

Nowe spojrzenie na zdrowie psychiczne w Polsce i Europie - rekomendacje

Uczestniczki i uczestnicy inicjatywy:

Joanna Rogalska

Katarzyna Szczerbowska

Magdalena Bigaj

Anna Tarnawska

Marek Balicki

prof. Andrzej Cechnicki

Bartosz Bartosik

Zbigniew Nosowski

Konrad Ciesiołkiewicz



**Komitet Dialogu
Społecznego**

Krajowej Izby Gospodarczej

SPIS TREŚCI

1. Wstęp	1
2. Nowe spojrzenie na zdrowie psychiczne	2
Psychiatria humanistyczna	2
Stres, trauma i problemy psychiczne	2
Środowiskowy model psychiatrii w Krakowie	4
Włączanie osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego w proces leczenia chorych	5
Rehabilitacja poprzez pracę	6
3. Nowe spojrzenie na opiekę psychiatryczną: pilotaż Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego	7
Finansowanie opieki psychiatrycznej w Polsce i Europie	7
Cele i założenia pilotażu NPOZP	9
Centra Zdrowia Psychicznego jako główny element NPOZP	9
Dotychczasowe efekty działania pilotażu NPOZP	10
4. Rekomendacje dot. opieki psychiatrycznej w Polsce	12

1 Wstęp

Problemy z dobrostanem psychicznym są wyzwaniem cywilizacyjnym. Intensywność, presja efektywności, brak stabilizacji zatrudnienia, stres informacyjny, tempo życia i rosnące oczekiwania sprawiają, że coraz więcej z nas zatracza radość życia i wewnętrzną równowagę. Wiele osób doświadcza wypalenia zawodowego, stanów lękowych i innych dysfunkcji. Z szacunków Światowej Organizacji Zdrowia (jeszcze sprzed pandemii) wynika, że 25 proc. społeczeństwa w ciągu życia doświadczy kryzysu psychicznego. Tymczasem w Polsce mamy obecnie najmniej lekarzy psychiatrów, w stosunku do wielkości populacji, w całej Unii Europejskiej. Dlatego Komitet Dialogu Społecznego KIG (KDS KIG) włącza się w działania zwiększające świadomość społeczną w zakresie zdrowia psychicznego.

Wyrażając naszą wdzięczność, wspieramy starania liderów i liderki ruchu na rzecz zdrowia psychicznego w Polsce skupionych wokół Kongresu Zdrowia Psychicznego, pilotażu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, Fundacji eKropka oraz Stowarzyszenia na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej. Ich działania zmierzają do rozwoju Centrów Zdrowia Psychicznego, zwiększenia skali finansowania opieki psychiatrycznej oraz powstania ustawy niezbędnej do realizacji tych zadań. W pierwszej kolejności nasze kroki kierujemy w stronę pracodawców publicznych i prywatnych, samorządów, a także liderów i liderki życia publicznego, którym na sercu leży psychospołeczna kondycja Polek i Polaków. Potrzeba mądrego zarządzania i mądrej polityki publicznej są dzisiaj racją stanu.

Konrad Ciesiołkiewicz
przewodniczący Komitetu Dialogu Społecznego KIG



Sytuacja osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi oraz systemu opieki psychiatrycznej w Polsce od lat jest zła. Dlatego środowisko Więzi systematycznie powraca do obu problemów. Niejednokrotnie zwracaliśmy uwagę na niepokojące sygnały, płynące z tych obszarów. W pewnym momencie wydawało się, że zarówno eksperci, jak i decydenci zaczęli mówić jednym głosem, ale niestety pierwsza edycja Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego zakończyła się fiaskiem. Na szczęście obecnie wszystko zmierza w o wiele lepszym kierunku i można oczekiwać, że kończący się niebawem pilotaż NPOZP na zawsze zmieni standardy opieki i społeczny odbiór chorób psychicznych. Wdrażana strategia skutecznie łączy podejście humanistyczne z wymaganiami instytucjonalnymi. W tej koncentracji na doświadczeniu człowieka słyszę echa filozofii personalistycznej.

Zbigniew Nosowski
redaktor naczelny kwartalnika „Więź”, dyrektor programowy Laboratorium „Więzi”



2

Nowe spojrzenie na zdrowie psychiczne

Psychiatria humanistyczna

Nowe podejście do zdrowia psychicznego jest humanistyczne. Stawia w centrum godność i doświadczenia człowieka. Z tego punktu widzenia kluczową rolę w kształtowaniu ludzkiej psychiki odgrywa „witamina M”, czyli miłość. Stanowi ona fundament, na którym tuż po narodzinach dziecka poprzez dotyk, spojrzenie i poświęcanie uwagi zaczynają się kształtować relacje oparte na zaufaniu. Dzięki temu dorosły człowiek posiada dyspozycje do obdarzania miłością i zaufaniem innych ludzi. Jest również w stanie wypracować w sobie elastyczność w myśleniu i działaniu oraz czerpać radość z relacji z ludźmi. Będzie oparciem dla swoich dzieci w kolejnych pokoleniach.

Z tych przesłanek powstał **nurt psychiatrii humanistycznej, którego ambicją jest odejście od leczenia szpitalnego, wiążącego się ze stygmatyzacją chorych, na rzecz terapii środowiskowej**. Dzięki temu proces leczenia osób w kryzysie psychicznym przebiega w ich najbliższym otoczeniu. Zwiększa to dostępność i skuteczność terapii oraz sprzyja ponownemu włączaniu i powrotowi pacjentów do życia, które prowadzili przed chorobą.

Nurt psychologii humanistycznej powstał w USA w latach 60. XX wieku. Za jego prekursora uznaje się Carla Rogersa. Wśród polskich przedstawicieli trzeba wymienić **Antoniego Kępińskiego** i **Kazimierza Dąbrowskiego**.

Psychologia humanistyczna stanowiła reakcję na dwa inne popularne wówczas nurty badawcze: **psychoanalizę** oraz **behawioryzm**. Natomiast jej inspiracją były wpływowe koncepcje filozoficzne: **egzystencjalizm** i **fenomenologia**.

Stres, trauma i problemy psychiczne

Różnego rodzaju zaburzenia psychiczne mogą dotyczyć nawet 33 proc. danej społeczności. Spośród wszystkich przypadków zaburzeń nawet 1/5 można określić jako ciężkie. Dotyczy to przede wszystkim osób, u których przewlekłe występuje kilka rodzajów chorób. Najczęstszym zaburzeniem psychicznym są **zaburzenia lękowe**, stanowiące 16 proc. przypadków, oraz **zaburzenia nastroju (depresja)** – 10 proc. Część z występujących zaburzeń nie ma silnych objawów i nie wpływa widocznie na codzienne funkcjonowanie człowieka.



Przeciętny czas trwania życia osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego jest o wiele krótszy niż w całej populacji. Nawracająca depresja skutkuje przeciętnie o 10 lat krótszym życiem. Zaburzenia dwubiegunowe, schizofrenia, mogą skrócić życie nawet o 20 lat. Z kolei wpływ uzależnień na długość życia może wynosić nawet 24 lata.

Prof. Andrzej Cechnicki

lekarz psychiatra, kierownik Zakładu Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii Collegium Medicum UJ

Stres osłabia siłę życiową człowieka, negatywnie wpływa na więzi i relacje międzyludzkie. Leży też u podstaw wielu zaburzeń psychicznych, a jeśli występuje długotrwale i z dużym nasileniem może powodować traumę. Ludzie różnią się od siebie pod względem biologicznej podatności na stres.

Wydarzenia życiowe, które mogą powodować traumę:

- Bieda
- Dyskryminacja ze względu na pochodzenie (rasizm)
- Nadużycia wobec dzieci
- Zaniedbania wobec dzieci
- Prześladowania i zastraszanie
- Migracje
- Gwałty i ataki fizyczne
- Zdrowie i stres u matki przed porodem
- Komplikacje okołoporodowe
- Walka na froncie wojennym

Współcześnie najistotniejszym czynnikiem traumatyzującym na świecie jest bieda. Jednak traumy w doświadczeniu człowieka mogą się kumulować i wówczas ich negatywne oddziaływanie jest zdecydowanie silniejsze. Z badań przeprowadzonych przez Marka Shevlina i jego współpracowników wynika, że osoby, które doświadczyły trzech rodzajów traum 18 razy częściej miały objawy psychotyczne niż osoby bez takich doświadczeń. W przypadku pięciu rodzajów traum jest to aż 193 razy częściej.



Geny ryzyka mogą spać, ale traumatyczny kontekst powoduje, że budzą się z uśpienia. Mamy do czynienia z ciągłą grą między dyspozycją genetyczną a kontekstem psychospołecznym. Grą między stresem a podatnością na stres, która może być zwiększona przez zaburzone relacje społeczne. A kompetencje i siła, aby pokonywać stres, to nie tylko kwestia indywidualna, ale też społeczne, organizacyjne i kulturowe wyzwanie.

Prof. Andrzej Cechnicki

lekarz psychiatra, kierownik Zakładu Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii Collegium Medicum UJ



Prof. Andrzej Cechnicki, lekarz psychiatra, psychoterapeuta. Kierownik Zakładu Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii Collegium Medicum UJ. Krajowy koordynator Programu Przeciwko Piętnu i Wykluczeniu Osób Chorujących Psychiczenie we współpracy z WHO. Pomysłodawca i realizator krakowskiego systemu leczenia i rehabilitacji osób chorujących na schizofrenię oraz programu integracji zawodowej: Pensjonatu "U Pana Cogito", „Catering Cogito” i „Zielonego Dołu”, w których zostały zatrudnione osoby po kryzysach psychicznych.

Środowiskowy model psychiatrii w Krakowie

Podstawowa zasada psychiatrii środowiskowej polega na włączeniu całego znaczącego otoczenia we współpracę w zmaganiach z kryzysem psychicznym i z cierpieniem. Mam tutaj na myśli rodzinę, partnerów, osoby wspólnie mieszkające, środowisko pracy, ale również uwzględnienie sytuacji bytowej, np. bezrobocia, które dotknęło naszego pacjenta. Psychiatria środowiskowa uwzględnia i leczy nie tylko mózg i pojedynczą osobę, ale cały społeczny mikrosystem. **Każdy lekarz musi scalić w sobie dwie perspektywy. Z jednej strony musi mieć umiejętność zanurzenia się w „wewnętrzny świat”, „towarzyszenia choremu w jego chorobie”, starać się ją zrozumieć, nadać sens przeżyciom chorego porządkując jego wewnętrzny chaos, często przez samą obecność i troskliwość. Równocześnie musi być wrażliwy na zjawiska, które są realnym doświadczeniem pacjentów i ich rodzin.** Chodzi tu o zjawiska takie jak: bezdomność, bezrobocie, pusty dzień, samotność, pauperyzacja w świecie konsumpcji, brak albo pęknięcie więzi rodzinnych i społecznych, a nawet wrogość i odrzucenie, zniszczone społeczne nisze przez zorientowany jedynie na zysk rynek, piętno, zwykły brak wiedzy o chorobie i leczeniu, przeciążenie rodziny, wypalenie w zespołach prowadzących leczenie i brzemień w rodzinach podejmujących trud opieki nad chorym, komercjalizacja i rak biurokracji, a więc zjawiska, z którymi w terapii środowiskowej stykamy się na co dzień. **Od umiejętności i stopnia, w jakim poszczególni lekarze, terapeuci, zespoły terapeutyczne i instytucje potrafią scalić, zintegrować te dwie, jakże często rozszczepione, perspektywy w spójne działania w duchu Antoniego Kępińskiego, w „tworzenie wspólnej przestrzeni” nie tylko terapeutycznej, również przestrzeni wspólnego życia, będzie zależał wynik zmagania o nasze zdrowie psychiczne.** I to uważam w środowiskowo zorientowanej reformie opieki psychiatrycznej za naprawdę istotne.

Dlatego też radni Krakowa, uchwałą Rady Miasta z października 2014 r., określili działania Prezydenta miasta, mające na celu realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Był to istotny dokument dla rozwoju modelu psychiatrii środowiskowej w stolicy Małopolski. Obecnie, we wspólnej inicjatywie Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Szpitala Uniwersyteckiego, Stowarzyszenia na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej i organizacji Pacjentów i Rodzin powstała sieć instytucji, która służy mieszkańcom miasta. Ważną rolę dla rozwoju kreatywności oraz społecznego uczestnictwa odgrywa współpraca z placówkami kultury m.in. Teatrem im. Juliusza Słowackiego, Pałacem Sztuki, Centrum Kultury Żydowskiej. Istotne, że wszystkie miejsca na mapie środowiskowego modelu psychiatrii w Krakowie znajdują się w okolicach Starówki. Krakowskie doświadczenie jest też wkładem w tworzenie opieki w Centrach Zdrowia Psychicznego w całym kraju. To program przygotowywany przez kilka pokoleń psychiatrów, a jego Patronem w Krakowie jest Profesor Antoni Kępiński. **Środowiskowy model opieki psychiatrycznej powstał po to, aby zachować istotne w leczeniu wartości sprzyjające zdrowieniu – ciągłość opieki, jej stabilność, więzi w lokalnej wspólnotcie, poczucie współodpowiedzialności.** To program „Od pacjenta do osoby” a zmiany organizacyjno-finansowe mają pomóc wypełnić go wiarygodną treścią.



Coraz więcej krajów odchodzi od leczenia zdrowia psychicznego w dużych ośrodkach leczniczych. Zwracamy się do lokalnej społeczności. Dlaczego do niej? Bo mówimy wówczas o opiece, która poprawia jakość leczenia psychiatrycznego – jego dostępność, ciągłość i skuteczność, ogranicza hospitalizację, uruchamia miejscowe inicjatywy i zasoby społeczne. Przeciwdziała stygmatyzacji i wykluczeniu, bo w całym narodzie nie zmienimy postaw, ale wśród naszych sąsiadów, na naszej ulicy, w naszej gminie – to możemy zrobić.

Prof. Andrzej Cechnicki

lekarz psychiatra, kierownik Zakładu Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii Collegium Medicum UJ

Włączanie osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego w proces leczenia chorych

Jednym z głównych założeń psychiatrii humanistycznej, które realizuje również wskazany wyżej krakowski model opieki, jest nowa, aktywna rola pacjentów w procesie leczenia. **Włączenie osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego w edukację, badania i leczenie poprawia jakość opieki.** Działa również na korzyść chorych, którzy zyskują podmiotowość i mogą swoim głosem opowiedzieć o doświadczeniu kryzysu.



Jestem ekspertem przez doświadczenie – to misja, ale też sposób na życie osób, które przeszły przez kryzys psychiczny z całym jego bagażem i bogactwem, zdobyły wiedzę, jak sobie z nim radzić i działają na rzecz innych osób z doświadczeniem kryzysu. Eksperci przez doświadczenie szkolą, edukują, udzielają się w mediach, lobbują na rzecz zmian w psychiatrii, reagują na nadużycia wobec osób, które przeszły kryzysy psychiczne. I mówią publicznie o swoim własnym doświadczeniu chorowania i zdrowienia.

Joanna Rogalska

osoba z doświadczeniem kryzysu psychicznego, asystentka zdrowienia w Słuskim Centrum Zdrowia Psychicznego

Asystent zdrowienia to osoba, która w przeszłości doświadczyła kryzysu psychicznego i po odbyciu specjalistycznego szkolenia korzysta ze swoich przeżyć i wiedzy, aby pomagać chorym. Asystent skutecznie pośredniczy między lekarzem a chorym, gdyż potrafi przetłumaczyć doświadczenia chorego na język terapii. Dzięki swoim kompetencjom, łączącym świat choroby i leczenia, ma szansę zbudować więź z osobą w kryzysie i przyczynić się do jej szybszego wyzdrowienia i ponownego włączenia do życia społecznego.



Asystenci zdrowienia przeszli podobne doświadczenia jak ich podopieczni, ale podnieśli się, umocnili i są w stanie swoje doświadczenia przekazać innym. Dlatego są wsparciem zarówno w kryzysach jak i po nich. Bardzo szybko nawiązują intuicyjny kontakt z pacjentem. Ekspert przez doświadczenie jest swoistym łącznikiem między pacjentem a personelem medycznym. Dokonuje przekładu języka odczuć na język medyczny. A przede wszystkim daje nadzieję, że wyzdrowienie jest możliwe. Daje poczucie bezpieczeństwa i bycia na równi z innymi. Nie zastępuje specjalistów, a stanowi dopełnienie usług pomocowych.

Joanna Rogalska

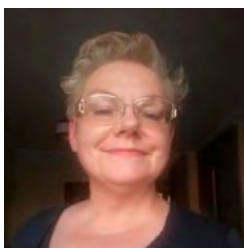
osoba z doświadczeniem kryzysu psychicznego, asystentka zdrowienia w Słuskim Centrum Zdrowia Psychicznego



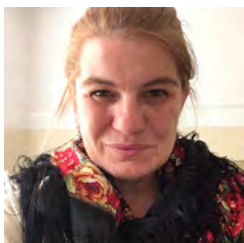
W 2014 r. powiedziałam publicznie, w telewizji, że mam diagnozę schizofrenii. Sama jestem zdziwiona, że można z tego wyzdrowieć i wrócić do życia. To zdziwienie towarzyszy mi odkąd psychoza się wycofała. Dziś jest jednym z motorów mojego działania na rzecz osób z doświadczeniem kryzysu i ich bliskich. Jestem dowodem na to, że choroba psychiczna to nie jest wyrok na całe życie, tylko coś, z czym można sobie poradzić.

Katarzyna Szczerbowska

osoba z doświadczeniem kryzysu psychicznego, rzeczniczka Biura ds. pilotażu NPOZP i rzeczniczka Kongresu Zdrowia Psychicznego



Joanna Rogalska, osoba z doświadczeniem kryzysu psychicznego, chorująca na zaburzenia depresyjno-lękowe w ChAD typu mieszanego. Politolog (UG) i historyk najnowszych dziejów Polski (UW). Certyfikowany Ex-In (ekspert przez doświadczenie w opiece psychiatrycznej). Animatorka oddolnych grup samopomocowych. Pracuje jako asystentka zdrowienia w Słuskim Centrum Zdrowia Psychicznego.



Katarzyna Szczerbowska, osoba z doświadczeniem kryzysu psychicznego, z diagnozą schizofrenii paranoidalnej. Przez 20 lat pracowała jako dziennikarka. Jest w radzie Fundacji eKropka i w Akademii Liderów Cogito. Ma Certyfikat Experta Cogito. Rzeczniczka Biura ds. pilotażu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego i rzeczniczka Kongresu Zdrowia Psychicznego.

Rehabilitacja poprzez pracę

Jednym z kluczowych elementów terapii środowiskowej jest rehabilitacja poprzez pracę. Osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego często mają obniżone poczucie własnej wartości i boją się podjąć jakąkolwiek pracę. Tymczasem **stanowi ona bardzo istotną część terapii, ponieważ oznacza ponowne nawiązanie relacji społecznych**. Jednak nawet gdy osoba z doświadczeniem kryzysu jest gotowa do podjęcia zatrudnienia wówczas często trafia na przeszkody ze strony pracodawców.



Zdecydowanie zbyt rzadko mówi się o tym, jak wiele może wnieść rehabilitacja zawodowa w zdrowienie osób po kryzysie. Dlatego apeluję o tworzenie miejsc pracy dla osób po kryzysach psychicznych i dla osób niepełnosprawnych, we współpracy z PFRON, z urzędami pracy, z szansą na spore dofinansowanie. Także my, asystenci zdrowienia, apelujemy o miejsca pracy. Możemy być znakomitym wsparciem dla biznesu, jako konsultanci w HR. Obecnie pojawiają się niestety pierwsze symptomy, że kryzys pandemiczny to również kryzys psychiczny, wynikający z poczucia zagrożenia, izolacji, lockdownu.

Joanna Rogalska

osoba z doświadczeniem kryzysu psychicznego, asystentka zdrowienia w Słuskim Centrum Zdrowia Psychicznego



Praca ma ogromną terapeutyczną moc, daje sens, wzmacnia, pomaga skupić się na tym, co mamy do zrobienia, a nie na tym, co ktoś o mnie pomyślał czy na tym, jaki świat jest trudny. Daje samodzielność i niezależność finansową. Warto objąć pracowników pakietem opieki medycznej zawierającym konsultacje z psychologiem, psychiatrą, seksuologiem czy psychoterapeutą. Byłoby wspaniale, gdyby o kryzysie psychicznym można było porozmawiać ze swoim szefem. Psychoza nigdy nie powinna być powodem do zwolnienia z pracy. Ja miałam dwie psychozy, dwa długie, bo półroczne pobyty w szpitalu, wróciłam do pracy w czasopiśmie, do której przyjęła mnie z powrotem redaktor Paulina Stolarek-Marat, wyciągnęła do mnie rękę, bo wierzyła, że wystarczy poczekać, a ja do siebie wrócę.

Katarzyna Szczerbowska

osoba z doświadczeniem kryzysu psychicznego, Rzeczniczka Biura ds. pilotażu NPOZP i rzeczniczka Kongresu Zdrowia Psychicznego

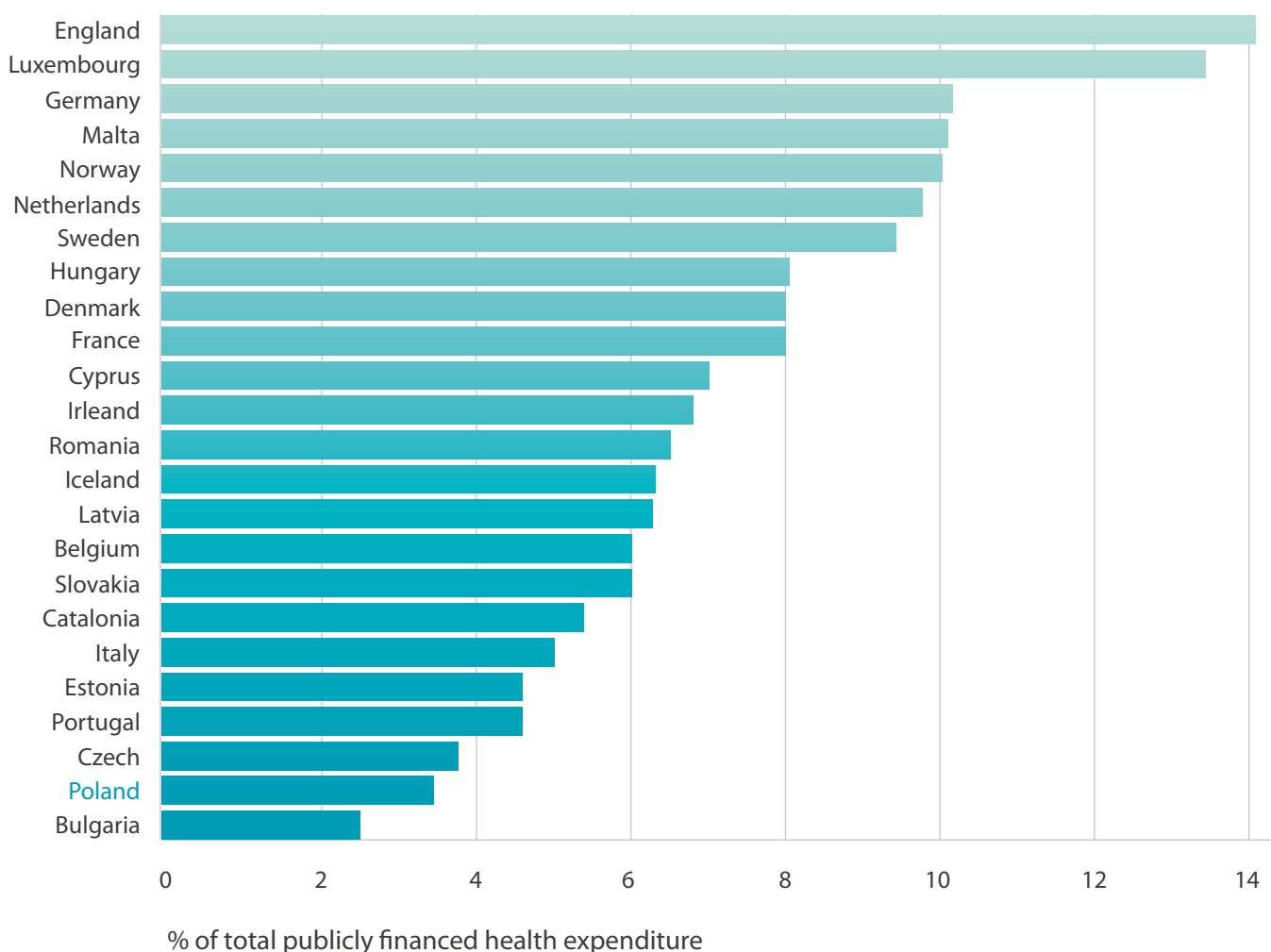
3

Nowe spojrzenie na opiekę psychiatryczną: pilotaż Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP)

Finansowanie opieki psychiatrycznej w Polsce i Europie

Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia (z 26 listopada 2020 r.) wynika, że wydatki na świadczenia zdrowotne wyniosły w Polsce 99,74 mld zł. Z tej puli 3,24 mld zł, czyli 3,2 proc., przeznaczono na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień.

Percentage of total public expenditure on health spent on mental health

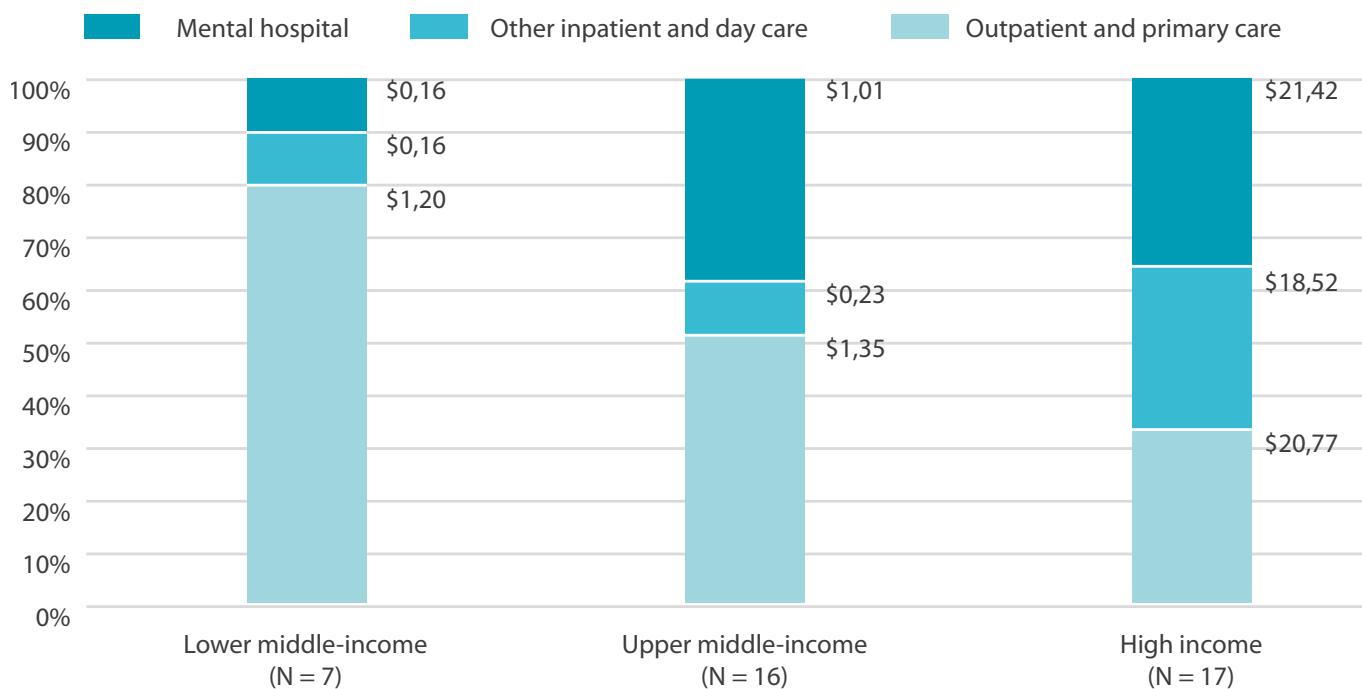


Źródło: LSE PSSRU, MHE, „Economics, mental health and policy: an overview” (2008)

Porównanie nakładów na opiekę psychiatryczną w Polsce i innych krajach europejskich jest utrudnione ze względu na brak aktualnych danych. Z raportu badaczy London School of Economics z 2008 r. wynika, że Polska miała niemal najniższy udział wydatków na opiekę psychiatryczną wśród krajów europejskich.

W Polsce problem stanowią nie tylko niskie nakłady, ale również struktura finansowania opieki psychiatrycznej. Według WHO, w krajach o wysokich dochodach, do których według Banku Światowego należy również Polska, struktura finansowania opieki psychiatrycznej jest zrównoważona. Mniej więcej po jednej trzeciej środków jest przeznaczanych na leczenie szpitalne, dzienną opiekę szpitalną, opiekę ambulatoryjną/POZ. Tymczasem w Polsce przed pilotażem NPOZP w strukturze wydatków na opiekę psychiatryczną zdecydowanie dominowało leczenie szpitalne, charakterystyczne dla krajów o niskim dochodzie. Stanowiło 70 proc. kosztów przy zaledwie 1 proc. udziału kosztów leczenia środowiskowego.

Distribution of mental health expenditure per capita, by care setting



Źródło: WHO, „Mental Health Atlas” (2014)



Zaburzenia psychiczne są pierwszą grupą zaburzeń, jeśli chodzi o koszty Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z tytułu niezdolności do pracy. A trzecią jednostką chorobową, jeśli chodzi o koszty ZUS – po problemach zdrowotnych związanych z ciążą oraz z układem kostno-stawowym - jest schizofrenia. Ponosimy zatem straty jako jednostki i jako społeczeństwo nie organizując we właściwy sposób modelu opieki psychiatrycznej.

dr Marek Balicki

lekarz psychiatra, kierownik Biura ds. pilotażu NPOZP, pełnomocnik Ministra Zdrowia ds. reformy psychiatrii



dr Marek Balicki, lekarz psychiatra, b. minister zdrowia, b. poseł i senator, kierownik Biura ds. pilotażu NPOZP, pełnomocnik Ministra Zdrowia ds. reformy psychiatrii.

Cele i założenia pilotażu NPOZP

Pilotaż Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 stanowi drugą próbę wypracowania reformy ochrony zdrowia psychicznego w Polsce. Pierwsza edycja programu z lat 2011-2015 została uznana przez Najwyższą Izbę Kontroli za fiasco. NPOZP realizuje zapisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z 1994 r., w której przewidziano, że obok tradycyjnych form opieki – ambulatoryjnej, szpitalnej, doraźnej – powinna również działać pomoc dzienna i środowiskowa. Jednak **w 2018 r. tylko nieco ponad 1/3 powiatów w Polsce miała na swoim terenie zespół leczenia środowiskowego, tylko 1/3 powiatów miała oddział dzienny.**

Art. 5. Opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi jest wykonywana w ramach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, zwłaszcza psychiatrycznej opieki zdrowotnej – w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej oraz w domach pomocy społecznej.

Źródło: Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego

Głównym celem pilotażu NPOZP jest zorganizowanie leczenia środowiskowego, dostępnego dla wszystkich potrzebujących w okolicy ich miejsca zamieszkania. Dzięki temu będzie można zmniejszyć odsetek hospitalizacji psychiatrycznych. Z kolei ten proces przyniesie także bardzo pożądane zmiany społeczne, ponieważ przyczyni się do destygmatyzacji zarówno chorych, jak i samego zjawiska choroby psychicznej.



NPOZP przyczynia się do kształtowania właściwych postaw społecznych, w szczególności zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania stygmatyzacji. Wyrazem stygmatyzacji strukturalnej - na poziomie państwa, narodu, społeczeństwa - jest to, że dotąd tak nisko finansowaliśmy psychiatrię i utrzymywaliśmy źle finansowane szpitale psychiatryczne poza naszym wzrokiem, bo one przecież z reguły są zlokalizowane poza obszarem dużych miast.

dr Marek Balicki

lekarz psychiatra, kierownik Biura ds. pilotażu NPOZP, pełnomocnik Ministra Zdrowia ds. reformy psychiatrii

Centra Zdrowia Psychicznego jako główny element NPOZP

NPOZP zakłada, że każda osoba potrzebująca pomocy psychiatrycznej znajdzie ją w pobliżu miejsca swojego zamieszkania. W tym celu będzie się musiała udać do lokalnego Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP). W zależności od gęstości zaludnienia może ono obsługiwać dzielnice dużego miasta, mniejsze miasto, powiat lub kilka powiatów. Dzięki CZP pacjent ma zapewnioną kompleksową opiekę psychiatryczną.

Kluczowym elementem CZP jest Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny, czynny w dni robocze, w godz. 8.00-18.00. Dostęp do niego nie wymaga skierowania od lekarza pierwszego kontaktu. W ciągu 72 godzin osoba potrzebująca pilnego wsparcia uzyskuje pomoc psychiatry. Skrócenie do minimum czasu oczekiwania na udzielenie profesjonalnej porady powoduje, że pacjent trafia do lekarza w momencie, gdy kryzys dopiero się rozpoczyna.

Nowymi elementami w ekosystemie CZP są asystenci zdrowienia, koordynatorzy opieki a także plany terapii i zdrowienia. Koordynatorzy opieki pełnią funkcje menedżerów, którzy z jednej strony odpowiadają za plany zdrowienia, a z drugiej utrzymują kontakty z doradcami zawodowymi lub pomocą społeczną.



Niezwykle istotna jest możliwość uzyskania pomocy, kiedy kryzys dopiero zaczyna się rozwijać. W podejściu terapeutycznym opartym na otwartym dialogu pierwszą zasadą jest rozpoczęcie procesu terapeutycznego w najkrótszym możliwym czasie. To podejście powstało w Finlandii i po latach okazuje się, że w tamtej społeczności żyje mniej osób z rozpoznaniem schizofrenii i mniejsza jest konsumpcja leków antypsychotycznych zamiast leków psychotropowych. W Polsce gdy pacjenci dowiadawali się przez telefon, że mogą przyjść do poradni od ręki, często nie mogli w to uwierzyć.

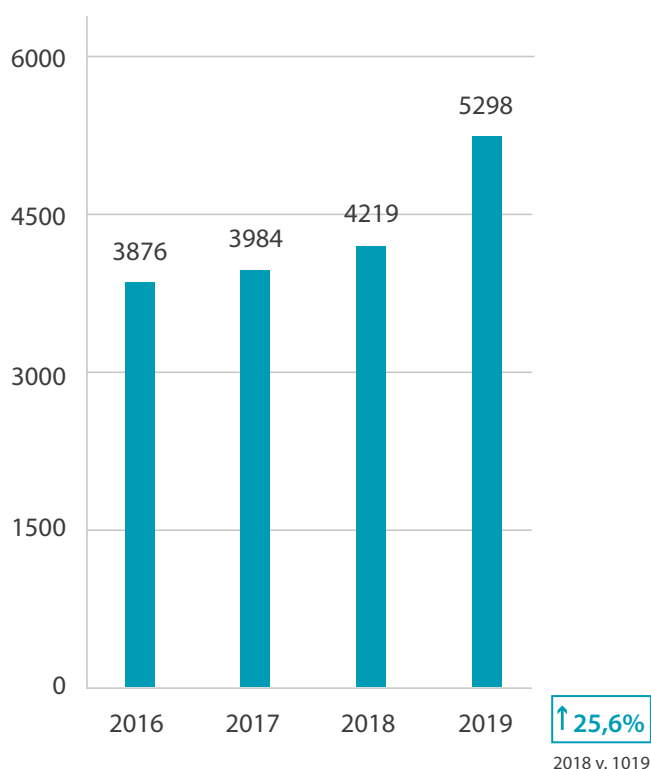
dr Marek Balicki

lekarz psychiatra, kierownik Biura ds. pilotażu NPOZP, pełnomocnik Ministra Zdrowia ds. reformy psychiatrii

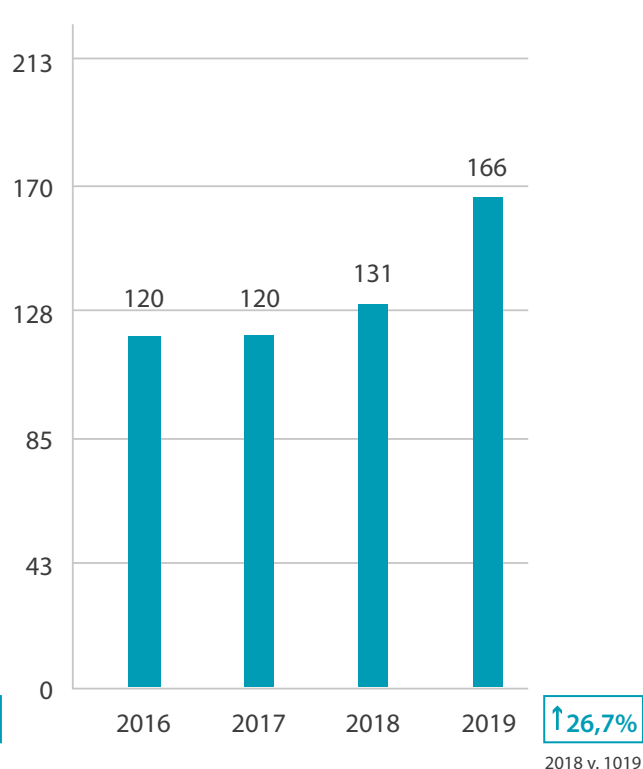
Dotychczasowe efekty działania pilotażu NPOZP

W wyniku pilotażu NPOZP **powstały 33 CZP w 16 województwach. W zasięgu ich działania mieszka 3,8 mln osób**, które mogą skorzystać z pomocy psychiatrycznej. W 2020 r. województwo kujawsko-pomorskie oraz wielkopolskie przygotowały plany obszarów działania CZP na ich terenach. W ciągu dwóch lat podobne plany powstaną we wszystkich województwach.

Liczba świadczeń psycholog. i psychoterapeutycznych na 100 tys. mieszkańców w grupie CZP 1 (Pomoc ambulatoryjna)

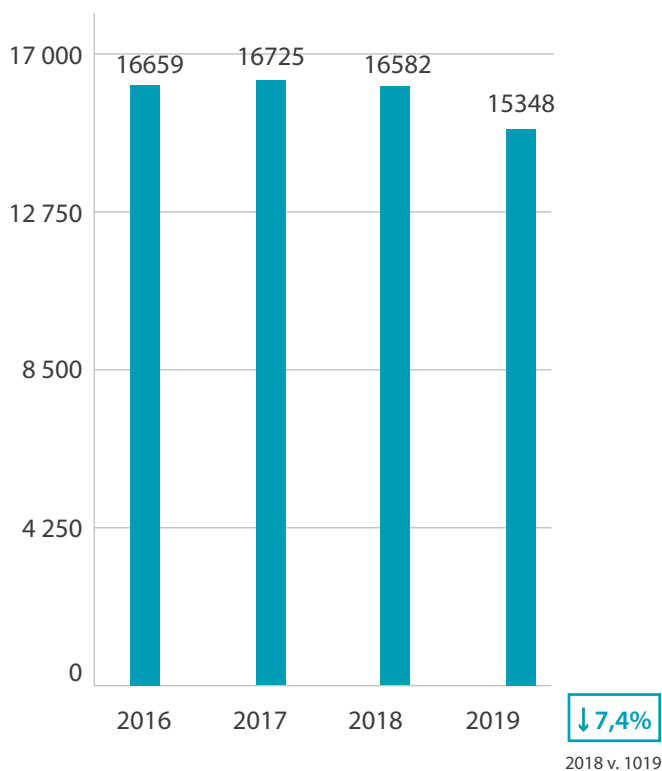


Leczeni, którzy korzystali z wizyt domowych/środowiskowych

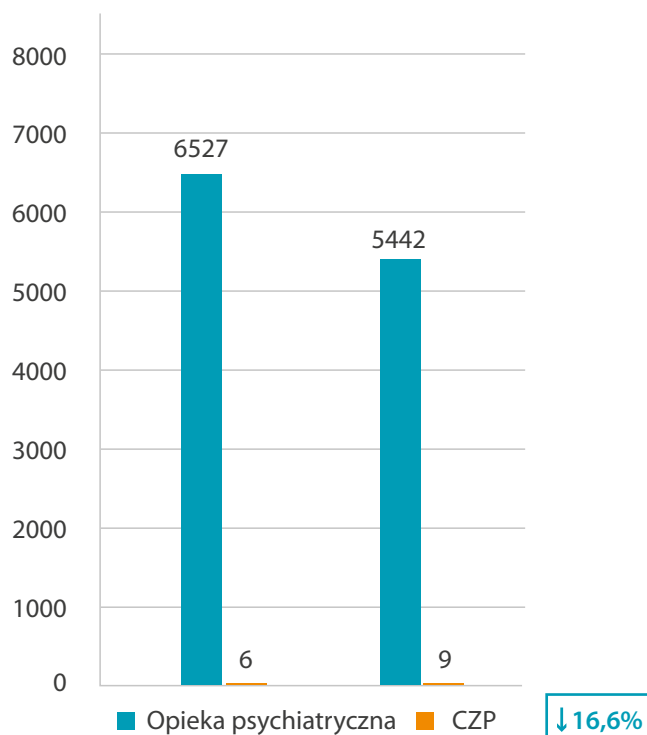


Źródło: NPOZP

Hospitalizacje ogólne psychiatryczne bez detoksykacji, liczba osobodni na 100 tys. mieszkańców w grupie CZP 1



Liczba skarg do Rzecznika Praw Pacjenta



Źródło: NPOZP



Porównując rok 2018 i 2019 widzimy, że spektakularnie, bo o 26 proc. wzrosła liczba świadczeń udzielanych przez psychologów i psychoterapeutów. O 27 proc. wzrosła liczba osób objętych pomocą w miejscu zamieszkania. O 7 proc. – jak na rok do roku to duży spadek – spadła liczba dni pobytu w szpitalach. A o 17 proc. zmniejszyła się liczba skarg na opiekę psychiatryczną kierowanych do Rzecznika Praw Pacjenta. Na 15 skarg na Centrum Zdrowia Psychicznego 6 skarg złożono jeszcze przed rozpoczęciem pilotażu, a 4 stanowiły skargi mieszkańców spoza obszarów działania CZP.

dr Marek Balicki

lekarz psychiatra, kierownik Biura ds. pilotażu NPOZP, pełnomocnik Ministra Zdrowia ds. reformy psychiatrii

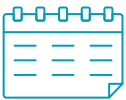
4

Rekomendacje dot. opieki psychiatrycznej w Polsce



Zwiększenie finansowania opieki psychiatrycznej

Udział wydatków na opiekę psychiatryczną w publicznych wydatkach na opiekę zdrowotną w Polsce musi wzrosnąć z 3,2 proc. do 5 proc. Obecnie na ten cel Polska przeznacza 3,24 mld zł. Kwota ta powinna zostać zwiększona do 4,98 mld zł.



Przedłużenie pilotażu NPOZP

Pilotaż NPOZP musi zostać przedłużony do końca 2022 r. w celu przygotowania w tym okresie zmian systemowych w całym kraju.*



Przygotowanie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego

Pierwszym krokiem do przygotowania nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego jest stworzenie harmonogramu zmian do 2027 r. (w tym osiągnięcie 5% wydatków na zdrowie). Następnie Sejm powinien uchwalić nowelizację ustawy o ochronie zdrowia psychicznego opisującą zreformowany system opieki psychiatrycznej (dorosłych oraz dzieci i młodzieży). Od początku 2028 r. na terenie całego kraju opieka psychiatryczna powinna być świadczona zgodnie ze standardami wypracowanymi dzięki NPOZP.



Powołanie krajowego ośrodka zdrowia psychicznego

Powołanie podległego Ministerstwu Zdrowia krajowego ośrodka monitorowania i koordynacji polityki zdrowotnej w obszarze zdrowia psychicznego.

* pilotaż Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego został przedłużony do końca 2022 roku, dzięki rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2020 roku

Publikacja opracowana na podstawie seminarium

Nowe spojrzenie na zdrowie psychiczne w Polsce i Europie

zorganizowanego w trybie online 8 grudnia 2020 r. przez



w partnerstwie z



Pełna relacja ze spotkań do obejrzenia na kanale YouTube KDS KIG

Komitet Dialogu Społecznego Krajowej Izby Gospodarczej jest centrum myśli, które ma na celu poprawę jakości życia w Polsce, a w szczególności poprawę wzajemnych relacji między pracodawcami, pracownikami oraz administracją rządową i samorządową. Inspirują nas zasady dobra wspólnego, solidarności i pomocniczości. Wierzymy, że najlepszą odpowiedzią na problemy społeczno-ekonomiczne Polski jest wspólne poszukiwanie rozwiązań. Dialog oznacza dla nas poszanowanie różnych punktów widzenia, poglądów i ról społecznych.

Więcej na: www.dialogkig.pl

Kontakt: dialogkig@kig.pl