

Psycholog kliniczny w podstawowej opiece zdrowotnej w roli zaopatrującego pacjentów w podstawowe świadczenia gwarantowane z obszaru zdrowia psychicznego

Adela Teleon¹, Piotr Zbigniew Tyszko¹

¹ Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie

Teleon A, Tyszko P. Z. Psycholog kliniczny w podstawowej opiece zdrowotnej w roli zaopatrującego pacjentów w podstawowe świadczenia gwarantowane z obszaru zdrowia psychicznego. Med. Og Nauk Zdr. 2018; 24(2): 77–81. doi: 10.26444/monz/92144

Streszczenie

Wprowadzenie i cel pracy. W Polsce, podobnie jak w Europie, zauważalny jest stały wzrost liczby osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych. Celem pracy jest zwrócenie uwagi na problematykę narastających niezaspokojonych potrzeb w obszarze zdrowia psychicznego, omówienie świadczeń gwarantowanych z zakresu zdrowia psychicznego w Polsce, a także wskazanie propozycji rozwiązań możliwych do realizacji w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) przez psychologa klinicznego wchodzącego w skład zespołu POZ-u.

Opis stanu wiedzy. W badaniach EZOP Polska (EZOP – Epidemiologia Zaburzeń Psychiatrycznych i Dostępność Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej) stwierdzono u 23,4% osób przynajmniej jedno zaburzenie psychiczne w ciągu życia, a u co czwartej z nich już więcej niż jedno zaburzenie, przy czym coraz bardziej powszechnym zaburzeniem staje się depresja. Choroby psychiczne są na trzecim miejscu w grupie chorób stanowiących dla państwa koszty utraconej produktywności generowane przez osoby chore. Przy tym „koszyk” świadczeń gwarantowanych i proponowane centra zdrowia psychicznego nie są w stanie zaspokoić potrzeb pacjentów. Rozwiązaniem wydaje się być podstawowa opieka zdrowotna realizująca świadczenia z obszarów zdrowia fizycznego i psychicznego. Obecnie lekarz POZ-u nie jest w stanie udzielić świadczeń pacjentom z tych dwóch obszarów, dlatego zatrudniony w zespole POZ-u psycholog kliniczny zaopatrywałby pacjentów w świadczenia z zakresu podstawowej psychicznej opieki zdrowotnej.

Podsumowanie. Sprawne funkcjonowanie i rozwiązywanie problemów zdrowotnych w POZ-ie spowodowałoby odciążenie systemu, gdyż pozwoliłoby to uniknąć angażowania specjalistów i szpitala w proces chorobowy pacjenta. Powszechność i dostępność realizowania świadczeń z obszaru zdrowia psychicznego w POZ-ie wpłynęłaby także na zmianę w postrzeganiu zdrowia psychicznego, zaś dbanie o nie uznano by za oczywistą i naturalną potrzebę.

Słowa kluczowe

psycholog kliniczny, podstawowa opieka zdrowotna (POZ), zdrowie psychiczne

WPROWADZENIE

Zdrowie zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) traktuje się jako „stan kompletnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, rozumianego nie tylko jako brak choroby czy niepełnosprawności”, zatem o zdrowiu możemy mówić, jeżeli bierzemy pod uwagę czynniki zdrowotne z wymienionych trzech obszarów i każdy jest tak samo ważny [1, 2]. Zdrowie fizyczne i zdrowie psychiczne powinny być zatem traktowane na równi, w przypadku zaś potrzeby leczenia, powinny zostać stworzone możliwości leczenia o podobnym bezpośrednim dostępie do opieki zdrowotnej.

Należy także zauważyć, że już w 2005 roku w Helsinkach przedstawiciele 53 krajów europejskich regionu WHO wraz z przedstawicielami Komisji Europejskiej, a także Rady Europy podczas Europejskiej Konferencji Ochrony Zdrowia Psychicznego przyjęły deklarację helsińską, która wskazuje, że poprawa zdrowia psychicznego powinna stanowić priorytet polityki i ustawodawstwa krajów europejskich. Ponadto Komisja Europejska ogłosiła w 2005 roku zieloną księgę wskazującą strategię w obszarze poprawy zdrowia

psychicznego, zapobiegania chorobom i ich profilaktyki [3]. Zdrowie psychiczne stanowiło zatem od dawna priorytet zdrowia publicznego, niemniej z uwagi na fakt, że liczba osób z zaburzeniami psychicznymi nieustannie wzrasta, należy skłaniać się do podejmowania nowych rozwiązań i stwarzania możliwości zaopatrywania pacjentów w świadczenia, które byłyby coraz bardziej dostępne.

Celem pracy jest zwrócenie uwagi na problematykę narastających niezaspokojonych potrzeb dotyczących zdrowia psychicznego pacjentów, omówienie świadczeń gwarantowanych z zakresu zdrowia psychicznego w Polsce, a także wskazanie propozycji rozwiązań możliwych do realizacji w podstawowej opiece zdrowotnej przez psychologa klinicznego wchodzącego w skład zespołu POZ-u.

STAN ZDROWIA PSYCHICZNEGO LUDNOŚCI

Wyniki badań prowadzonych w Europie (UE27, Szwajcaria, Islandia i Norwegia) dowodzą, że każdego roku 164,8 mln ludności zamieszkującej Unię Europejską, to jest 38,2%, cierpi z powodu zaburzeń zdrowia psychicznego [4, 5]. Warto zauważyć, iż z raportu przedstawiającego wyniki badań dotyczących wielkości i ciężaru zaburzeń psychicznych i innych zaburzeń mózgu w Europie wynika, że do najczęstszych

Adres do korespondencji: Piotr Zbigniew Tyszko, Instytut Medycyny Wsi w Lublinie, ul. Jaczewskiego 2, 20-090 Lublin
E-mail: ptyszko@wum.edu.pl

Nadesłano: 30 kwietnia 2018; zaakceptowano do druku: 30 maja 2018

zaburzeń zdrowia psychicznego należą: zaburzenia lękowe (14%), bezsenność (7%), depresja (6,9%), zaburzenia somatyczne (6,3%), zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu oraz substancji psychoaktywnych (powyżej 4%), ale także ADHD (5%) u dzieci i młodzieży, czy też demencja (1–30% w zależności od grupy wiekowej) [4].

W Polsce natomiast zgodnie z danymi przedstawionymi w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 sytuacja prezentuje się podobnie jak w Europie i zauważalny jest stały wzrost liczby osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych. Zgodnie z wynikami trzy-letniego badania EZOP Polska pn. „Epidemiologia zaburzeń psychicznych i dostępu do psychiatrycznej opieki zdrowotnej”, przeprowadzonego przez pracowników Instytutu Psychiatrii i Neurologii należy wskazać, że w badanej próbie losowej, liczącej 10 tys. respondentów w wieku 18–64 lata, stwierdzono u 23,4% osób w ciągu życia przynajmniej jedno zaburzenie psychiczne z grupy 18 zaburzeń zdefiniowanych wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 i Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV [6]. Wśród wskazanej grupy 23,4% osób co czwarta przebadana osoba doświadczała więcej niż jednego zaburzenia, a co dwudziesta piąta – trzech i więcej. Grupę tych ostatnich pacjentów, mających doświadczenia z kilkoma zaburzeniami, można szacować na blisko ćwierć miliona osób. Warto zauważyć, że u ok. 10% badanej populacji stwierdzono zaburzenia nerwicowe, wśród których do najczęstszych należały fobie specyficzne (4,3%), a także fobie społeczne (1,8%). Zaburzenia nastroju wśród zgłaszanych dolegliwości stanowią łącznie 3,5%, w tym aż 3% stanowi depresja, która coraz bardziej się rozpowszechnia i staje się z tego powodu bardzo istotnym problemem zdrowotnym oraz społecznym [6].

Warto także zwrócić uwagę na fakt, że zdrowe społeczeństwo to integralna część szeroko rozumianego kapitału społecznego. Zły stan zdrowia ludności przekłada się na wiele aspektów gospodarczych i powoduje poważne obciążenie gospodarki. Z jednej strony generuje ogromne nakłady środków publicznych związanych z leczeniem, a także wypłacaniem świadczeń socjalnych, zaś z drugiej – zmniejszenie przychodów i zubożenie społeczeństwa. Warto zauważyć także, że – zgodnie z danymi pochodzącego z dokumentu Krajowe Ramy Strategiczne (Policy Paper) dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020 [7, 8] – największe koszty dla państwa wynikające z utraconej produktywności generowane są przez osoby chore na chorobę z następujących grup chorób: choroby dotyczące układu krążenia (17,5% ogółu kosztów), choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej (9,6%), zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (9,5%), urazy, zatrucia, a także inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (9,4%), nowotwory (8,8%), a także choroby układu oddechowego (7,4%). Także wg raportu EZOP doświadczenia krajów pokazują, że – zarówno te zgłaszane, jak i niezgłaszane – niezaspokojone potrzeby z obszaru zdrowia psychicznego prowadzą do licznych konsekwencji kosztownych i obciążających społecznie. Badania wskazują, że zaburzenia zdrowia psychicznego bezpośrednio implikują trudności w funkcjonowaniu poznawczym, interpersonalnym, rodzinnym, społecznym i osobistym, a także często przekładają się na znaczne ograniczenia aktywności zawodowej, codziennej oraz fizycznej [6].

ORGANIZACJA ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH Z ZAKRESU PSYCHIATRII W POLSCE

Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. z 2013 roku poz. 1386 z późn. zm.). Warto przy tym wskazać, co to jest świadczenie gwarantowane. Zgodnie z art. 5 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2004 Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), świadczeniem gwarantowanym jest świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie. Uprawnienia do korzystania ze świadczeń gwarantowanych szczegółowo reguluje ustawa.

Rozporządzenie określa w jaki sposób realizowana jest opieka przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, a mianowicie: stacjonarnie (leczenie: psychiatryczne, uzależnień, w izbie przyjęć), dziennie (leczenie: psychiatryczne, uzależnień) i ambulatoryjnie (leczenie psychiatryczne i środowiskowe [domowe], a także leczenie uzależnień). Świadczenia gwarantowane realizowane są przez podmioty wpisane do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą zgodnie z Ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 roku poz. 160) i posiadające zawartą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień z Narodowym Funduszem Zdrowia. Świadczenia stacjonarne realizowane są w szpitalach psychiatrycznych, w szpitalach ogólnych z oddziałami psychiatrycznymi i leczeniem uzależnień, w zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, w ośrodkach leczenia uzależnień i ośrodkach (oddziałach) rehabilitacyjnych dla uzależnionych. Świadczenia dzienne natomiast realizowane są w oddziałach dziennych i przeznaczone są dla pacjentów niewymagających całonocnej opieki szpitalnej, potrzebujących jednak opieki wykraczającej poza możliwości oferowane przez opiekę w poradni. Świadczenia ambulatoryjne realizowane są w poradniach: zdrowia psychicznego, zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, odwykowych dla uzależnionych od alkoholu, odwykowych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz psychologicznych [7].

Jak zatem można uzyskać poradę z obszaru zdrowia psychicznego najprościej i najszybciej? Należy udać się do psychiatry – bez skierowania, natomiast porada psychologiczna już wymaga skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Należy zauważyć, że zgodnie z Ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lekarz ubezpieczenia zdrowotnego to „lekarz, lekarz dentysta będący świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo lekarz, lekarz dentysta, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej” [9].

Dla przykładu w 2010 roku funkcjonowało 1135 poradni zdrowia psychicznego [7], natomiast w 2018 roku – zgodnie z danymi NFZ [10] – 1213, mimo zatem rosnących potrzeb w zakresie opieki nad pacjentami z zaburzeniami psychicznymi liczba placówek jest na podobnym poziomie. Trudno

się temu dziwić, biorąc pod uwagę fakt, że nie przybywa zgodnie z zapotrzebowaniem lekarzy psychiatrów – zgodnie z zestawieniem liczbowym lekarzy i lekarzy dentyków w dziedzinie i stopnia specjalizacji Naczelnej Izby Lekarskiej na dzień 30 września 2017 roku wykonujących zawód było 4143, zaś na dzień 31 grudnia 2017 roku – 4155. Należy jednak pamiętać, że lekarze psychiatry realizują świadczenia nie tylko w poradniach zdrowia psychicznego, ale także na oddziałach dziennych, stacjonarnych psychiatrycznych i leczenia uzależnień. Ponadto istotne jest, że niektórzy psychiatry udzielają świadczeń zdrowotnych wyłącznie komercyjnie i wówczas nie stanowią zasobu personelu niezbędnego do realizacji świadczeń gwarantowanych.

Oprócz przedstawionego powyżej wachlarza świadczeń gwarantowanych dostępnych dla pacjentów z „koszyka” świadczeń, należy zauważyć, że 13 marca 2018 roku zakończyły się konsultacje publiczne projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego. Projekt zakłada, że świadczeniodawca prowadzący centrum udzielać będzie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych, w izbie przyjęć, na oddziałach dziennych psychiatrycznych, ambulatoryjnych psychiatrycznych i w ramach leczenia środowiskowego (domowego). Będzie zatem realizował kompleksowo świadczenia zawarte w „koszyku” – bez opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, a także bez leczenia uzależnień – jednak tylko dla określonej populacji – od 50 tys. do 200 tys. mieszkańców. Pilotaż realizowany będzie przez 43 podmioty przez okres 36 miesięcy, począwszy od dnia 1 lipca 2018 roku. Liczebność populacji objętej pilotażem przez wszystkie podmioty to – 4,534 mln osób (jest to liczba osób powyżej 18. r.ż. objętej pilotażem przez 43 podmioty), przy czym każdy podmiot ma ustalony obszar i liczbę osób, którą ma zaopatrywać w świadczenia. Liczba ludności objęta pilotażem przez poszczególnych realizatorów jest różna, uwzględnia ich możliwości i mieści się w przedziale od 46 tys. do 210 tys.

Populacja, która będzie objęta pilotażem przez centra, korzysta obecnie ze świadczeń z „koszyka”, z chwilą wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego realizacja świadczeń w centrach i wynikających z „koszyka” nie powinny się dublować w odniesieniu do poszczególnego pacjenta. Pacjenci będą przypisani do centrów na podstawie numeru PESEL. Przedmiotowe centra są realizacją zapisów ujętych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022. Celem ich jest stopniowe przechodzenie od modelu „azyłowego”, który polega na izolowaniu osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego w szpitalach, do modelu opieki środowiskowej, zgodnie z rekomendacją krajów UE czy WHO. Umożliwienie korzystania pacjentom z opieki poza szpitalem przyczynia się także do zmniejszenia stigmatyzacji chorych z zaburzeniami psychicznymi.

PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA Z ZESPOŁEM REALIZUJĄCYM ŚWIADCZENIA ROZSZERZONYM O PSYCHOLOGA KLINICZNEGO

Czy zatem przedstawione powyżej propozycje opieki zdrowotnej umożliwią zaopatrzenie pacjentów w świadczenia gwarantowane z obszaru zdrowia psychicznego w takim samym stopniu, w jakim zaopatrywani są pacjenci

z pozostałymi chorobami? Niestety tak się najprawdopodobniej nie stanie, i zważywszy przy tym na fakt ciągłego wzrostu liczby osób z zaburzeniami psychicznymi, rozwiązaniem wydaje się być podstawowa opieka zdrowotna. Podstawowa opieka zdrowotna stanowi w większości systemów ochrony zdrowia ich trzon, zaś właściwe alokowanie środków w jej obrębie przyczynia się do racjonalizacji kosztów systemu [12]. Opieka psychiatryczna w POZ-ie była przedmiotem rozważań światowych, o czym świadczy np. „Raport Zdrowie Psychiczne: Nowe Zrozumienie, Nowa Nadzieja” z 2001 roku. Jest to siódmy z kolei raport WHO, zgodnie z podjętą w 1995 roku decyzją o publikowaniu raportów o stanie zdrowia na świecie, przy uwzględnieniu najważniejszych problemów zdrowia publicznego. Jako główne rekomendacje wskazano w nim zapewnienie leczenia psychicznego w ramach POZ-u, gdzie zapewnia się opiekę największej liczbie chorych, ale także z uwagi na szybki i łatwy dostęp do świadczeń. Wskazano także, iż opieka środowiskowa jest bardziej efektywna niż opieka instytucjonalna [13].

Zgodnie z Ustawą o podstawowej opiece zdrowotnej z dnia 27 października 2017 roku (poz. 2217) POZ jest miejscem pierwszego kontaktu świadczeniobiorcy z systemem ochrony zdrowia i ma na celu m.in. zapewnianie opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy i jego rodzinie, ale także rozpoznawanie, eliminowanie lub ograniczanie zagrożeń i problemów zdrowia fizycznego i psychicznego. POZ jest częścią systemu zapewniającą świadczenia bezpośrednio w miejscu zamieszkania. W skład zespołu POZ-u wchodzi zgodnie z ustawą: lekarz POZ-u, pielęgniarka i położna POZ-u. Trudno zatem oczekiwać, że lekarz POZ-u zaopatrzy pacjentów w świadczenia z obszaru zdrowia fizycznego i psychicznego, tym bardziej, że z uwagi na dużą liczbę pacjentów i mnogość różnych okoliczności zwykle nie ma czasu na adekwatną ocenę problemów psychicznych pacjenta, skupiając się przede wszystkim na fizycznych aspektach jego choroby, bez rozważania kontekstu psychosocjalnego.

Rozwiązaniem może być zatrudnienie psychologa klinicznego lub specjalisty z zakresu psychologii klinicznej, który wchodząc w skład zespołu POZ-u, zaopatrywałby pacjentów w świadczenia z zakresu podstawowej zdrowotnej opieki psychicznej, po czym pacjenci w razie konieczności mogliby uzyskiwać świadczenia specjalistyczne u lekarzy psychiatrów, psychoterapeutów itp. zgodnie z możliwościami z „koszyka” świadczeń lub w programie pilotażowym centrów zdrowia psychicznego. Pacjent w POZ-ie miałby możliwość otrzymania podstawowych świadczeń z obszaru zdrowia psychicznego i fizycznego bezpośrednio, bez skierowania. Powszechność takiego rozwiązania sprawiłaby, iż potrzeby w zakresie zdrowia psychicznego postrzegane byłyby jako oczywiste i naturalne, podobnie jak potrzeba opieki w przypadku każdej innej choroby.

Pozostaje pytanie: Dlaczego psycholog kliniczny lub specjalista z zakresu psychologii klinicznej? Ponieważ jest to grupa specjalistów, która z powodzeniem może zaopatrywać pacjentów i zapewniać osobom chorym wielostronną, powszechną i bezpośrednio dostępną opiekę. Zgodnie z definicją w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (poz. 1372) „psycholog kliniczny – psycholog, który przed wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 roku w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach

mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz.U. poz. 1419 oraz z 2008 roku poz. 1312) ukończył specjalizację I stopnia w dziedzinie psychologii klinicznej”. Natomiast termin „specjalista psychologii klinicznej” oznacza „psychologa, który uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej w sposób określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 roku w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia albo zgodnie z § 35 tego rozporządzenia zachował tytuł specjalisty II stopnia z psychologii klinicznej” [11]. Psycholog kliniczny stanowiłby znaczące wsparcie w procesie zaopatrzenia w usługi pacjentów z chorobami czy zaburzeniami z obszaru zdrowia psychicznego. Jest to istotne w kontekście starzejącego się społeczeństwa i związanych z tym zaburzeń depresyjnych wieku podeszłego, ale także depresji w pozostałych grupach wiekowych, profilaktyki wykluczenia społecznego i pomocy osobom wykluczonym społecznie, wsparcia w przypadku zaburzeń lękowych czy w problemach typu: myśli samobójcze, niska samoocena czy nawet brak konkretnego celu w życiu.

PSYCHOLOG W PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ W KRAJACH EUROPEJSKICH – PRZYKŁADY

Leczenie osób z chorobami psychicznymi w Szwecji spada na barki samorządów województw. Dominuje tam model budżetowy i finansowanie z podatków, zaś ubezpieczenia odgrywają rolę marginalną [14]. W ramach opieki podstawowej świadczenia udzielane są przez lekarzy, pielęgniarkę, położną, fizjoterapeutów, ginekologów, ale także przez psychologów. Przychodnia rejonowa jest zawsze pierwszym punktem kontaktu pacjenta i ten otrzymuje w niej opiekę w przypadku łagodniejszych problemów z obszaru zdrowia psychicznego, zaś w przypadkach wymagających leczenia psychiatrycznego korzysta z opieki specjalistycznych przychodni. Opieka nad osobami chorymi psychicznie czy uzależnionymi opiera się na modelu środowiskowym, co obliuguje każdą gminę do zorganizowania na swoim terenie opieki psychiatrycznej. Warto wspomnieć, że pacjent z chorobami psychicznymi może otrzymać od gminy tzw. asystenta w celu wsparcia w życiu codziennym, ale także oferowane są inne formy wsparcia [12]. Przykładem kraju z dodatkowym personelem w POZ-ie jest także Finlandia, gdzie opiekę zdrowotną można określić jako narodową służbę zdrowia i gdzie dominującą rolę odgrywają samorządy. Opieka finansowana jest częściowo z budżetu, a częściowo z obowiązkowych składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne. Podstawowym podmiotem świadczącym usługi jest miejski ośrodek zdrowia. W ramach ośrodka zatrudniony jest zróżnicowany personel: lekarz, pielęgniarka, pielęgniarka zdrowia publicznego, położna, pracownicy socjalni, dentyści, fizjoterapeuci i psycholodzy. Ośrodki zdrowia zapewniają również ambulatoryjne świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego [15]. Warto zauważyć, że pozytywnym zjawiskiem jest zaangażowanie w POZ-ie dodatkowych specjalistów oprócz lekarza i pielęgniarki, co ma istotne znaczenie w obliczu problemów starzejących się społeczeństw europejskich. Sprawne funkcjonowanie POZ-u i rozwiązywanie problemów zdrowotnych na tym poziomie powoduje odciążenie systemu, gdyż nie ma konieczności angażowania specjalistów i szpitala w proces chorobowy pacjenta.

PODSUMOWANIE

Z uwagi na traktowanie zdrowia jako stanu, w przypadku którego potrzeby fizyczne, psychiczne i społeczne są tak samo ważne, zadaniem w realizacji opieki zdrowotnej nad pacjentem powinno być stworzenie możliwości i dostępności leczenia w tych obszarach w takim samym stopniu. Należy przy tym zauważyć, że przyjęte kierunki polityki państw UE wskazują leczenie w zakresie zdrowia psychicznego jako priorytet. W Polsce podobnie jak w krajach europejskich widoczny jest zauważalny stały wzrost liczby osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych. W badaniach EZOP obejmujących próbę 10 tys. osób stwierdzono u 23,4% z nich w ciągu życia przynajmniej jedno zaburzenie, ale u co czwartej z nich już więcej niż jedno zaburzenie, przy tym istotną i niepokojącą, zgłaszaną chorobą jest depresja. Należy także zauważyć, że brak właściwego zaopatrzenia pacjentów w świadczenia generuje docelowo zwiększone nakłady związane z leczeniem, ale także koszty w postaci utraconej produktywności powodowanej przez osoby chore. Choroby psychiczne są na trzecim miejscu wśród grup chorób generujących dla państwa takie koszty. Przy tym organizacja świadczeń gwarantowanych z zakresu psychiatrii w Polsce niestety nie zapewnia zaopatrzenia pacjentów w stopniu adekwatnym do potrzeb. Rozwiązaniem wydaje się być podstawowa opieka zdrowotna realizująca świadczenia dla pacjentów w podstawowym zakresie z dwóch obszarów zdrowia: fizycznego i psychicznego. Ponieważ lekarz POZ-u nie jest w stanie udzielać pacjentom świadczeń z obszaru potrzeb fizycznych i psychicznych, zatrudniony w zespole POZ-u psycholog kliniczny zaopatrywałby pacjentów w świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej psychicznej, stanowiąc wsparcie personelu POZ-u. Podobne rozwiązania przyjęły kraje europejskie, jak Szwecja czy Finlandia. Powszechność i dostępność świadczenia z obszaru zdrowia psychicznego w POZ-ie mogłaby także wpłynąć na zmianę postrzegania potrzeb dotyczących zdrowia psychicznego – uznawane byłyby za oczywiste i naturalne, podobnie jak postrzegana jest opieka zdrowotna w przypadku każdej innej choroby.

PIŚMIENNICTWO

- Gromulska L. Zdrowie psychiczne w świetle dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia. *Przegl Epidemiol.* 2010; 64: 127–132.
- WHO Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, World Health Organization. Geneva, October 2006.
- Green Paper. Improving Mental Health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union. European Commission, Health & Consumer Protection Directorate-General. Brussels, 14.10.2005. COM (2005) 484.
- Wojtyński B, Goryński P. Sytuacja Zdrowotna Ludności Polski. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu Higieny, 2016.
- Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, Olesen J, Allgulander C, Alonso J, Faravelli C, Fratiglioni L, Jennum P, Lieb R, Maercker A, van Os J, Preisig M, Salvador-Carulla L, Simon R, Steinhausen H-C. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology* 2011; 21: 655–679.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 roku w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 (poz. 458).
- Krajowe Ramy Strategiczne. Policy paper na rzecz ochrony zdrowia na lata 2014–2010. Ministerstwo Zdrowia, 2014.
- Leśniowska J. Koszty utraconej produktywności z powodu chorób w Polsce z uwzględnieniem wpływu na rynek pracy i na gospodarkę, Ekspertyza, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2013, s. 42.

9. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2004 roku Nr 210, poz. 2135).
10. <http://www.nfz.gov.pl/> (dostęp: 24.03.2018).
11. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (poz. 1372).
12. Kwiatkowska K M, Fal. A. Podstawowa Opieka Zdrowotna w Krajach Unii Europejskiej, Cz III. Public Health Forum 2016; 2(1): 9–19.
13. Ochrona Zdrowia Psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki, Raport Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2014.
14. Domagała M. Szwecja – wszystkim według potrzeb. Gaz. Lek. 2013; 03: 44–45.
15. Vuorenkoski L, Mladovsky P, Mossialos E. Finland: Health system review. Health Systems in Transition. 2008; 10(4): 1–168.
16. Markowska-Morzycka M, Drozdowicz E, Nasierowski T. Deinstytucjonalizacja psychiatrii włoskiej – przebieg i skutki. Część II. Skutki deinstytucjonalizacji. Psychiatr. Pol. 2015; 49(2): 403–412.

The clinical psychologist in primary health care in the role of guaranteeing the basic mental health services to patients

Abstract

Introduction and Objective. In Poland, as in Europe, there is a noticeable and constant increase in the number of people treated for mental disorders. The purpose of this study is to draw attention to the problem of increasing, unmet needs on the mental health basis, discuss the guaranteed mental health services in Poland, as well as suggest solutions possible to implement in primary health care by a clinical psychologist as a member of the PHC team.

Description of the situation. The study 'Epidemiology of Psychiatric Disorders and Availability of Psychiatric Health Care' conducted in Poland showed that 23.4% of people have had at least one disorder during their lifetime, and one in four of them have suffered from more than one disorder, with depression becoming more and more common. Mental illnesses are in the third place of disease groups constituting costs in lost productivity for the State, generated by people suffering from illness or disability. At the same time, the "basket" of guaranteed services and the existing mental health centres are not adapted to meet the needs of patients. The solution seems to be primary health care that provides services in the areas of physical and mental health. The PHC doctor is not able to provide the proper treatment for patients within two areas, which is why the clinical psychologist employed in the PHC team would provide patients with basic mental health care.

Conclusions. Proper organizational structure of the health care and solving health issues relieves the system without involving either specialists or the hospital in the patient's disease process. The prevalence and accessibility of mental health services in primary care will also change the perception of mental health needs as a basic and natural need.

Key words

mental health, clinical psychologist, basic health care