



OBRÓŃCY MOICH I TWOICH PRAW

NASZ RZECZNIK



MANIFEST ZDROWIA PSYCHICZNEGO INICJATYWY „NASZ RZECZNIK”



Ogólnopolska
Federacja
Organizacji
Pozarządowych



Central Europe
Civic Engagement
Project



DemNet



INSTITUTE OF
PUBLIC AFFAIRS



NDI



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

Manifest Zdrowia Psychicznego Inicjatywy „Nasz Rzecznik” został wydany drukiem dzięki wsparciu, jakie Inicjatywa „Nasz Rzecznik”, działająca w ramach Ogólnopolskiej Federacji Organizacji Pozarządowych, otrzymała z Programu CECEP (Zaangażowania Obywatelskiego w Europie Środkowej), wspieranego przez Amerykańską Agencję ds. Rozwoju Międzynarodowego USAID.

Treść dokumentu wyraża opinie jego autorów, które nie muszą odzwierciedlać poglądów OFOP, agencji USAID ani ich przedstawicieli.



WWW.NASZRZECZNIK.PL

WWW.OFOP.EU


SPIS TREŚCI, CZYLI NASZE POSTULATY:

1. POSTULATY DOTYCZĄCE SZPITALI ORAZ INNYCH
PLACÓWEK LECZĄCYCH I WSPIERAJĄCYCH OSOBY
W KRYZYSIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO _____ 4

2. POSTULATY DOTYCZĄCE ZMIANY PRZEPISÓW
PRAWNYCH _____ 14

3. POSTULATY DOTYCZĄCE EDUKACJI I ZMIANY
POSTAW _____ 22

4. POSTULATY DOTYCZĄCE WSPARCIA W SPOŁECZNOŚCI
LOKALNEJ I AKTYWIZACJI OSÓB Z DOŚWIADCZENIEM
KRYZYSU PSYCHICZNEGO _____ 28



My, osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego i osoby je wspierające, pracujące wspólnie w ramach obywatelskiej Inicjatywy „Nasz Rzecznik” nad zidentyfikowaniem najpilniejszych potrzeb i sformułowaniem propozycji oczekiwanych przez nas zmian w obszarze ochrony zdrowia psychicznego, zwracamy się do Rzecznika Praw Obywatelskich, Rzecznika Praw Pacjenta, innych instytucji państwowych, a także do mediów, organizacji pozarządowych, kościołów i związków wyznaniowych, o dostrzeżenie problemów, z którymi się borykamy i wsparcie naszych postulatów.

Osoby doświadczające kryzysu zdrowia psychicznego są w Polsce szczególnie narażone na wykluczenie społeczne, stygmatyzację, dyskryminację i ubóstwo. Pozbawione właściwej opieki zdrowotnej, z utrudnionym dostępem do świadczeń i finansowania na miarę ich potrzeb, a także możliwości wsparcia w lokalnym środowisku, żyją zwykle 15-20 lat krócej niż osoby w dobrej kondycji psychicznej.

Dla wielu osób kryzys psychiczny jest wielkim cierpieniem. Bolesnie odczuwają społeczne napiętnowanie, ostracyzm, niezrozumienie. Wstydzą się swojej choroby.

Prawa osób w kryzysie zdrowia psychicznego są nagminnie łamane przez przemoc, nadużycia i zaniedbania w szpitalach psy-

chiatrycznych, instytucjach, placówkach wsparcia. Osoby te i ich bliscy częściej niż inni narażeni są na poniżające i protekcyjne traktowanie.

Ważne jest fachowe wsparcie psychoterapeutyczne, stworzenie warunków minimalizujących lęk przed leczeniem, zapewnienie pacjentom intymności, budowanie relacji opartych na zaufaniu, tak by osoby w kryzysie chciały podjąć leczenie. Jest to szczególnie istotne w przypadku osób z diagnozą schizofrenii i choroby afektywnej dwubiegunowej, najbardziej narażonych na stygmatyzację i autostygmatyzację. Ważny jest też kontakt z asystentami zdrowienia, którzy dzięki własnemu doświadczeniu kryzysu psychicznego mogą wspierać proces zdrowienia.

Brakuje systemowego wsparcia: łatwego dostępu do leczenia psychiatrycznego dla dzieci i dorosłych, mieszkańców wspomaganych, dostępu do usług wspierających w lokalnym środowisku. Takich usług praktycznie zupełnie pozbawione są osoby z terenów wiejskich. Trudny jest dostęp do rzetelnych informacji, gdzie i w jakim momencie zwrócić się o pomoc.

Ustawa o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami kładzie nacisk głównie na bariery architektoniczne. Konieczne jest uwzględnienie specyficznych potrzeb osób z doświadczeniem kryzysu zdrowia psychicznego.

Brakuje również edukacji antydyskryminacyjnej, która ma ogromny wpływ na kształtowanie postawy otwartości. W szkołach i przedszkolach nie ma zajęć z higieny zdrowia psychicznego, w tym wzmacniania odporności psychicznej, postaw społecznych, umiejętności reagowania w sytuacjach kryzysowych, zajęć uczących akceptacji i zrozumienia. Zajęcia te powinny być prowadzone przez specjalistów, również

ekspertów przez doświadczenie. Powinny też uwzględniać potrzeby i perspektywę młodych ludzi.

Kryzys zdrowia psychicznego należy traktować jak każdy inny poważny problem zdrowotny. Osoby w kryzysie mają prawo do godnego traktowania w procesie chorowania i zdrowienia. Także ich bliscy muszą otrzymać odpowiednie wsparcie, by skutecznie pomagać i unikać problemów ze zdrowiem psychicznym.

Wszystkich nas w pewnym momencie życia może dotknąć kryzys psychiczny. Statystycznie doświadczy go jedna czwarta Polaków. Wszyscy ponosimy wynikające z tego koszty.

Depresja i schizofrenia są diagnozowane w coraz młodszy wieku. Z roku na rok rośnie liczba zaburzeń zdrowia psychicznego; problem znacznie nasilił się w pandemii. Statystyki Komendy Głównej Policji pokazują wyraźny wzrost prób samobójczych zarówno wśród dorosłych, jak i dzieci i młodzieży.

Aby powstrzymać negatywne konsekwencje kryzysów psychicznych, my, osoby ich doświadczające i osoby je wspierające, potrzebujemy wysłuchania naszych głosów i systemowych rozwiązań, opartych na prawach człowieka i dowodach naukowych.

Diagnoza zaburzenia psychicznego to nie wyrok! Chcemy prowadzić satysfakcjonujące życie osobiste i zawodowe. Potrzebujemy społecznej solidarności, empatii, zrozumienia. Zastugujemy na szacunek i godne traktowanie. Chcemy prawa do całego życia!

1.

POSTULATY DOTYCZĄCE SZPITALI ORAZ INNYCH PLACÓWEK LECZĄCYCH I WSPIERAJĄCYCH OSOBY W KRYZYSIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO





1.1 UMOŻLIWIENIE REALNEGO WYBORU PLACÓWKI, W KTÓREJ MOŻNA SKORZYSTAĆ Z LECZENIA

Zgodnie z prawem nie ma rejonizacji, mimo to pacjenci są nierzadko odsyłani do placówek najbliższej miejsca zamieszkania. Należy respektować prawo pacjenta do leczenia u wybranego przez siebie lekarza w dowolnej placówce, analogicznie do możliwości wyboru lekarza rodzinnego i lekarzy specjalistów.

1.2 UTWORZENIE STANOWISKA KOORDYNATORA LECZENIA PSYCHIATRYCZNEGO ANALOGICZNIE DO STANOWISKA KOORDYNATORA PACJENTA ONKOLOGICZNEGO

Konieczne jest zagwarantowanie wsparcia osobie w kryzysie zdrowia psychicznego od pierwszego kontaktu z placówką. Gdy do placówki ochrony zdrowia psychicznego zgłasza się osoba w kryzysie, przyjmujący zgłoszenie powinien wskazać pracownika, który zajmie się pacjentem od początku do końca, udzieli wsparcia albo pomoże znaleźć miejsce, gdzie można je otrzymać. Taka praktyka jest stosowana m.in. w krajach skandynawskich. Osobie w psychozie czy z innymi problemami zdrowia psychicznego trudno jest prosić o wsparcie, obdarzyć kogoś zaufaniem i wielokrotnie opowiadać od nowa o swoich problemach. Ważne jest więc, by jeden pracownik placówki kompleksowo koordynował zorganizowanie wsparcia.

1.3 TWORZENIE ODDZIAŁÓW PSYCHIATRYCZNYCH W SZPITALACH OGÓLNYCH

Osoby w kryzysie zdrowia psychicznego często chorują też somatycznie. Potrzebują więc nie tylko leczenia psychiatrycznego, lecz bardziej kompleksowego, łatwego dostępu do diagnostyki i poradni specjalistycznych. Zdarza się, że szpitale ogólne nie chcą przyjąć osoby z zaburzeniami psychicznymi. Personel nie wie, jak komunikować się z takim pacjentem, więc obawia się przyjąć go na oddział somatyczny. Gdyby oddziały psychiatryczne były na terenie szpitali ogólnych, pacjenci mieliby łatwiejszy dostęp do rzetelnej diagnostyki i różnych specjalistów, a lekarzom umożliwiłoby to całościowe zajęcie się nimi.

Oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych mogłyby podlegać najbliższemu szpitalowi psychiatrycznemu, być filią terenową. Byłoby to ułatwieniem zwłaszcza w miejscach, gdzie jest mało psychiatrów, więc występują trudności z ich znalezieniem i zatrudnieniem. Poza tym dzięki współpracy szpitala ogólnego i psychiatrycznego w razie potrzeby można by przenieść pacjenta z jednej placówki do drugiej, np. ze szpitala psychiatrycznego do szpitala ogólnego bliżej miejsca zamieszkania chorego lub ze szpitala ogólnego na specjalistyczny oddział psychiatryczny (dla osób uzależnionych od alkoholu, osób z demencją itd.).

Zakładając oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych należy pamiętać, że celem nie jest likwidacja szpitali psychiatrycznych, lecz stworzenie alternatywy. Szpital psychiatryczny powinien być jedną z dostępnych form wsparcia osób w kryzysie zdrowia psychicznego.

1.4 STWORZENIE W WYBRANYCH SZPITALACH PSYCHIATRYCZNYCH ODDZIAŁU DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ

Osoba z niepełnosprawnością intelektualną lecząca się psychiatrycznie potrzebuje innego, większego wsparcia niż pacjent chorujący psychicznie bez niepełnosprawności sprzężonej. Profesjonaliści pracujący na oddziałach psychiatrycznych zwykle nie mają na tyle szerokiego wykształcenia, by skutecznie leczyć i pomagać osobom z tak różnymi niepełnosprawnościami. Mało kto z personelu medycznego zna alternatywne formy komunikacji z osobami niewerbalnymi, brakuje również przygotowania w zakresie oligofrenopedagogiki. Trudno też dostosować zajęcia terapeutyczne na oddziałach do tak różnych potrzeb i poziomu intelektualnego. Dla jednej grupy będą zbyt proste, co nie sprzyja zdrowieniu i pracy nad motywacją niezbędną do powrotu do wcześniejszej aktywności, dla drugiej za trudne, co może rodzić frustrację i nasilać agresję. Poza tym u osób w normie intelektualnej może zwiększyć się lęk związany z chorobą. Odrębne oddziały byłyby korzystnym rozwiązaniem dla pacjentów, ich rodzin oraz personelu, któremu ułatwiłyby pracę.

1.5 STWORZENIE W SKALI KRAJU SPECJALISTYCZNYCH ODDZIAŁÓW PSYCHIATRYCZNYCH TAKŻE DLA INNYCH GRUP PACJENTÓW WYMAGAJĄCYCH DODATKOWEGO WSPARCIA, NP. KOBIET W CIĄŻY, OSÓB GŁUCHYCH, OSÓB W SPEKTRUM AUTYZMU

1.6 ZAPEWNIENIE DZIECIOM I MŁODZIEŻY W KRYZYSIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO ODPOWIEDNIEJ DO POTRZEB LICZBY MIEJSC W SZPITALACH PSYCHIATRYCZNYCH MOŻLIWIE BLISKO MIEJSCA ZAMIESZKANIA

Jest to ważne szczególnie dla młodych ludzi w stanie bezpośredniego zagrożenia życia. Należy zapewnić im optymalne warunki zdrowienia: leczenie w pobliżu domu, by rodzina łatwo mogła odwiedzić pacjenta. Konieczne jest też wsparcie psychologiczne i psycho-terapeutyczne, wyposażenie, zajęcia odpowiednie do potrzeb i wieku.

1.7 PODZIAŁ ODDZIAŁÓW PSYCHIATRYCZNYCH NA MĘSKIE I ŻEŃSKIE

Dla części pacjentów hospitalizacja na oddziale koedukacyjnym jest bardzo stresująca, czasem wręcz traumatyczna. Zdarza się, że kobiety doświadczają przemocy ze strony agresywnych mężczyzn, np. pod wpływem dopalaczy. W łazienkach nie da się zamknąć drzwi, co zachęca niektórych panów do podglądania kobiet w sytuacjach intymnych. Personelu medycznego jest na tyle mało, że nie jest w stanie zapobiec takim sytuacjom. Gdy na oddziale jest jeden prysznic dla kobiet i jeden dla mężczyzn, w przypadku awarii jednego z nich wszyscy muszą korzystać z tej samej łazienki. Ponadto niekiedy osoba w psychozie biega po oddziale nago. Kiedy po ustabilizowaniu uświadamia sobie, co robiła i kto ją oglądał, jest zawstydzona i upokorzona.

Oddziały powinny być podzielone również pod względem rodzaju schorzenia i nasilenia objawów. Np. dla pacjenta w depresji wspólne przebywanie z osobą w ostrej psychozie jest przerażające i przygnębiające. Osoby niebinarne powinny mieć możliwość wyboru oddziału zgodnego z płcią odczuwaną lub sali jednoosobowej. Ponadto czynności higieniczno-pielęgnacyjne powinna wykonywać osoba tej samej płci, co pacjent, by uniknąć stresu i dyskomfortu.

1.8 LIKWIDACJA PALARNI NA ODDZIAŁACH

Palarnie w placówkach medycznych są czymś niedopuszczalnym. Stwarzanie warunków do praktykowania nawyków szkodliwych dla zdrowia zachęca pacjentów do pogrążania się w nałogu. Palarnie są bardzo uciążliwe dla pacjentów niepalących, którzy wbrew własnej woli stają się biernymi palaczami. Jest to niebezpieczne szczególnie dla pacjentów z epilepsją i chorobami układu oddechowego. Konieczność wdychania szkodliwych substancji jest uciążliwa także dla personelu medycznego, negatywnie wpływa na warunki pracy.

1.9 POPRAWA BEZPIECZEŃSTWA I WARUNKÓW POBYTU NA ODDZIAŁACH PSYCHIATRYCZNYCH

Ze względów bezpieczeństwa i wspierania leczenia sale wieloosobowe należy przekształcić w jedno – i dwuosobowe. W salach wieloosobowych nie da się zachować intymności i odpocząć. Pacjenci nawzajem sobie przeszkadzają, co generuje konflikty. W pokoju, w którym jest pięciu lub siedmiu pacjentów, nie da się sprawdzić skuteczności niektórych leków, np. nie wiadomo, czy pacjent nie śpi dlatego, że leki nie działają, czy z powodu hałasującego sąsiada, który wstaje o czwartej rano. Natomiast osobie, która jest zmęczona, mogą przeszkadzać goście odwiedzający sąsiada z łóżka obok.

Ponadto we wszystkich salach i przestrzeniach wspólnych należy zainstalować monitoring. Jest to istotne ze względów bezpieczeństwa – zapobieganie przemocy, kradzieżom, wandalizmowi. Jednak obraz z monitoringu powinien być widoczny wyłącznie dla uprawnionego personelu.

1.10 ZAPEWNIENIE SPECJALISTYCZNEJ OPIEKI I INDYWIDUALNEGO PODEJŚCIA OSOBOM, KTÓRE MAJĄ DODATKOWE TRUDNOŚCI LUB POTRZEBY, W SZCZEGÓLNOŚCI OSOBOM Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ, WZROKOWĄ, SPEKTRUM AUTYZMU ORAZ OSOBOM LGBT+

Należy pamiętać o bezpieczeństwie i ochronie pacjentów, którzy oprócz zaburzenia psychicznego mają dodatkowe problemy. Osobie w spektrum autyzmu, wrażliwej na hałas i inne bodźce, może być trudno odnaleźć się w wieloosobowej sali. To także duży problem dla niewidomego pacjenta, który potrzebuje pewnej stałości i przewidywalności, np. stałego miejsca dla swoich rzeczy (jeśli osobie widzącej inny pacjent zabierze kaptcie, zwykle szybko je znajdzie, natomiast dla pacjenta z dysfunkcją wzroku to spore wyzwanie i stresująca sytuacja). Dzięki oddzielnym pokojom osoby z dodatkowymi potrzebami miałyby lepsze warunki do zdrowienia, a osoby LGBT+ nie musiałyby ukrywać swojej tożsamości płciowej.

1.11 ZADBANIE O DOSTĘPNOŚĆ PLACÓWEK OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA OSÓB Z RÓŻNYMI RODZAJAMI NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Placówki powinny przestrzegać ustaw o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami i o dostępności cyfrowej. Konieczne jest m.in.: wyznaczenie koordynatora dostępności, zamieszczanie na stronach internetowych deklaracji dostępności, edytowalnych formularzy, stworzenie procedury zgłaszania potrzeby skorzystania z pomocy tłumacza języka migowego, instalowanie pętli indukcyjnych ułatwiających osobom słabosłyszącym rozumienie mowy, brajlowskie i kontrastowe napisy na drzwiach pomieszczeń, by niewidomy i słabowidzący pacjent lub gość mógł znaleźć dane pomieszczenie.

1.12 ZWIĘKSZENIE LICZBY PSYCHOLOGÓW I PSYCHOTERAPEUTÓW ZATRUDNIONYCH NA ODDZIAŁACH SZPITALNYCH I W PORADNIACH ZDROWIA PSYCHICZNEGO, TAKŻE W RAMACH KONTRAKTÓW NA ZLECENIE

Okres hospitalizacji należy wykorzystać nie tylko na dobranie leków, ale też na psychoterapię, konstruktywny dialog psychologa z pacjentem, fachowe motywowanie do kontynuacji leczenia. W tym celu konieczna jest współpraca całego personelu oddziału, stworzenie wspólnie z pacjentem planu leczenia. Obecnie pacjent potrzebujący rozmowy i wsparcia rzadko może liczyć na pomoc. Zdarza się, że z psychologiem może spotkać się na chwilę tylko raz w tygodniu. Psychologowie pracujący na oddziałach psychiatrycznych powinni wychodzić do pacjentów, zachęcać ich do terapii, rozmowy.

1.13 ZATRUDNIANIE WIĘKSZEJ LICZBY ASYSTENTÓW ZDROWIENIA

Wiele osób, które przeszły kryzys psychiczny, ukończyło kurs przygotowujący do pracy jako ekspert przez doświadczenie. Mimo że zdobyły certyfikat, ich umiejętności i wiedza praktyczna nie są wykorzystywane w wystarczającym stopniu. Asystentów zdrowia warto zatrudniać nie tylko w szpitalach, ale również w poradniach zdrowia psychicznego, ośrodkach pomocy społecznej, schroniskach dla osób w kryzysie bezdomności i innych placówkach.

1.14 UŁATWIENIE ODBYWANIA PRAKTYK STUDENCKICH, STAŻY I WOLONTARIATU NA ODDZIAŁACH PSYCHIATRYCZNYCH, W PORADNIACH ORAZ CENTRACH ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Należy wprowadzić przepisy ułatwiające realizowanie praktyk i regulujące zasady ich finansowania.

Nie wszystkie szpitale i centra zdrowia psychicznego chcą przyjmować studentów. Mimo że brakuje personelu do pracy, podania studentów pielęgniarstwa o praktyki lub staż często są odrzucane. W niektórych placówkach na praktyki i wolontariat przyjmowani są tylko studenci psychologii. Absolwenci psychologii, psychoterapii, studiów podyplomowych z interwencji kryzysowej czy specjalistycznych kursów (np. otwartego dialogu) dostają odmowę. Skoro państwo polskie dąży do rozwoju opieki środowiskowej, studenci i profesjonaliści zainteresowani udzielaniem wsparcia osobom z zaburzeniami psychicznymi powinni mieć możliwości zdobywania doświadczenia i rozwoju. Ponadto od osób ubezpieczonych (np. w miejscu pracy lub na uczelni) nie powinno się wymagać ponoszenia kosztów wykupienia kolejnej polisy ubezpieczeniowej na czas odbywania praktyk.

1.15 ZWIĘKSZENIE I ZRÓŻNICOWANIE LICZBY ZAJĘĆ I AKTYWNOŚCI DLA PACJENTÓW NA ODDZIAŁACH CAŁODOBOWYCH

Na wielu oddziałach pracuje tylko jeden terapeuta zajęciowy. Gdy jest chory lub ma urlop, pacjenci, którzy nie mają samodzielnych wyjść, tydzień lub dwa spędzają zamknięci na oddziale. Terapii nie ma też w weekendy. Nuda sprzyja nasilaniu się objawów depresyjnych i autodestrukcyjnych myśli. Na każdym oddziale powinno pracować dwóch terapeutów.

Zajęcia powinny trwać dłużej niż do godz. 14.00 i być organizowane również w weekendy. Pacjentów należy aktywizować i włączać – w miarę możliwości – do codziennych obowiązków, np. dbania o przestrzeń wspólną. Podejmowanie takich aktywności to niezbędny element procesu zdrowienia. Po kilku tygodniach lub miesiącach hospitalizacji i bierności trudno jest wrócić do codziennych zadań i odnaleźć się w rzeczywistości poza szpitalem.

1.16 INDYWIDUALNE PODEJŚCIE I DOSTOSOWANIE PROCEDUR DO STANU PACJENTA

W niektórych szpitalach w pierwszym etapie hospitalizacji pacjent nie może opuszczać oddziału. Musi udowodnić, że "zasłużył" na spacer. Gdy pacjent jest agresywny, pobudzony, próbuje uciekać, trzeba poczekać aż leki zaczną działać. Natomiast w innych sytuacjach, np. w przypadku depresji, takie postępowanie pogarsza kondycję psychiczną i utrudnia proces zdrowienia. Wyjścia powinny być dozwolone nie tylko z członkiem rodziny, lecz także z inną osobą odwiedzającą. Nie każdy pacjent może liczyć na wsparcie i odwiedziny rodziny. Ponadto niekiedy konieczne jest dostosowanie godzin odwiedzin do możliwości gości, np. z powodu ograniczonego transportu publicznego lub pracy w godzinach, w których dozwolone są odwiedziny.

1.17 NA PROŚBĘ PACJENTA UDOSTĘPNIENIE MU W FORMIE PISEMNEJ PROCEDUR OBOWIĄZUJĄCYCH NA ODDZIALE

Wielu pacjentów nie wie, od czego zależy możliwość wyjścia na spacer, otrzymanie przepustki, w jakich sytuacjach możliwe są odwiedziny poza wyznaczonymi godzinami, komu i jak zgłosić szczególne potrzeby wynikające np. z niepełnosprawności. Powinna być także możliwość wysłania procedur na e-mail pacjenta. Jest to istotne m.in. dla osób z dysfunkcją wzroku.

1.18 ZASTĄPIENIE UNIERUCHAMIANIA INNYMI METODAMI

Przypinanie pacjenta pasami do łóżka to dla niego doświadczenie traumatyczne. Rodzi lęk, frustrację, bunt wobec leczenia. Uderza w ludzką godność, łamie prawa człowieka i nie sprzyja procesowi zdrowienia.

Agresję chorego można opanować w inny sposób. Potrzebne jest zapewnienie wsparcia psychologicznego, zwiększenie zatrudnienia personelu (interwencja nie może być prowadzona jednoosobowo), szkolenia, w tym w zakresie opanowywania pobudzenia emocjonalnego pacjentów i radzenia sobie ze stresem, odpowiednie zaaranżowanie przestrzeni, w ostateczności umieszczenie w sali obserwacyjnej. Niedopuszczalne jest zapinanie w pasy w salach ogólnych, w obecności innych pacjentów i stosowanie tej metody jako profilaktyki lub kary, np. gdy pacjent używa wulgaryzmów. Decyzji o unieruchomieniu nie powinny podejmować osoby nieuprawnione, np. pielęgniarze.

Pacjentowi należy zapewnić empatyczne wsparcie ze strony personelu i rodziny. Ważne jest przestrzeganie procedur i pilne stworzenie warunków umożliwiających jak najszybsze wyeliminowanie metod przemocowych, w tym kaftanów i pasów.

1.19 WPROWADZENIE STANDARDÓW KOMUNIKACJI Z PACJENTEM I JEGO RODZINĄ UMOŻLIWIAJĄCYCH SKUTECZNĄ WYMIANĘ INFORMACJI ISTOTNYCH DLA LECZENIA W SPOSÓB NIENARUSZAJĄCY PRZEPISÓW O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH

Od początku leczenia obowiązkowo powinno się informować pacjenta, że może kogoś upoważnić do otrzymywania informacji i w jaki sposób to zrobić. Należy uprościć procedurę – zrezygnować z konieczności podania numeru PESEL osoby upoważnionej i wymogu, by podczas podpisywania upoważnienia był obecny ordynator.

1.20 WPROWADZENIE SYSTEMOWYCH ROZWIĄZAŃ, KTÓRE ZAPEWNIĄ RODZINIE OSOBY W KRYZYSIE MOŻLIWOŚĆ ŁATWEGO I SWOBODNEGO KONTAKTU Z LEKARZAMI, TERAPEUTAMI I INNYMI PRACOWNIKAMI ZAANGAŻOWANYMI W LECZENIE

Bardzo ważne jest tworzenie przestrzeni i warunków do bezpiecznej rozmowy z pacjentem i jego bliskimi. Wywiad z osobą bliską powinien być obowiązkowy. Współpraca rodziny z lekarzami i terapeutami ma kluczowe znaczenie w efektywnym leczeniu. Bliscy powinni mieć możliwość łatwego skontaktowania się z lekarzami i specjalistami – osobiście, telefonicznie i drogą elektroniczną. Jednocześnie lekarz musi zapewnić dyskrecję i nie może powtarzać pacjentowi, co usłyszał od członka rodziny i a rodzinie – co usłyszał od pacjenta, bez wyraźnej zgody osoby przekazującej informacje. Takie postępowanie jeszcze bardziej nadwyręża relacje, zwłaszcza gdy osoba w psychozie ma urojenia prześladowcze wobec rodziny.

Dla kontaktu osobistego placówki powinny określić dni i godziny, w których można spotkać się np. z lekarzem prowadzącym. Pomieszczenie wyznaczone na spotkania powinno znajdować się poza oddziałem, w miejscu gwarantującym dyskrecję.

1.21 ZORGANIZOWANIE SALI SPOTKAŃ, ZAPEWNIAJĄCEJ PRYWATNOŚĆ PODCZAS WIZYT

1.22 PROWADZENIE PSYCHOEDUKACJI DLA OSÓB Z DOŚWIADCZENIEM KRYZYSU ZDROWIA PSYCHICZNEGO I ICH BLISKICH

Zarówno osoby z doświadczeniem kryzysu, jak i ich rodziny, powinny otrzymywać informacje na temat choroby, objawów ostrzegawczych, uprawnień, możliwości leczenia, form wsparcia oraz odpowiedź, jak reagować w sytuacjach kryzysowych. Psychoedukacja powinna być możliwa także online, co zwiększy jej dostępność. Ma to duże znaczenie zwłaszcza dla mieszkańców małych miejscowości.

1.23 INFORMOWANIE PACJENTA O PRZEBIEGU LECZENIA I MOŻLIWYCH SKUTKACH UBOCZNYCH PRZYJMOWANYCH LEKÓW

Rzetelne informacje są kluczowe dla skuteczności leczenia i motywowania pacjenta do czynnego udziału w procesie zdrowienia. Wielu pacjentów odmawia przyjmowania leków także z powodu ich dotkliwych skutków ubocznych. Ważne jest stosowanie przez lekarzy nowoczesnych leków, podążanie za dynamiką kryzysu, w tym w miarę możliwości redukcja dawek lub zastępowanie silnych leków słabszymi. Należy też informować pacjentów o konieczności zmian w diecie i stylu życia.

1.24 UPOWSZECHNIENIE LECZENIA W FORMIE INIEKЦИИ O DŁUGOTRWAŁYM DZIAŁANIU, PODAWANYCH RAZ NA KILKA TYGODNI LUB MIESIĘCY

Jest to bardzo istotne zwłaszcza dla skutecznego leczenia osób, które nie mają wglądu w chorobę i odmawiają leczenia oraz w przypadku leczenia przymusowego. Powszechne stosowanie tej formy leczenia, w tym ambulatoryjne, poprawiłoby komfort pacjentów, jednocześnie obniżając koszty leczenia. Ta forma leczenia sprawdza się np. w USA jako wspomagane leczenie ambulatoryjne (AOT – assisted outpatient treatment).

1.25 UWZGLĘDNIENIE ANOSOGNOZJI – BRAKU ŚWIADOMOŚCI CHOROBY – W DIAGNOSTYCE ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH JAKO JEDNEGO Z ICH OBJAWÓW

Z badań naukowych wiemy, że około 50% osób z poważnym zaburzeniem psychicznym cierpi na anosognozę (brak świadomości choroby), która jest jednym z objawów wynikających z dysfunkcji mózgu. Z tego powodu osoby te nie widzą potrzeby leczenia, odmawiają przyjmowania leków i/lub innych form pomocy. W rezultacie tracą szansę na trwałą poprawę stanu zdrowia i powrót do normalnego życia. Spędzają nawet wiele lat na powtarzających się przymusowych hospitalizacjach.

W Polsce stosunek psychiatrów i personelu medycznego do tego problemu jest w większości niewłaściwy. Problem braku wglądu jest ignorowany, a odmowa leczenia traktowana jako „uporczywy brak współpracy” ze strony pacjenta. Lekarze skupiają się na leczeniu tych chorych, którzy chcą się leczyć, nie próbują natomiast pomóc tym, którzy nie uważają się za chorych. W ten sposób wyklucza się z systemu leczenia około połowy osób w poważnym kryzysie psychicznym. Tymczasem istnieją praktykowane w innych krajach sposoby na objęcie ich skutecznym leczeniem. Informacja o słabym wglądzie w chorobę lub jego braku, czy też braku wglądu w pożądane działanie leków powinna znaleźć się w dokumentacji medycznej jako kluczowy punkt. Na jego podstawie lekarz będzie mógł stworzyć wykonalny i właściwy dla danego pacjenta plan leczenia.

1.26 WE WSZYSTKICH TYPACH PLACÓWEK LECZNICTWA PSYCHIATRYCZNEGO WPROWADZENIE I UPOWSZECHNIENIE STOSOWANIA SPRAWDZONYCH METOD MOTYWOWANIA DO LECZENIA, SZCZEGÓLNIIE OSÓB Z ANOSOGNOZJĄ (BRAK ŚWIADOMOŚCI ZABURZENIA PSYCHICZNEGO)

Zastosowanie metod takich jak otwarty dialog, reanimacja emocjonalna, terapia systemowa, psychoedukacja, LEAP umożliwi zachęcenie i przekonanie do leczenia wielu z tych pacjentów, którzy nie uważają się za chorych i odmawiają leczenia.

Szpitala i centra zdrowia psychicznego powinny obejmować kompleksowym wsparciem zarówno osoby w kryzysie, jak i ich rodziny.

Przydatne byłoby także zatrudnienie doradcy zawodowego, pomoc w znalezieniu pracy, współpraca z lokalnymi organizacjami pozarządowymi.

2.

POSTULATY DOTYCZĄCE ZMIANY PRZEPISÓW PRAWNYCH





2.1 DOSTOSOWANIE DO POTRZEB PACJENTA CZASU I CZĘSTOTLIWOŚCI WIZYT U PSYCHIATRY W PORADNIACH ZDROWIA PSYCHICZNEGO FINANSOWANYCH PRZEZ NFZ

Niewłaściwe jest ograniczanie liczby wizyt u psychiatrów i czasu ich trwania do kilkunastu minut. Potrzebna jest większa elastyczność finansowania z NFZ usług oferowanych przez poradnie zdrowia psychicznego i dostosowanie do potrzeb pacjentów.

2.2 ZAGWARANTOWANIE OSOBOM Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI NIEŚWIADOMYM ZAGROŻENIA SWOJEGO ZDROWIA I ŻYCIA DOSTĘPU DO PILNEJ POMOCY I LECZENIA NA RÓWNI Z INNYMI OSOBAMI, KTÓRE SĄ RATOWANE NATYCHMIAST

Artykuły 21-24 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego należy uzupełnić o słowo „zdrowie”: gdy zagraża własnemu życiu lub zdrowiu. Obecna ustawa traktuje wszystkie osoby z zaburzeniami psychicznymi jako świadome swojego stanu i konieczności leczenia, a przecież część z nich nie ma takiej świadomości (anosognozja). Człowiek nieświadomy zaburzenia psychicznego, którego doświadcza, nie podejmuje leczenia lub zaczyna się ono z dużym opóźnieniem, co powoduje ogromne szkody: utrata pracy, zerwanie rodzinnych więzi, bezdomność, przekraczanie norm prawnych.

Zgodnie z art. 21 ust. 1. osoba, której zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, bądź nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, może być poddana badaniu psychiatrycznemu również bez jej zgody. Badanie bez zgody nie jest jednak możliwe w sytuacji, gdy z powodu zaburzeń psychicznych osoba ta może zagrażać bezpośrednio własnemu zdrowiu. Natomiast art. 29 wymaga, aby zaświadczenie o stanie zdrowia było złożone wraz z wnioskiem o przymusowe leczenie. W wielu przypadkach jest to niewykonalne, gdyż lekarze nie znajdują podstaw prawnych do jego wystawienia. Brak takiego zaświadczenia powoduje, że w sądzie musi zostać powołany biegły, co wydłuża proces sądowy o kolejne miesiące. Na przewlekłość postępowania ma wpływ także brak stawiennictwa chorego na rozprawę i badania.

Rekomendujemy zatem, aby przyjęcie do szpitala w trybie nagłym było stosowane, gdy:

- dotychczasowe zachowanie osoby z zaburzeniem psychicznym wskazuje, że zagraża bezpośrednio własnemu życiu lub zdrowiu albo życiu lub zdrowiu innych osób,
- dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu zdrowia psychicznego,
- osoba jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia.

W koniecznych przypadkach postulujemy wprowadzenie przyspieszonego trybu wydawania przez sądy zgody na przymusowe leczenie. Postanowienie sądu o przymusowym leczeniu powinno obejmować hospitalizację, pobyt na oddziale dziennym, korzystanie ze wsparcia centrum zdrowia psychicznego lub poradni zdrowia psychicznego. Często bowiem po wyjściu ze szpitala osoby w kryzysie pozbawione są jakiegokolwiek wsparcia.

Jednocześnie postulujemy, jeśli wymaga tego dobro chorego, aby proces przymusowego leczenia był poprzedzony okresem obserwacji w szpitalu, która nie powinna trwać dłużej niż 10 dni. Obserwacja byłaby kompromisem między prawem do samostanowienia a zapewnieniem ochrony zdrowia osoby w kryzysie. W tym czasie, jeśli lekarz stwierdzi, że zachodzą przesłanki do leczenia, a pacjent nie ma świadomości zaburzenia lub konieczności leczenia, miałby możliwość, jak obecnie w trybie art. 23, wnioskowania o uzyskanie zgody na przymusowe leczenie. Wówczas cały proces powinien przebiegać w szpitalu, co również znacznie skróciłoby wieloletnią procedurę oczekiwania na leczenie. Nie byłoby też konieczności wielomiesięcznego oczekiwania na opinię biegłego i uzyskania zaświadczenia od lekarza.

Aby zapobiec nadużyciom i stać na straży praw i poszanowania godności osoby w kryzysie psychicznym, w sprawach o przymusowe leczenie zasadne wydają się także zmiany w przepisach w zakresie obowiązkowej obecności pełnomocnika z urzędu.

2.3 KOMPLEKSOWA REFORMA SYSTEMU ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

System powinien gwarantować wsparcie adekwatne do potrzeb i być tworzony w konsultacji ze środowiskiem osób z niepełnosprawnościami i osób z doświadczeniem kryzysu zdrowia psychicznego.

Orzekanie powinno odbywać się w jednym miejscu i obejmować: diagnozę medyczną, diagnozę funkcjonalną ze sprofilowanymi pod ten rodzaj niepełnosprawności metodą i formularzem oceny potrzeby wsparcia, diagnozę potencjału i potrzeb oraz ustalenie indywidualnego pakietu wsparcia.

Potrzebne jest wprowadzenie zasady wydawania dorosłym orzeczeń o niepełnosprawności (i orzeczeń równoważnych) na stałe, jeżeli wcześniej zostały wydane trzy podobne orzeczenia na czas określony lub poprzednie podobne orzeczenia wydano łącznie na okres dziesięciu lat.

W sytuacji, w której wsparcie, w tym finansowe, jest uzależnione od posiadania orzeczenia o niepełnosprawności, konieczne jest wprowadzenie przyjaznej reformy orzecznictwa w miejsce obecnego coraz bardziej skomplikowanego systemu, z niejasnymi kryteriami

przyznawania wielu różnych świadczeń i niezrozumiałymi, stygmatyzującymi określeniami (niezdolność do samodzielnej egzystencji, niezdolność do pracy).

2.4 ROZSZERZENIE ZAKRESU WSKAZAŃ DIAGNOSTYCZNYCH DLA REFUNDACJI WSZYSTKICH LEKÓW PSYCHIATRYCZNYCH NOWEJ GENERACJI

Konieczne jest refundowanie w takim samym stopniu leków psychotropowych niezależnie od rodzaju diagnozy. Refundacji nie należy uzależniać od gramatury i wieku pacjenta.

2.5 NADANIE PSYCHIATROM UPRAWNIĘŃ DO WYSTAWIANIA BEZPŁATNYCH (FINANSOWANYCH Z NFZ) SKIEROWAŃ NA BADANIA I DO LEKARZY INNYCH SPECJALIZACJI

Osoby z zaburzeniami psychicznymi chorują też somatycznie. Niełatwo skłonić je do dodatkowych badań i wizyt lekarskich. Często taka osoba najlepszy kontakt ma z psychiatrą, do którego z czasem nabiera zaufania. Jest on dla chorego lekarzem pierwszego kontaktu, lekarzem rodzinnym.

2.6 ROZSZERZENIE UPRAWNIĘŃ I MOŻLIWOŚCI UDZIELANIA POMOCY OSOBOM Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI PRZEZ ODPOWIEDNIO PRZESZKOLONYCH LEKARZY RODZINNYCH I LEKARZY INNYCH SPECJALIZACJI

Zdarza się, że pacjent zgłasza się do lekarza rodzinnego i lekarzy innych specjalności, a nie do psychiatry, ponieważ nie jest świadomy swoich problemów ze zdrowiem psychicznym i sygnalizuje inne problemy zdrowotne. Lekarze mogliby wystawić receptę lub inny potrzebny dokument, np. zaświadczenie dla pracodawcy o potrzebie rozpoczęcia pracy o późniejszej godzinie z powodu wpływu leków na funkcjonowanie organizmu. Jednocześnie mogliby wskazać pacjentowi, bez poruszania kwestii zaburzenia psychicznego, w jaki sposób konkretna forma pomocy będzie dla niego korzystna. Dla niektórych pacjentów będzie to bardziej motywujące niż odesłanie do psychiatry, a w dłuższej perspektywie zwiększy szanse na skorzystanie z odpowiedniej pomocy.

2.7 STWORZENIE WYTYCZNYCH DLA LEKARZY DOTYCZĄCYCH WYSTAWIANIA ZWOLNIEŃ LEKARSKICH W PRZYPADKU PODEJRZENIA ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

Bywa, że lekarz, do którego zgłasza się pacjent z powodu dolegliwości somatycznych (np. bólu kręgosłupa), widzi, iż problem jest głębszy i dotyczy też zdrowia psychicznego. Jednak nie każdy lekarz wie, co zrobić w takiej sytuacji. Niektórzy nie zalecają konsultacji psychiatrycznej np. z obawy przed oskarżeniem o dyskryminację. Zdarza się również, że lekarz podstawowej opieki zdrowotnej wystawia pacjentowi kolejne zwolnienia lekarskie z powodu dolegliwości somatycznych, mimo że problem dotyczy psychiki.

Wystawiając kolejne L-4, lekarz opóźnia rozpoczęcie leczenia psychiatrycznego, bo pacjent nie ma motywacji, by pójść do psychiatry. Gdy nie da się już wystawić kolejnego zwolnienia, pacjent traci pracę. Jeżeli nawet znajduje kolejną, bez fachowego leczenia nie utrzymuje jej zbyt długo. Czasem ktoś z rodziny chorego widzi, że zwolnienie lekarskie zostało wystawione przez nieodpowiedniego specjalistę. Rodzina nie wie jednak, czy zgłaszając to do ZUS-u, pomoże swojemu bliskiemu, czy narazi go na kłopoty i konflikt z prawem z powodu nienależnie wyłudzonych świadczeń.

W tworzeniu wytycznych powinni uczestniczyć lekarze różnych specjalizacji, pracodawcy, organizacje pozarządowe działające w obszarze zdrowia psychicznego oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Udział ZUS-u jest niezbędny, by stworzyć bezpieczną ścieżkę zgłaszania takich przypadków. Do udzielania skutecznego wsparcia niezbędna jest współpraca i pewność bliskich chorego, że ZUS do każdej kontroli przedłużających lub powtarzających się zwolnień lekarskich podejdzie indywidualnie. Dopóki nie mają pewności, czy informując ZUS pomogą czy zaszkodzą, raczej nie będą informowali tej instytucji o swoich wątpliwościach. Konkretne wytyczne pomogłyby osobom w kryzysie zdrowia psychicznego wcześniej podjąć odpowiednie leczenie, ich bliskim informować o swoich obawach, bez lęku, że narażą osobę chorą na kłopoty, a także samym lekarzom. Finansowo zyskałby również ZUS, bo zmniejszyłaby się liczba fikcyjnych zwolnień lekarskich i uciekania na L-4 w przypadku nieradzenia sobie w pracy.

2.8 UMOŻLIWIENIE PACJENTOWI PRZEBYWAJĄCEMU W SZPITALU RÓWNOLEGŁEGO KORZYSTANIA Z USŁUG ŚWIADCZONYCH PRZEZ INNĄ PLACÓWKĘ NFZ

Obecnie hospitalizowany pacjent nie może korzystać w innych placówkach ze świadczeń finansowanych przez NFZ. Jest więc zmuszony do rezygnacji z wizyty u specjalistów (np. okulisty, endokrynologa), na którą czekał miesiącami. Pacjent przebywający na dziennym oddziale psychiatrycznym musi wypisać się z niego na jeden dzień, by np. pójść do stomatologa. Pacjenci oddziałów całodobowych pozbawieni są jakichkolwiek konsultacji poza szpitalem. Możliwe są jedynie w razie gwałtownego zaostrzenia objawów, np. silnego bólu głowy spowodowanego atakiem jaskry. Obecne przepisy są niekorzystne dla pacjentów i doprowadzają do pogorszenia stanu zdrowia.

2.9 ZMIANA PRZEPISÓW REGULUJĄCYCH WYSTAWIANIE RECEPT HOSPITALIZOWANYM PACJENTOM

Obecnie jeśli hospitalizowany pacjent jest konsultowany przez lekarza innej placówki, np. okulistę, nie może otrzymać recepty. Leki na schorzenie współistniejące powinien zapewnić mu szpital, w którym przebywa. Czasem jest to niemożliwe, np. z powodu ograniczonej dostępności leku lub długiego czasu oczekiwania. Jeżeli pacjent wychodzi ze szpitala za dwa lub trzy dni, placówka może nie zdążyć kupić leku. Zgodnie z obowiązującymi przepisami szpital również nie może wystawić pacjentowi recepty

w trakcie hospitalizacji, jedynie razem z wypisem. Bywa więc, że pacjent przez kilka dni nie może wykupić i przyjmować leków, których potrzebuje.

2.10 ZWIĘKSZENIE FINANSOWANIA HOSTELI DLA OSÓB W KRYZYSIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia kontraktuje świadczenia na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi udzielane w hostelu, tj. w komórce organizacyjnej o kodzie 2720 Hostel dla osób z zaburzeniami psychicznymi. W Polsce takich miejsc jest bardzo mało, a dostęp do usług ograniczony.

2.11 NOWELIZACJA ROZPORZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA W SPRAWIE KIEROWANIA NA LECZENIE UZDROWISKOWE ALBO REHABILITACJĘ UZDROWISKOWĄ POPRZEC DODANIE ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH DO LISTY CHOROÓB UMOŻLIWIAJĄCYCH KORZYSTANIE Z TEGO TYPU ŚWIADCZEŃ

We wzorze skierowania, który stanowi załącznik do rozporządzenia, została wymieniona lista chorób umożliwiających skorzystanie z leczenia uzdrowiskowego. Nie ma na niej zaburzeń psychicznych. Osoby z taką diagnozą nie mogą więc leczyć się w sanatorium. Mimo że są ośrodki specjalizujące się w chorobach na tle nerwowym, NFZ nie finansuje pobytu w tych placówkach. Obecnie osoby z zaburzeniami psychicznymi mogą pojechać do sanatorium wyłącznie w ramach prewencji rentowej finansowanej przez ZUS. Wyklucza to niepracujących, mimo że pobyt w sanatorium mógłby poprawić ich funkcjonowanie i zwiększyć szansę na powrót do zatrudnienia. Pacjent powinien mieć dostęp do rehabilitacji nie tylko w szpitalu psychiatrycznym czy w centrum zdrowia psychicznego, lecz także w sanatorium. Na przykład depresja w wielu przypadkach nie wymaga leczenia szpitalnego, ale zmiany otoczenia.

Leczenie uzdrowiskowe osób z diagnozą zaburzenia psychicznego powinno mieć swój własny zakres świadczeń gwarantowanych, m.in.: spotkania z psychologiem, arteterapia, gimnastyka, zajęcia kulinarne, trening zarządzania własnym budżetem, trening umiejętności społecznych.

2.12 USUNIĘCIE Z REGULAMINÓW POLIS UBEZPIECZENIOWYCH NA ZAGRANICZNE WYJAZDY ZAPISÓW O NIEREFUNDOWANIU LECZENIA PSYCHIATRYCZNEGO

Niektórzy ubezpieczyciele po otrzymaniu informacji o zaburzeniu psychicznym całkowicie odmawiają objęcia danej osoby polisą ubezpieczeniową. Inni są bardziej elastyczni, ale konsultacja psychiatryczna, hospitalizacja czy transport do kraju w takim przypadku nie są objęte ubezpieczeniem. Ta sytuacja nie tylko dyskryminuje osoby z zaburzeniami psychicznymi, ale też sprawia, że zatajają informacje o stanie zdrowia. Jest to przyczyną napięcia, stresu i znacznie zwiększa się prawdopodobieństwo zaostrzenia choroby.

Zdarza się, że osoba doświadcza pierwszego kryzysu zdrowia psychicznego za granicą. Konsekwencje niezapewnienia jej leczenia mogą być bardzo poważne: utrata kontaktu z osobą w kryzysie, zaginięcie, bezdomność, próba samobójcza. Kryzys zdrowia psychicznego powinien być taką samą podstawą do leczenia za granicą jak zawał serca, udar, itp.

2.13 ZASTĄPIENIE W OBOWIĄZUJĄCYCH AKTACH PRAWNYCH PRZESTARZAŁYCH, STYGMATYZUJĄCYCH, NIEZGODNYCH Z KONWENCJĄ ONZ O PRAWACH OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH OKREŚLEŃ JĘZYKIEM KONWENCYJNYM

2.14 ZASTĄPIENIE UBEZWŁASNOWIENIA WSPIERANYM PODEJMOWANIEM DECYZJI

Ubezwłasnowolnienie osób z niepełnosprawnością intelektualną i w kryzysie zdrowia psychicznego jest sprzeczne z zasadą podmiotowego traktowania. Stwarza pole do nadużyć i łamania ich praw. Znane są przypadki wywierania presji na rodzinę osoby w kryzysie, by wystąpiła z wnioskiem o jej ubezwłasnowolnienie jako warunku objęcia leczeniem.

2.15 ZNIESIENIE ZAPISÓW ART. 5 I 12 KODEKSU RODZINNEGO I OPIEKUŃCZEGO (KRO), KTÓRE UTRUDNIAJĄ OSOBOM Z DOŚWIADCZENIEM KRYZYSU ZDROWIA PSYCHICZNEGO ZAWIERANIE ZWIĄZKÓW MAŁŻEŃSKICH

Zgodnie z art. 12 KRO, "Nie może zawrzeć małżeństwa osoba dotknięta chorobą psychiczną albo niedorozwojem umysłowym. Jeżeli jednak stan zdrowia lub umysłu takiej osoby nie zagraża małżeństwu ani zdrowiu przyszłego potomstwa i jeżeli osoba ta nie została ubezwłasnowolniona całkowicie, sąd może jej zezwolić na zawarcie małżeństwa".

Ponadto, zgodnie z art. 5 KRO kierownik urzędu stanu cywilnego, który uzyskał informację o istnieniu okoliczności wyłączającej zawarcie zamierzonego małżeństwa, czyli np. chorobie psychicznej, zobowiązany jest odmówić przyjęcia oświadczeń o wstąpieniu w związek małżeński lub wydania zaświadczenia o braku przeszkód do zawarcia małżeństwa.

O ile osoby w psychozie nie powinny brać ślubu, to w przypadku osób z doświadczeniem kryzysu zdrowia psychicznego, które podejmują świadomą decyzję o zawarciu związku małżeńskiego, a ich życiowy partner jest świadomy ich choroby, powinny mieć nieskrępowane prawo do zawarcia małżeństwa.

Należy przy tym zauważyć, że zgodnie z obowiązującym prawem, brak świadomości podejmowanej decyzji o zawieraniu związku małżeńskiego może stanowić przesłankę do późniejszego stwierdzenia nieważności tego małżeństwa.

Diagnoza czy podejrzenie choroby psychicznej nie może wykluczać z pełnego uczestnictwa w życiu społecznym i rodzinnym, ograniczać praw obywatelskich i łamać podstawowych praw człowieka.

Ponadto używanie w przepisach prawa dyskryminującego języka (niedorozwój umysłowy) i zestawianie kryzysów psychicznych z niepełnosprawnością intelektualną, wpływa negatywnie na postrzeganie obu grup społecznych, uderza w ich godność i stoi w sprzeczności z zapisami konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych.

2.16 ZNOWELIZOWANIE USTAWY O RADIOFONII I TELEWIZJI POPRZEC UZUPEŁNIENIE ARTYKUŁU 21 USTĘP 2 O PUNKT 11 W BRZMIENIU: SŁUŻYĆ EDUKACJI W ZAKRESIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO, BY ZAPEWNIĆ CZAS ANTENOWY NA PRZEDSTAWIENIE REALNYCH PROBLEMÓW OSÓB W KRYZYSIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO I ADEKWATNYCH FORM WSPARCIA

2.17 DODANIE KURSÓW ZAWODOWYCH DO KATALOGU FORM KSZTAŁCENIA WSPÓŁFINANSOWANYCH PRZEZ PAŃSTWOWY FUNDUSZ REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W RAMACH PROGRAMU AKTYWNY SAMORZĄD

Dla beneficjentów z orzeczeniem o niepełnosprawności jest to istotne, zwłaszcza w przypadku długich kursów. Nie wszystkie kwalifikacje można zdobyć w szkole policealnej lub na studiach podyplomowych, np. nie ma studiów dla asystentów zdrowia czy z otwartego dialogu (metody pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinami), jedynie roczny kurs.

2.18 UELASTYCZNIENIE ZASAD PRZYZNAWANIA STYPENDIUM STUDENTOM Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

Doprecyzowanie art. 93 Ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce w zakresie przyznawania stypendium studentom z niepełnosprawnościami. Obecnie wiele uczelni różnie interpretuje nieprecyzyjne zapisy tego artykułu i jako sześcioletni okres uprawniający do pobierania stypendium liczy lata kalendarzowe, a nie lata czynnego studiowania. Przerwy w nauce w wielu wypadkach wynikają z pogorszenia stanu zdrowia osoby studiującej.

3.

POSTULATY DOTYCZĄCE EDUKACJI I ZMIANY POSTAW





3.1 WPROWADZENIE NA KIERUNKACH MEDYCZNYCH I PSYCHOLOGICZNYCH OBOWIĄZKOWYCH ZAJĘĆ Z KOMUNIKACJI Z OSOBAMI Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI, ZAJĘĆ Z PROFILAKTYKI ZACHOWAŃ SAMOBÓJCZYCH ORAZ METOD OPARTYCH NA PODMIOTOWYM PODEJŚCIU DO OSOBY W KRYZYSIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Zajęcia powinni prowadzić profesjonalści i eksperci przez doświadczenie. Udział w nich zmniejszyłby lęk przed kontaktem z osobą chorującą psychicznie, miałby też korzystny wpływ na stosunek do pacjentów i ich bliskich.

3.2 SZKOLENIA DLA OSÓB PRACUJĄCYCH W ZAWODACH POMOCOWYCH W ZAKRESIE PROFILAKTYKI ZACHOWAŃ SAMOBÓJCZYCH ORAZ METOD EMPATYCZNEJ KOMUNIKACJI Z OSOBAMI W KRYZYSACH PSYCHICZNYCH

W tym celu potrzeba:

- włączyć metody takie jak LEAP (listen, empathize, agree, partner), dialog motywujący, pierwsza pomoc emocjonalna, otwarty dialog do obowiązujących programów nauczania w szkołach i uczelniach kształcących medyków, terapeutów i innych pracowników ochrony zdrowia;
- organizować systematyczne szkolenia i warsztaty z tych metod dla lekarzy, pielęgniarek, psychologów, prawników, policjantów, ratowników medycznych, pracowników socjalnych itp.

3.3 ORGANIZOWANIE KURSÓW DLA LEKARZY CHOROÓB SOMATYCZNYCH ORAZ PIELEŃNIAREK Z KOMUNIKACJI Z OSOBAMI Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI I AKTYWNEGO SŁUCHANIA

Zdarza się, że skargi osób doświadczających kryzysu psychicznego na dolegliwości somatyczne są lekceważone i uznawane za urojenia. Pacjenci nie są konsultowani przez lekarzy innych specjalizacji, co naraża ich na dodatkowe, poważne problemy zdrowotne, w skrajnych przypadkach nawet na utratę życia.

Dzięki szkoleniom z komunikacji z osobami z zaburzeniami psychicznymi zmniejszyłby się lęk personelu medycznego przed kontaktem z nimi, co korzystnie wpłynęłoby na komunikację, budowanie zaufania i wzajemne zrozumienie. Zajęcia powinny być prowadzone przez profesjonalistów i ekspertów przez doświadczenie.

3.4 W PROGRAMACH KURSÓW NA ASYSTENTÓW OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI DODANIE OBOWIĄZKOWYCH ZAJĘĆ Z KOMUNIKACJI Z OSOBAMI Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

Obecnie organizatorzy kursów zwykle pomijają tę tematykę. Koncentrują się głównie na kwestiach dotyczących osób z niepełnosprawnością ruchową, intelektualną, z dysfunkcjami wzroku i słuchu. Uczestnicy takich szkoleń nie zdobywają na nich wiedzy w obszarze zdrowia psychicznego. Są nieprzygotowani do pracy z takimi osobami.

3.5 TWORZENIE I WPROWADZANIE SYSTEMÓW WSPIERAJĄCYCH SZKOŁY I UCZELNIE W ROZWIĄZYWANIU PROBLEMÓW Z PRZEMOCĄ

3.6 UWZGLĘDNIENIE NA KAŻDYM ETAPIE EDUKACJI TREŚCI Z ZAKRESU PROFILAKTYKI, HIGIENY I OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO ORAZ PRZECIWDZIAŁANIA DYSKRYMINACJI; ORGANIZOWANIE W SZKOŁACH ZAJĘĆ NA TEMAT ZDROWIA PSYCHICZNEGO, RADZENIA SOBIE Z EMOCJAMI ORAZ KOMUNIKACJI INTERPERSONALNEJ

3.7 UŁATWIENIE DOSTĘPU DO INFORMACJI NA TEMAT UZYSKANIA WSPARCIA W PRZYPADKU KRYZYSU ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Eksponowanie w widocznym miejscu w każdej szkole i na każdej uczelni plakatów z numerami telefonów pomocowych; zamieszczanie informacji o dostępnym wsparciu w dziennikach ucznia, dzienniku elektronicznym, na stronach internetowych i portalach społecznościowych placówek edukacyjnych.

3.8 ZATRUDNIENIE PSYCHOLOGÓW I PIELĘGNIAREK W KAŻDEJ SZKOLE W WYMIARZE DOSTOSOWANYM DO LICZBY I POTRZEB UCZNIÓW, BY ZAPEWNIĆ IM REALNE WSPARCIE

3.9 ZAPEWNIENIE WSPARCIA ŚRODOWISKOWEGO STUDENTOM I PRACOWNIKOM Z DOŚWIADCZENIEM KRYZYSU ZDROWIA PSYCHICZNEGO PRZEZ UCZELNIANE BIURA DS.

OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI ORAZ TWORZENIE WSPÓŁPRACUJĄCYCH Z NIMI UNIWEKSYTECKICH CENTRÓW ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Wspieranie przez uczelnie studentów w kryzysie zdrowia psychicznego, w tym zagwarantowanie niezbędnej liczby miejsc w akademikach i ułatwienie studentom z niepełnosprawnościami możliwości pobierania stypendium. Zapewnienie studentom leczącym się na oddziałach zamkniętych i dziennych możliwości kontynuowania nauki poprzez indywidualizację toku nauczania, w tym dostosowanie harmonogramu i formy zajęć. Jest to ważne, by zapobiec konieczności brania przez nich urlopu dziekańskiego, powtarzania roku bądź rezygnacji ze studiów. Wsparciem należy objąć także osoby, które nie mają formalnego orzeczenia o niepełnosprawności ale mogą przedstawić odpowiednie zaświadczenie lekarskie.

3.10 ROZWIJANIE RÓWIEŚNICZYCH FORM WSPARCIA WŚRÓD UCZNIÓW I STUDENTÓW; WSPIERANIE ROZWOJU MŁODZIEŻOWEGO WOLONTARIATU ORAZ ZAKŁADANIE STU- DENCKICH LINII WSPARCIA PROWADZONYCH PRZEZ PRZESZKOLONYCH STUDENTÓW I UCZELNIANYCH ASYSTENTÓW ZDROWIENIA

3.11 STWORZENIE DLA PLACÓWEK EDUKACYJNYCH ORAZ INSTYTUCJI REKOMENDACJI I LISTY DOBRYCH PRAKTYK W ZAKRESIE POSTĘPOWANIA I WSPARCIA OSOBY W KRYZYSIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Rekomendacje powinny objąć profilaktykę, sytuację kryzysu zdrowia psychicznego i pomoc w powrocie do aktywności po nieobecności spowodowanej pogorszeniem stanu zdrowia. W rekomendacjach należy zawrzeć rozwiązania systemowe, które powinny obowiązywać we wszystkich oddziałach danej instytucji. Powinny zostać wypracowane przez placówki edukacyjne, urzędy, instytucje, przy czynnym udziale osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego, profesjonalistów i organizacji pozarządowych działających w obszarze zdrowia psychicznego.

Rekomendacje powinny dotyczyć również podmiotów niepublicznych. Byłyby przydatne także pracownikom banków, kierowcom autobusów, straży miejskiej itp. w kontakcie z klientem w kryzysie zdrowia psychicznego.

3.12 PROWADZENIE KAMPANII PRZECIWDZIAŁAJĄCYCH STYGMATYZACJI OSÓB Z ZABU- RZENIAMI PSYCHICZNYMI

Ważne jest dotarcie do różnych grup: uczniów, pracodawców, lokalnej społeczności, a także mediów. Należy stworzyć poradnik dla mediów, czy i jak informować o jakimś incydencie z udziałem osoby z zaburzeniami psychicznymi, tak jak stworzono poradnik na temat informowania o samobójstwach.

3.13 PORUSZANIE PRZEZ DUCHOWNYCH RÓŻNYCH WYZNAŃ TEMATU DBANIA O ZDROWIE PSYCHICZNE

Wielu ludzi doświadczających kryzysu psychicznego sądzi, że to kryzys duchowy, a ich trudności wynikają ze zbyt słabej wiary i niewystarczająco gorliwej modlitwy. Mają poczucie, że z powodu swoich grzechów i słabości nie mogą być pełnoprawnymi członkami wspólnoty. Duchowni mają istotny wpływ na kształtowanie świadomości, postaw społecznych, tworzenie sieci wsparcia. Warto, by podczas kazań, na spotkaniach wspólnotowych, w konfesjonale poruszali kwestie dotyczące zdrowia psychicznego, zachęcali do skorzystania ze wsparcia profesjonalistów.



4.

POSTULATY DOTYCZĄCE WSPARCIA W SPOŁECZNOŚCI LOKALNEJ I AKTYWIZACJI OSÓB Z DOŚWIADCZENIEM KRYZYSU PSYCHICZNEGO





4.1 Powszechny dostęp do poradni zdrowia psychicznego, centrów zdrowia psychicznego oraz zespołów leczenia środowiskowego

W przypadku podejrzenia zaburzenia psychicznego u swojego bliskiego rodzina powinna mieć możliwość przede wszystkim wezwania do niego zespołu środowiskowego, który obowiązkowo powinien funkcjonować w każdym Centrum Zdrowia Psychicznego. Taki zespół może mieć różny skład, w zależności od potrzeb i możliwości: psychiatrę, psychologa, asystentkę zdrowienia, interwent kryzysowy, pielęgniarkę. Podczas wizyty psychiatrę, który stwierdzi u chorego zaburzenia psychiczne zagrażające jego zdrowiu lub życiu albo zdrowiu lub życiu innych osób, oraz towarzyszącą tym zaburzeniom anosognozę, powinien zdecydować o przewiezieniu tej osoby na obserwację do szpitala i wszcząć w razie konieczności procedurę przymusowego leczenia. Często bowiem sama rodzina nie jest w stanie podołać temu procesowi albo nie zdaje sobie sprawy ze swoich praw. Poza tym zespoły środowiskowe odwiedzają pacjentów, którzy nie wymagają hospitalizacji, lecz z różnych względów nie są w stanie pójść na wizytę lekarską.

4.2 Stworzenie i wdrożenie do działania mobilnych zespołów kryzysowych

W odróżnieniu od Zespołów Leczenia Środowiskowego mobilne zespoły kryzysowe interweniują w sytuacjach zagrożenia życia. Doświadczenia innych krajów wskazują, że takie zespoły pomagają znacznie skuteczniej niż standardowe zespoły pogotowia ratunkowego i policja.

Zespół można wezwać w sytuacji próby samobójczej, gdy osoba w kryzysie wymaga pilnego leczenia szpitalnego a sama nie widzi takiej potrzeby i/lub nie zgadza się na leczenie. Zespół złożony z kompetentnych, przeszkolonych osób (może to być np. psycholog, pielęgniarka środowiskowa, pracownik socjalny) fachowo rozpoznaje, czy hospitalizacja jest uzasadniona. Następnie próbuje przekonać chorego do wyrażenia zgody na leczenie, a w razie odmowy podejmuje decyzję o przekazaniu go do szpitala psychiatrycznego, gdzie lekarz dyżurny ostatecznie decyduje, czy umieścić pacjenta w szpitalu bez jego zgody i zwrócić się w tej sprawie do właściwego sądu. Jeśli hospitalizacja jest uzasadniona, mobilny zespół kryzysowy zawozi chorego do szpitala, zarówno

kiedy wyrazi zgodę i kiedy odmówi. W sytuacji, gdy hospitalizacja nie jest konieczna, zespół może zaproponować inną, adekwatną formę pomocy.

4.3 TWORZENIE KLUBÓW WSPARCIA DLA OSÓB Z DOŚWIADCZENIEM KRYZYSU ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Potrzebny jest “pomost” pomiędzy szpitalem psychiatrycznym a powrotem do aktywności społecznej i zawodowej. Tymczasem coraz częściej kluby pacjenta są zamykane.

4.4 ZOBOWIĄZANIE MINISTERSTWA RODZINY I POLITYKI SPOŁECZNEJ DO OPRACOWANIA I WDROŻENIA PROGRAMU AKTYWIZACJI ZAWODOWEJ OSÓB Z DOŚWIADCZENIEM KRYZYSU PSYCHICZNEGO

Program powinien zawierać nie tylko stosowane obecnie ułatwienia dla osób z niepełnosprawnościami (dofinansowanie do wynagrodzenia, urlop rehabilitacyjny itd.), ale też uwzględniać proces rekrutacji, w tym pomoc w przygotowaniu się do rozmowy kwalifikacyjnej.

4.5 WPROWADZENIE SYSTEMOWEGO MIESZKALNICTWA WSPOMAGANEGO DLA DOROSŁYCH Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

W ramach realizacji zapisów konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych oraz wdrażania zasad deinstytucjonalizacji opieki stacjonarnej istnieje konieczność zwiększania nakładów finansowych na tworzenie infrastruktury nowych mieszkań wspomaganych i zespołów takich mieszkań oraz ustawowe zagwarantowanie ich stabilności. Dotyczy to również mieszkań przeznaczonych dla dorosłych z zaburzeniami psychicznymi. Ma to szczególne znaczenie dla osób, które były wielokrotnie hospitalizowane i nie mogą liczyć na wsparcie rodziny. Potrzebne są zarówno mieszkania docelowe, jak i treningowe.

Obecnie mimo przyjęcia dwóch strategii rządowych: Strategii na rzecz osób z niepełnosprawnościami 2021–2030 i Strategii rozwoju usług społecznych, polityka publiczna na lata 2021–2030 (z perspektywą do 2035 r.) oraz programów – Centra Opiekuńczo-Mieszkalne (Fundusz Solidarnościowy) i Wspomagane Społeczności Mieszkaniowe (PFRON), brak jest realnych, wymiernych społecznie i adekwatnych do skali potrzeb efektów tych wciąż tylko pilotażowych – a nie ustawowych – działań.

Oprócz tworzenia powszechnie dostępnych pojedynczych mieszkań wspomaganych, niezbędne są zespoły takich mieszkań lub małych domów w społeczności lokalnej z zagwarantowanym indywidualnym, adekwatnym do potrzeb wsparciem. To jedyna zapewniająca godne życie alternatywa dla domów pomocy społecznej.

Problematyka mieszkalnictwa wspomaganego powinna znaleźć się w zapisach ustawy o wyrównywaniu szans bądź w odrębnej ustawie o mieszkalnictwie wspomaganym. W takich mieszkaniach powinny być zagwarantowane standardy zapewniające zachowanie autonomii, godności, decyzyjności i podmiotowości ich mieszkańców. Ważny jest także środowiskowy charakter wsparcia i wprowadzenie rozwiązań zgodnych z ideą deinstytucjonalizacji i wymogami prawa unijnego.

Prawo do zamieszkania w takich mieszkaniach powinny mieć także osoby korzystające z dziennych form wsparcia i pozostające w związkach, gdy tylko jedna z nich wymaga wsparcia. Podtrzymywanie więzi uczuciowych, rodzinnych i społecznych jest kluczowe dla zapewnienia dobrostanu psychicznego i sprzyja procesowi zdrowienia. Nie można też nikogo wykluczać ze względu na wiek.

4.6 TWORZENIE HOSTELI DLA OSÓB W KRYZYSIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Uzupełnienie w jak największym stopniu usług świadczonych przez Centra Zdrowia Psychicznego o świadczenia udzielane w hostelu kryzysowym zgodnie ze standardem opracowanym i przekazanym do Ministerstwa Zdrowia w ramach projektu Standardu diagnostyczno-terapeutycznego w centrach zdrowia psychicznego przez Biuro ds. pilotażu NPOZP na 2022 r. Obszar II – standardy etapu II ścieżki pacjenta, Hostel kryzysowy.

4.7 ZAPEWNIENIE WSPARCIA PSYCHOLOGICZNEGO, PRAWNEGO I WYTCHNIENIOWEGO CZŁONKOM RODZIN OSÓB W KRYZYSIE PSYCHICZNYM ORAZ ZWIĘKSZENIE LICZBY GODZIN USŁUG OPIEKUŃCZYCH



ZESPÓŁ REDAKCYJNY:

ROMAN SZACKI

Koordynator Zespołu Praw Osób z Niepełnosprawnościami Inicjatywy „Nasz Rzecznik”, ruch społeczny Godność i Wsparcie Drogą i Nadzieją, inicjator prac nad Manifestem Zdrowia Psychicznego

HANNA PASTERNY

Fundacja Wielogłosu i Centrum Rozwoju Inicjatyw Społecznych CRIS

AGNIESZKA EJSMONT

Grupa Wsparcia Osób z Doświadczeniem Kryzysu Psychicznego TROP

MAGDALENA ŻEBROWSKA

Fundacja eF kropka

LEA ATTER

Fundacja eF kropka, Studenckie Koło „Nikogo” Uniwersytetu Warszawskiego

EDWARD BOLAK

Ruch społeczny Godność i Wsparcie Drogą i Nadzieją, Fundacja Wspólnota Nadziei

ANNA DUNIEWICZ

Koordynatorka Inicjatywy „Nasz Rzecznik”, Inicjatywa obywatelska „Chcemy całego życia!”

HANNA PASTERNY

Opracowanie tekstu

BOGDAN BUKOWIECKI

Projekt graficzny, skład i łamanie

Listopad 2023



OBROŃCY MOICH I TWOICH PRAW
#NASZ RZECZNIK



Ogólnopolska
Federacja
Organizacji
Pozarządowych

