

Świadczenia z obszaru zdrowia psychicznego publicznej opieki zdrowotnej dla mieszkańców wsi i miast w Polsce

Adela Teleon¹, Anna Włoszczak-Szubzda^{1,2}

¹ Instytut Medycyny Wsi, Zakład Epidemiologii i Biostatystyki

² Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, Wydział Nauk o Człowieku, Polska

Adela Teleon, Anna Włoszczak-Szubzda. Świadczenia z obszaru zdrowia psychicznego publicznej opieki zdrowotnej dla mieszkańców wsi i miast w Polsce. Med Og Nauk Zdr. 2018; 24(4): 205–209.

Streszczenie

Wprowadzenie i cel pracy. W Polsce, podobnie jak w Europie, zauważalny jest stały wzrost liczby osób cierpiących z powodu problemów psychicznych. Celem pracy jest wskazanie obszaru zdrowia psychicznego jako kluczowego elementu zdrowia publicznego oraz analiza stanu opieki w zakresie zdrowia psychicznego dostępnej dla mieszkańców wsi i miast w Polsce.

Opis stanu wiedzy. Na podstawie Ogólnopolskiego Badania Chorobowości Szpitalnej Psychiatrycznej stwierdzono, że w poradniach zdrowia psychicznego mieszkańcy miast byli leczeni zdecydowanie częściej niż mieszkańcy wsi. Różnica wynosiła aż 91%. Podobna różnica między liczbą leczących się mieszkańców miast oraz wsi – wynosząca 92% – występowała w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej. Tak duże różnice wskaźników między mieszkańcami miasta i wsi mogą wskazywać na znaczące braki w zaspokojeniu potrzeb z obszaru zdrowia psychicznego mieszkańców wsi. Rozwiązaniem wydaje się być podstawowa opieka zdrowotna oferująca dodatkowo świadczenia z obszarów zdrowia psychicznego. Specjalista psychologii klinicznej, psycholog kliniczny, psycholog w trakcie specjalizacji lub psycholog z udokumentowanym doświadczeniem w pracy klinicznej stałby się częścią zespołu POZ-u i wspierał pacjentów w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

Podsumowanie. Równy dostęp do świadczeń zdrowotnych powinien być zapewniony niezależnie od miejsca zamieszkania (na wsi czy w mieście). W badaniach udowodniono istnienie różnic w liczbie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej mieszkańcom wsi i miasta. Rozwiązaniem może być POZ zasilony przez dodatkowy personel.

Słowa kluczowe

zdrowie psychiczne, wieś, miasto, podstawowa opieka zdrowotna

WPROWADZENIE

Stan dobrego samopoczucia, w którym człowiek realizuje swoje zdolności, radzi sobie z codziennymi życiowymi problemami, pracuje wydajnie, a także może coś oferować społeczności, w której żyje, możemy ocenić jako pozytywne zdrowie psychiczne. Warto przy tym wskazać, że za zdrowie zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) uważa się „stan kompletnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, rozumianego nie tylko jako brak choroby czy niepełnosprawności” [1, 2, 3]. Zatem można uznać, że zdrowie psychiczne i fizyczne stanowi globalne dobro publiczne, a także jest warunkiem prawidłowego rozwoju społeczności, a co za tym idzie – rozkwitu potencjału gospodarki.

Celem określenia skali i wagi problemu chorób psychicznych i zaburzeń zachowania, a także w celu oceny korzyści z podjęcia właściwych działań Grupa Banku Światowego wspólnie z WHO zorganizowały w 2016 roku konferencję pn. „Wyprowadzić na światło dzienne: wskazujemy zdrowie psychiczne jako priorytet globalny”. Podczas debaty uznano zdrowie psychiczne za priorytet i pochyłono się nad korzystnymi skutkami inwestowania w obszar zdrowia psychicznego [4]. Podobne cele wskazano w Polsce w dokumencie pn.

„Priorytetowe działania w obszarze zdrowia psychicznego na lata 2016–2020”, który jest realizacją celu Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020, gdzie wskazano na najlepszą kondycję psychiczną Polaków i potrzebę podjęcia skutecznych działań wzmacniających kondycję psychiczną mieszkańców wsi, małych miast i dużych aglomeracji [5].

Celem pracy jest przedstawienie obszaru zdrowia psychicznego jako kluczowego elementu zdrowia publicznego, analiza stanu zaopatrzenia mieszkańców wsi i miast w świadczenia z obszaru zdrowia psychicznego w ramach publicznej opieki zdrowotnej, wskazanie różnic, a także przedstawienie propozycji rozwiązań możliwych do realizacji z wykorzystaniem podstawowej opieki zdrowotnej.

ZDROWIE PSYCHICZNE LUDNOŚCI

Warto zauważyć, że Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podkreśliła istotne znaczenie zdrowia psychicznego w ramach ogólnie pojętego zdrowia publicznego, co jest zgodne z wynikami Badania Globalnego Obciążenia Chorobami (The Global Burden of Disease 2015 Study) WHO. Wskazane badanie Global Burden of Disease 2015 Study ukazuje, iż wśród 10 najbardziej istotnych dla mieszkańców Polski przyczyn utraconych lat życia w zdrowiu w wyniku ograniczonej sprawności (YLDs – *years lived with disability*) na trzecim miejscu znajduje się depresja, a na ósmym miejscu – zaburzenia lękowe [4, 6]. Warto przy tym zauważyć, że coraz więcej

Adres do korespondencji: Anna Włoszczak-Szubzda, Instytut Medycyny Wsi, Zakład Epidemiologii i Biostatystyki, Projektowa 4, Lublin, 20-209 Lublin, Polska
E-mail: a-wlos@tlen.pl

Nadesłano: 9 October 2018; Zaakceptowano do druku: 28 November 2018

doniesień z badań populacyjnych odnosi się do kondycji zdrowia psychicznego w Europie i wskazuje, że o ile liczba chorych psychicznie utrzymuje się na podobnym poziomie (współczynniki chorobowości wynoszą ok. 33,2/100 tys. dla kobiet i 21,7/100 tys. dla mężczyzn), o tyle gwałtownie rośnie liczba osób cierpiących z powodu problemów psychicznych związanych ze stresem, z tempem życia, problemami emocjonalnymi czy też egzystencjonalnymi. Zwiększa się także liczba osób, które źle oceniają swoją odporność psychiczną, a także ogólną kondycję [5, 7].

Biorąc pod uwagę powyższe dane i wyniki trzyletniego badania EZOP – Polska pn. „Epidemiologia zaburzeń psychicznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej”, przeprowadzonego przez pracowników Instytutu Psychiatrii i Neurologii, należy stwierdzić, że kondycja psychiczna Polaków może w niedalekiej przyszłości skutkować szybko rosnącymi potrzebami w zakresie opieki nad pacjentami z zaburzeniami z obszaru zdrowia psychicznego. Potencjalnie pacjentami może stać się nawet 6–7,5 mln osób, a nie jak obecnie około 1,6 mln osób rocznie. Zgodnie z badaniem EZOP największą grupę zaburzeń w Polsce stanowią te związane z używaniem substancji (12,8%), ale w tym zdecydowana większość (11,9% ogólnej liczby zaburzeń) to zaburzenia związane z następstwami nadużywania alkoholu. W drugiej kolejności zaburzenia nerwicowe (ok. 10% badanej populacji), impulsywne zaburzenia zachowania (3,5%), zaburzenia nastroju (3,5%), gdzie większość (3% ogólnej liczba zaburzeń) stanowi depresja. Choroba ta staje się coraz bardziej istotnym i powszechnym problemem zdrowotnym [5, 8, 9].

Warto zwrócić uwagę na dane dotyczące rozmiaru i dynamiki problemów zdrowia psychicznego uzyskane na podstawie istniejących systemów informacyjnych. Specyfika zaburzeń z obszaru zdrowia psychicznego sprawiła, że informacje o mieszkańcach Polski leczonych z powodu zaburzeń psychicznych w zakładach opieki psychiatrycznej całodobowej, takich jak: szpitale, zakłady opiekuńczo-lecznicze, ośrodki leczenia uzależnień czy ośrodki rehabilitacyjne dla osób uzależnionych, są zbierane w ramach Ogólnopolskiego Badania Chorobowości Szpitalnej Psychiatrycznej. Realizatorem badania jest Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, który prowadzi także analizę i opracowywanie danych. Jednym z najważniejszych wskaźników z obszaru zdrowia psychicznego w zakresie danych dotyczących umieralności jest współczynnik zgonów z powodu samobójstw. Wśród mężczyzn współczynnik wynosił w 2014 roku 25,7/100 tys. i był znacząco wyższy od średniego współczynnika dla krajów UE, który w tym samym roku wynosił 16,0/100 tys. (wskazane współczynniki są standaryzowane względem wieku). Warto podkreślić, że współczynnik zgonów kobiet z tej samej przyczyny w Polsce wynosi 3,7/100 tys. i jest wielokrotnie niższy niż współczynnik zgonów mężczyzn, ale także jest niższy od przeciętnego dla UE28 – 4,3/100 tys. [4, 10].

LICZBA MIESZKAŃCÓW MIAST I WSI KORZYSTAJĄCYCH ZE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ Z OBSZARU ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Zgodnie z Ogólnopolskim Badaniem Chorobowości Szpitalnej Psychiatrycznej, o którym była mowa wcześniej, prezentowane w badaniu współczynniki zgodnie z przyjętą zasadą dotyczą osób zarejestrowanych w danym roku, a nie dotyczą liczby porad. Zaprezentowane poniżej dane uzyskane we

wskazanym badaniu pozwalają zauważyć istotne różnice dotyczące liczby mieszkańców wsi i miast korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej z obszaru zdrowia psychicznego [4].

Zgodnie z danymi z badania za rok 2014 wynika, że w poradniach zdrowia psychicznego mieszkańcy miast byli leczeni zdecydowanie częściej niż osoby mieszkające na wsi. Różnica wynosiła aż 91%, przy czym współczynnik w przypadku mieszkańców miast wynosił 4032/100 tys., zaś dla mieszkańców wsi – 2109/100 tys. Podobna różnica (92%) występuje w przypadku liczby mieszkańców miast i liczby mieszkańców wsi korzystających z psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej, w skład której wchodzi: poradnie terapii uzależnienia od alkoholu i terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Należy także zauważyć, że zaobserwowano wzrost liczby leczących się w tych placówkach w okresie 2011–2014 i był on większy wśród mieszkańców miast niż wśród mieszkańców wsi. Tak duże różnice wskaźników między mieszkańcami miast i wsi mogą wskazywać na znaczące braki w zaspokojeniu potrzeb z obszaru zdrowia psychicznego mieszkańców wsi. Jest to szczególnie zastanawiające, gdy porównamy współczynnik umieralności z powodu samobójstw mieszkańców wsi w porównaniu z mieszkańcami miast – na podstawie rzeczywistych współczynników zgonów według miejsca zamieszkania oraz przyczyn w 2014 roku współczynnik zgonów na skutek samobójstwa i samouszkodzenia wynosił 18,9/100 tys. w przypadku mieszkańców wsi i 13,2/100 tys. dla mieszkańców miast [4].

Inaczej sytuacja przedstawia się już w roku 2016. Z notatki informacyjnej pn. „Zamachy samobójcze w 2016 r.” Głównego Urzędu Statystycznego z 8 września 2017 roku wynika, że Komenda Główna Policji w 2016 roku odnotowała w Polsce 9861 prób samobójczych, z czego 5405 przypadków, co stanowi blisko 55%, zakończyło się zgonem (jest to o 283 przypadki mniej niż w 2015 roku). Mężczyźni popełnili 4638 samobójstw (jest to 85,5% przypadków), natomiast kobiety popełniły 767 samobójstw. Należy zauważyć, że częściej popełniano samobójstwa w miastach (56,1%) niż na wsi (43,9%), gdzie jeszcze w 2014 roku dane wskazywały na sytuację zupełnie odmienną [11].

Ogólnopolskie Badanie Chorobowości Szpitalnej Psychiatrycznej wykazało, że mieszkańcy miast leczyli się w zakładach opieki całodobowej o 19% częściej niż mieszkańcy wsi, zarówno hospitalizowani po raz pierwszy, jak i ogółem. Częściej hospitalizowani byli mieszkańcy miast niż wsi i dotyczy to prawie wszystkich kategorii zaburzeń. Wyjątek stanowi zaburzenia dotyczące spożywania alkoholu oraz upośledzenia umysłowego. Największa, bo ponad dwukrotna, różnica między pacjentami, biorąc pod uwagę ich miejsce zamieszkania, dotyczyła hospitalizacji zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (wieś – 20,8/100 tys. mieszkańców, miasto – 48,0/100 tys. mieszkańców), zaburzeń osobowości i zachowania dorosłych (wieś – 7,0/100 tys., miasto – 12,7/100 tys.), a także zaburzeń zachowania i emocji rozpoczynających się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym (wieś – 6,7/100 tys., miasto – 12,5/100 tys.) [4, 8].

Należy także zauważyć, że mieszkańcy wsi byli nieznacznie częściej hospitalizowani niż mieszkańcy miast w obszarze leczenia z powodu zaburzeń wynikających z używania alkoholu (odpowiednio 180/100 tys. i 176/100 tys. ludności) [4]. W 2014 roku grupa osób leczonych z powodu zaburzeń wynikających z używania alkoholu stanowiła 35% ogółu leczonych w psychiatrycznych oddziałach całodobowych.

Omówione powyżej badanie pokazało, że chorzy na schizofrenię stanowią drugą co do wielkości najliczniejszą grupę pacjentów (16%) wśród ogółu hospitalizowanych w psychiatrycznych oddziałach całodobowych, po pacjentach z zaburzeniami wynikającymi z używania alkoholu. Odnosząc się do hospitalizacji schizofrenii, należy wskazać, że leczono stacjonarnie 34 tys. osób (mężczyźni – 99/100 tys., kobiety – 77/100 tys., mieszkańcy miast – 92/100 tys., wsi – 77/100 tys.). W odniesieniu do leczenia schizofrenii w przypadku pacjentów hospitalizowanych po raz pierwszy (5,9 tys. osób) współczynniki wynosiły: mężczyźni – 17/100 tys., kobiety – 13/100 tys., mieszkańcy miast – 16/100 tys., wsi – 13/100 tys. W ostatnich trzech latach współczynnik tych hospitalizacji (zarówno osób leczonych ogółem, jak i hospitalizowanych po raz pierwszy) utrzymuje się na zbliżonym poziomie [4, 9].

Znaczącą pod względem wielkości grupę stanowią także pacjenci z organicznymi zaburzeniami psychicznymi (14%) (mężczyźni – 81/100 tys., kobiety – 72/100 tys., mieszkańcy miast – 81/100 tys., wsi – 67/100 tys.). W ostatnich trzech latach współczynnik hospitalizacji z powodu tej grupy chorób, podobnie jak w przypadku schizofrenii (zarówno osób leczonych ogółem, jak i hospitalizowanych po raz pierwszy) utrzymuje się na zbliżonym poziomie [4].

Warto wskazać także na zaburzenia nastroju i nerwicowe jako istotne w obszarze chorób psychicznych, które stanowiły podobnie jak wcześniejsze częstszą przyczynę hospitalizacji wśród mieszkańców miast niż wsi (jest to odpowiednio o 29% i 39%). Ponadto zauważono istotny wzrost liczby pacjentów leczonych z powodu używania substancji psychoaktywnych, przy czym w okresie 2011–2014 odnotowano wzrost o 29% liczby wszystkich leczonych z tego powodu. W 2014 roku leczono stacjonarnie 15 tys. osób (kobiety – 14/100 tys., mężczyźni – 66/100 tys., mieszkańcy miast – 48/100 tys., wsi – 21/100 tys.). W przypadku hospitalizowanych po raz pierwszy (7,4 tys. osób) współczynniki wynosiły: mężczyźni – 32/100 tys., kobiety – 7/100 tys., mieszkańcy miast – 23/100 tys., wsi – 11/100 tys. [4].

Warto podkreślić, że depresja wśród mieszkańców miast występuje o ponad jedną trzecią częściej (5,9% populacji) niż na wsiach (4,3% populacji). Interesujące są przy tym wyniki badania, które wskazują, że im wyższy stopień urbanizacji, tym częstsze występowanie depresji [4].

Przedstawione dane Ogólnopolskiego Badania Chorobowości Szpitalnej Psychiatrycznej wskazują na istotne różnice w częstości udzielania świadczeń z obszaru zdrowia psychicznego mieszkańcom wsi i miast. Należy jednak przy tym wskazać, że problemy nierówności w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej, które wynikają z miejsca zamieszkania (wieś lub miasto), zostały potwierdzone w innych badaniach (Bennet i in., 2012) [12]. Mieszkańcy wsi rzadziej niż mieszkańcy miast korzystają z regularnych wizyt u lekarza [13], jak również ze świadczeń profilaktycznych [14], ponadto mają gorszy dostęp do służb ratowniczych [15], ponieważ są one głównie zlokalizowane na obszarach miejskich [16]. Nierówna dostępność świadczeń może być także spowodowana mniejszą mobilnością ludności, wynikającą np. ze stanu zdrowia czy też z braku komunikacji publicznej, lub utrudnionym dotarciem do lekarza z powodu złego stanu technicznego sieci drogowej [15–18]. Na obszarach wiejskich zauważalna jest także mniejsza liczba świadczeniodawców w porównaniu z obszarami miejskimi [19], co wpływa na nierówności w zdrowiu potwierdzone w badaniach [20–22], a także nierówności w dostępie do świadczeń opieki

zdrowotnej [16, 23–25]. Warto jednak zauważyć, że zgodnie z badaniem EZOP – Polska dotyczącym rozpowszechnienia problemów psychicznych w populacji, przeprowadzonym w 2012 roku, większym ryzykiem obciążenia z powodu zaburzeń psychicznych objęci są mieszkańcy dużych miast. Dodatkowo stwierdzono różnice w poszczególnych województwach. I tak największe występowanie zaburzeń psychicznych wykazano w województwie świętokrzyskim, łódzkim, lubuskim, lubelskim i dolnośląskim, zaś najniższe w zachodnio-pomorskim, podkarpackim, wielkopolskim i mazowieckim. Różnice między województwami sięgają nawet 60%, jednak tylko województwo łódzkie różni się znacząco statystycznie od pozostałych województw o najniższym rozpowszechnieniu zaburzeń. Przyczyny różnic stanowią przedmiotem kolejnych analiz. Można jednak przyjąć, że różnice są w jakimś stopniu wynikiem zróżnicowanej dostępności do świadczeń, przy czym problemem może być organizacja świadczeń i przekonania tkwiące w świadomości społeczeństwa [26].

PROPOZYCJA ROZSZERZONEJ OPIEKI NAD PACJENTAMI DZIĘKI DODATKOWEMU WYKORZYSTANIU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Odnosząc się do powyższych danych, należy stwierdzić, że mieszkańcy miast zdecydowanie częściej niż mieszkańcy wsi są leczeni w obszarze zdrowia psychicznego. W ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w roku 2014 wzrost dochodził do 92%, jest to bardzo istotna różnica i wskazuje na niejednakowe zaopatrzenie populacji wiejskiej i miejskiej. Biorąc jednak pod uwagę dane Głównego Urzędu Statystycznego za 2016 rok, wskazujące na to, że struktura porad udzielanych na wsi w podstawowej opiece zdrowotnej niewiele różniła się od struktury porad udzielanych w miastach, nasuwa się wniosek, iż można wykorzystać potencjał i dostępność podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). POZ stanowi w większości systemów ochrony zdrowia jej trzon, gdzie zapewnia się opiekę największej liczbie chorych, przy jednoczesnym szybkim i łatwym dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej. Biorąc pod uwagę, że lekarz POZ-u nie jest w stanie zabezpieczyć wszystkich świadczeń, rozwiązaniem może być specjalista psychologii klinicznej, psycholog kliniczny, psycholog w trakcie specjalizacji lub psycholog z udokumentowanym doświadczeniem w pracy klinicznej, który wchodząc w skład zespołu POZ-u, zaopatrywałby pacjentów w świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej z obszaru zdrowia psychicznego. Pacjenci dodatkowo mogliby korzystać ze świadczeń specjalistycznych u lekarzy psychiatrów, psychoterapeutów itp. lub w ramach programu pilotażowego centrów zdrowia psychicznego. Pacjent POZ-u miałby możliwość otrzymania podstawowych świadczeń z obszaru zdrowia psychicznego i fizycznego bezpośrednio, bez skierowania. Takie rozwiązanie umożliwiłoby otoczenie profesjonalną opieką lekarską pacjentów we wczesnej fazie rozwoju choroby, a także sprawiłoby, iż potrzeba leczenia zdrowia psychicznego byłaby postrzegana jako oczywista i naturalna, podobnie jak w przypadku każdej innej choroby [4, 27, 28].

Warto również wskazać, że na podstawie art. 2 ust. 6 Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2016 r. poz. 546 z późn. zm.), zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017

roku w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 (Dz.U. z 2017 r. poz. 458), ustanowiono Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Celem programu jest m.in. zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi powszechnie dostępnej, kompleksowej, wielostronnej opieki zdrowotnej, innych form opieki i pomocy niezbędnych do funkcjonowania w środowisku rodzinnym i społecznym, jak również przeciwdziałanie ich dyskryminacji. Celem szczegółowym jest m.in. upowszechnianie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, ale także określenie zadań i roli podstawowej opieki zdrowotnej w całym procesie. Wykorzystanie zatem potencjału i możliwości POZ-u jako formy podstawowej opieki zdrowotnej z obszaru zdrowia psychicznego stanowi rozwiązanie kompatybilne z kierunkiem programu [29].

PODSUMOWANIE

Powinniśmy traktować zdrowie społeczeństwa jako stan, w którym potrzeby zdrowia fizycznego i psychicznego są tak samo ważne, konieczne jest zatem stworzenie równego dostępu do świadczeń z tych obszarów dla wszystkich mieszkańców kraju, niezależnie od miejsca ich zamieszkania – na wsi lub w mieście. Fakt mieszkania na terenach wiejskich nie powinien uniemożliwiać czy utrudniać korzystania ze świadczeń zdrowotnych [16]. W przedstawionych badaniach udowodniono istnienie różnic w liczbie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej wśród ludności wiejskiej i miejskiej. Stwierdzono, że w roku 2014 mieszkańcy miast zdecydowanie częściej niż mieszkańcy wsi korzystali z psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej. Różnica ta wynosiła aż 92% i wskazuje na niejednakowe zaopatrzenie w świadczenia opieki zdrowotnej mieszkańców wsi i miast. Rozwiązaniem może być POZ i dodatkowy personel zasilający zespół POZ-u, jak specjalista psychologii klinicznej, psycholog kliniczny, psycholog w trakcie specjalizacji lub psycholog z udokumentowanym doświadczeniem w pracy klinicznej, który świadczyłby usługi w ramach podstawowej opieki zdrowotnej psychicznej. Rozwiązanie powszechnej i bezpośredniej opieki umożliwiłoby identyfikację choroby na wczesnym etapie rozwoju, a także przyczyniłoby się do destygmatyzacji chorób psychicznych.

PIŚMIENNICTWO

- Jane-Llopis E, E & Anderson P. Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A Policy for Europe. Radboud University Nijmegen. Nijmegen, 2005.
- Gromulska L. Zdrowie Psychiczne w Świetle Dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia. *Przeegl Epidemiol.* 2010; 64: 127–132.
- WHO Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, World Health Organization. Geneva October, 2006. <http://apps.who.int/gb/bd/> (dostęp: 20.09.2018).
- Wojtyniak B, Goryński P. Sytuacja Zdrowotna Ludności Polski. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny. 2016.
- Priorytetowe działania w obszarze zdrowia psychicznego na lata 2016–2020. Ministerstwo Zdrowia. 2016. <https://www.katowice.eu/SiteAssets/urząd-miasta/rodzina-i-zdrowie/profilaktyka-i-promocja-zdrowia/zdrowie-psychiczne/Priorytetowe> (dostęp: 1.10.2018).
- Vos T, Allen C, Arora M, Barber RM, Bhutta ZA, Brown A et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016; 388: 1545–602.
- Moskalewicz J, Kiejna A, Wojtyniak B. Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej. EZOP Polska. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2012.
- Krajowe Ramy Strategiczne. Policy paper na rzecz ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Ministerstwo Zdrowia. 2014. <https://www.gov.pl/zdrowie/krajowe-ramy-strategiczne-policy-paper-dla-ochrony-zdrowia-na-lata-2014-2020> (dostęp: 10.01.2018).
- Ochrona Zdrowia Psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki Raport Rzecznika Praw Obywatelskich. Warszawa; 2014. https://www.rpo.gov.pl/Ochrona_zdrowia_psychicznego (dostęp: 20.09.2018).
- European Health for All Database. <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database> (dostęp: 27.09.2018).
- Zamachy samobójcze w 2016 r. GUS. Warszawa; 2017. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/statystyka-przyczyn-zgonow> (dostęp: 4.10.2018).
- Bennett KJ, Probst JC, Vyavaharkar M, Glover SH. Lower Rehospitalization Rates Among Rural Medicare Beneficiaries With Diabetes. *The Journal of Rural Health.* 2012; 3: 227–234.
- Arcury TA, Gesler WM, Preisser JS, Sherman J, Spencer J, Perin J. The Effects of Geography and Spatial Behaviour on Health care Utilization among the Residents of a Rural Region. *Health Services Research.* 2005: 135–155.
- Valet RS, Perry TT, Hartert TV. Rural health disparities in asthma care and outcomes. *American Academy of Allergy. Asthma & Immunology.* 2009; 6: 1220–1225.
- Fan L, Shah M, Veazie PF, Factors Associated With Emergency Department Use Among the Rural Elderly. *Journal of Rural Health.* 2011; 27: 39–49.
- Ucieklak-Jeż P, Bem A. Dostępność opieki zdrowotnej na obszarach wiejskich w Polsce [Availability of health care in rural areas in Poland]. *Problemy Drobnych Gospodarstw Rolnych – Problems of Small Agricultural Holdings.* 2017; 4: 117–131. doi: <http://dx.doi.org/10.15576/PDGR/2017.4.117> (dostęp: 2.10.2018).
- Berkowska E, Rasz H, Stankiewicz D. Infrastruktura techniczna wsi. W: C. Kłos, D. Stankiewicz. *Rozwój obszarów wiejskich w Polsce.* Studia BAS. Warszawa. 2010; 24 (4): 184–224.
- Jarczewska D, Jarczewski W. Dostępność geograficzna ośrodków podstawowej opieki zdrowotnej w Krakowskim Obszarze Metropolitalnym. *Problemy Rozwoju Miast.* Kraków. 2015; 1: 7–13.
- Wrzochalska A. Wybrane cechy społeczno-ekonomiczne ludności wiejskiej a rozwój wsi i rolnictwa. Instytut Ekonomiki Rolnictwa i Gospodarki Żywnościowej. Warszawa: Państwowy Instytut Badawczy; 2005.
- Bem A, Ucieklak-Jeż P, Prędkiewicz P. Effects of inequalities in access to health services in rural areas in Poland. *Management Theory and Studies for Rural Business and Infrastructure Development.* Aleksandras Stulginskis University. 2013; 35(4): 491–497.
- Bem A, Ucieklak-Jeż P. Health status of the rural population in Poland. *Management Theory and Studies for Rural Business and Infrastructure Development.* Aleksandras Stulginskis University. 2014; 36(2): 235–243.
- Bem A, Ucieklak-Jeż P. Nierówności w zdrowiu na terenach wiejskich. W: R. Andrzejak (red.), *Zdrowie dla regionu.* Wałbrzych: Wydawnictwo Uczelniane Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Angelusa Silesiusa; 2015: 59–66.
- Ucieklak-Jeż P, Bem A, Prędkiewicz P. Effectiveness of allocation of health system non-financial resources. STRATEGICA International Academic Conference – Third Edition – Local versus Global, SNSPA, Faculty of Management, Bucharest, Romania 2015: 647–656.
- Krawczyk-Soltys A. Dostępność do ambulatoryjnej opieki zdrowotnej na wsi w Polsce. Ujęcie przestrzenno-czasowe. *Journal of Agribusiness and Rural Development.* 2014; 2: 79–86.
- Ucieklak-Jeż P, Bem A. Wpływ niefinansowych zasobów systemu ochrony zdrowia na stan zdrowia kobiet i mężczyzn w Polsce. W: P. Ucieklak-Jeż (red.). *Prace naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie.* Pragmatas Oikonomias. Częstochowa: Wydawnictwo im. Stanisława Podobińskiego Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie; 2015; 9: 8–20.
- Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP – Polska. <http://www.ezop.edu.pl/index.html> (dostęp: 10.11.2018).
- Teleon A, Tyszko PZ. Psycholog kliniczny w podstawowej opiece zdrowotnej w roli zaopatrującego pacjentów w podstawowe świadczenia gwarantowane z obszaru zdrowia psychicznego. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu.* 2018; 24(2): 77–81.
- Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2016 r. Główny Urząd Statystyczny. Warszawa; 2017, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2016-r-1,7.html> (dostęp: 4.10.2018).
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 (Dz.U. z 2017 r. poz. 458).

Public health services in the area of mental health on behalf of rural and urban Polish inhabitants

■ Abstract

Introduction and Objective. In Poland, similar to Europe, a constant increase has been observed in the number of patients suffering from mental problems. The objective of the study was to indicate the domain of mental health as a key element of public health, and analysis of the state of care in the area of mental health among Polish rural and urban population.

State of knowledge. Based on the results of all-Polish study of Hospital Psychiatric Morbidity, it was found that urban inhabitants considerably more often than rural inhabitants received treatment in outpatient departments for mental health. The difference was as high as 91%. A similar difference – 92% was observed in the case of urban and rural population using psychiatric ambulatory care. Such high differences between urban and rural inhabitants may indicate considerable shortcomings in the satisfaction of needs in the domain of mental health among rural population. Therefore, the solution seems to be primary health care additionally offering services in the area of mental health. A specialist in clinical psychology, clinical psychologist, psychologist in the course of specialization, or a psychologist with documented experience in clinical work, would become a part of the PHC team, and support patients within primary health care. Summary An equal access to health services should be provided irrespective of the place of residence (rural or urban). The study confirmed the presence of differences in the number of health care services provided for rural and urban inhabitants. The solution may be PHC with additional staff.

■ Key words

mental health, primary health care, rural inhabitants, urban inhabitants