczonych i ich rodzin dzięki wejściu w tzw. dialog. „Otwarty dialog” to z jednej strony podejście terapeutyczne, z drugiej- sposób organizacji całego systemu oddziaływań. System ten skoncentrowany jest na rodzinie, zakłada szybką interwencję we wczesnej fazie kryzysu oraz dostosowanie leczenia do indywidualnych potrzeb pacjenta i jego rodziny.

Kierując się zasadą dialogu, w trakcie odbywających się w dniach 24-25 listopada 2015 roku w Warszawie Forum Liderów Ochrony Zdrowia i Polityki Społecznej sformułowało postulaty warte podkreślenia w realizacji polityki deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej nad pacjentem z zaburzeniami psychicznymi. Do głównych postulatów zaliczono:

- utworzenie ponadpartyjnego zespołu, którego celem będzie współpraca z istniejącymi komisjami zdrowia, seniorów i rodziny; optymalnym działaniem zespołu byłaby współpraca z Departamentem Zdrowia Psychicznego w Ministerstwie Zdrowia, nad realizacją NPOZP 2016-2020 i nad zmianą Ustawy o Ochronie Zdrowia. Psychicznego,
- udział reprezentatywnego środowiska ekspertów w przygotowywaniu rozporządzeń w Departamencie Zdrowia Psychicznego w Ministerstwie Zdrowia, w zakresie realizacji NPOZP,
- powołanie stałego Zespołu dwóch Ministerstw tj. Departamentu Zdrowia Psychicznego w Ministerstwie Zdrowia i odpowiedniego Departamentu w Ministerstwie Rodziny Pracy i Polityki Społecznej, celem prowadzenia współpracy międzysektorowej przy realizacji NPOZP.

Celem współpracy między poszczególnymi resortami byłoby wypracowanie modelu Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego, w którym w sposób funkcjonalny współdziałałyby środowiskowa opieka psychiatryczna, system wsparcia i rehabilitacji społecznej i zawodowej. Taki model zapewniłby zindywidualizowany plan pomocy od momentu kryzysu po etap pełnego powrotu do zdrowia.

Ważnym celem byłaby także zmiana kluczowych ustaw o Ochronie Zdrowia Psychicznego i o Pomocy społecznej, zmierzająca do wprowadzenia odpowiedzialno-

ści ministrów za realizację NPOZP i zagwarantowania finansowania wdrożenia NPOZP. Zwrócono także uwagę na wprowadzenie ogólnopolskiego programu antystygmatyzacyjnego, szczególnie kampanii w środkach masowego przekazu oraz przygotowanie psychiatrii i pomocy społecznej na czekające wyzwania integracji społecznej imigrantów z innych kultur i obszarów językowych.

Podsumowując, środowiskowy model opieki psychiatrycznej dla osób z różnymi typami zaburzeń psychicznych powinien realizować następujące zdania:

- zapewniać blisko miejsca zamieszkania opieki psychiatrycznej i odwykowej
- zapewniać opiekę szpitalną w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych,
- zapewnić wieloprofesjonalny zespół terapeutyczny prowadzący pacjenta we wszystkich formach opieki,
- zapewnić bezpieczeństwo ciągłości i jakości opieki np. w centrach zdrowia psychicznego, poradniach i oddziałach psychiatrycznych, domach pomocy społecznej, mieszkaniach, aktywizacji zawodowej, innych,
- zapewnić współpracę w zespołach koordynacyjnych różnych specjalistów

W psychiatrii środowiskowej warto zwrócić uwagę na znaczenie w procesie kształcenia profesjonalistów także psychospołecznych aspektów opieki nad chorym psychicznie z uwzględnieniem wiedzy na temat pracy z rodzinami pacjentów i ich udziałem w organizacji procesu leczenia.

Podsumowując całość przytoczonych danych należy wskazać nieuchronność deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej oraz obserwowany w krajach wysoko rozwiniętych trend rozwoju psychiatrii środowiskowej, wspierającej humanizowanie opieki psychiatrycznej świadczonej osobom z różnymi typami zaburzeń psychicznych.

## LITERATURA

- Europejski Pakt na rzecz zdrowia i dobrego samopoczucia psychicznego konferencja unii europejskiej na wysokim szczeblu razem na rzecz zdrowia i dobrego samopoczucia psychicznego, Bruksela, 12 – 13 czerwca 2008 r.
- Forum Liderów ochrony Zdrowia i Polityki społecznej „Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę” Warszawa : 24-25 listopada 2015 r.
- Girolamo de G, Bassi M, Neri G, Ruggeri M, Santone G, Picardi A. The current state of mental health care in Italy: problems, perspectives, and lessons to learn. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2007; 257: 83–91.
- Lamb H.R., Bacharach L.L. Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatric Services* 2001; 52: 1039–1045.
- Morzycka-Markowska M., Drozdowicz E., Nasierowski T. Deinstytucjonalizacja psychiatrii włoskiej – przebieg i skutki. Przebieg deinstytucjonalizacji – działalność grupy Basaglii. *Psychiatr. Pol.* 2015 a ; 49(2): 391–401 PL ISSN 0033-2674 (PRINT), ISSN 2391-5854 (ONLINE) [www.psychiatriapolska.pl](http://www.psychiatriapolska.pl) DOI: <http://dx.doi.org/10.12740/PP/28615>
- Morzycka-Markowska M., Drozdowicz E., Nasierowski T. Deinstytucjonalizacja psychiatrii włoskiej – przebieg i skutki. Część II. Skutki deinstytucjonalizacji. *Psychiatr. Pol.* 2015 b; 49(2): 403–412 PL ISSN 0033-2674 (PRINT), ISSN 2391-5854 (ONLINE) [www.psychiatriapolska.pl](http://www.psychiatriapolska.pl) DOI: <http://dx.doi.org/10.12740/PP/28614>
- Narodowy program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016 -2020. Uchwała Rady Ministrów 15.05.2015 art.9 ust.2

- Picinelli M, Politi P, Barale F. Focus on psychiatry in Italy. *Br. J. Psychiatry* 2002; 181: 538–544.
- Prot-Klinger K.(2013). Psychiatria środowiskowa między romantyzmem a pozytywizmem – próba integracji podejść. *Psychiatria. Via Medica* ISSN 1732–9841
- Rigatelli M. General hospital psychiatry: the Italian experience. *World Psychiatry* 2003; 2: 97–98.
- Thornicroft G., Tansella M.(2010). W stronę lepszej psychiatrycznej opieki zdrowotnej. IPIŃ, Warszawa .
- Zielona księga – Poprawa zdrowia psychicznego ludności. Strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej, Komisja Wspólnot Europejskich, Bruksela, 14.10.2005
- Załuska M., Prot K., Bronowski P. „Psychiatria środowiskowa jako środowiskowa opieka nad zdrowiem psychicznym.” (2007). Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii
- UNICEF, At Home or in a Home?: Formal Care and Adoption of Children in Eastern Europe and Central Asia [„W domu czy w domu dziecka – formalna opieka nad dziećmi oraz adopcja w Europie Wschodniej i Azji Środkowej”], 2010, s. 52.
- European Network on Independent Living, ENIL’s Key definitions in the Independent Living area, 2009, <http://www.enil.eu/policy/>.
- United Nations General Recommendation No. 27 on older women and protection of their human rights [„Rekomendacja Ogólna Narodów Zjednoczonych nr 27 dotycząca starszych kobiet i ochrony ich praw człowieka”]
- UNICEF, Early Childhood Development, What Parliamentarians need to Know [„Rozwój we wczesnym dzieciństwie – o czym powinni wiedzieć parlamentarzyści”], UNICEF Regional Office for Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States, Geneva, 2011, s. 41.
- <http://www.mentalhealthrecovery.com>.
- [www.deinstitutionalisationguide.eu](http://www.deinstitutionalisationguide.eu)
- “Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020.