

Ekspertyza

Ocena projektu Ustawy o zdrowiu publicznym (UoZP) ze szczególnym uwzględnieniem proponowanych zmian dotyczących systemu zdrowia psychicznego wraz z propozycją oczekiwanych przez społeczeństwo rozwiązań (druk sejmowy 3675)

Autor:

mgr Regina BISIKIEWICZ

- prezes fundacji „Polski Instytut Otwartego Dialogu”
- wiceprezes Leadership Mangement Polska sp. z o.o.
- członek Mental Health Europe
- członek European Association of Service Providers for Disabilities

ZAKRES EKSPERTYZY

1. TEZY ekspertyzy
2. Kim jest autor ekspertyzy?...i inne pytania
3. Europejski kontekst projektu Ustawy o zdrowiu publicznym (UoZP)
4. Uwagi do wybranych zapisów projektu UoZP
 - 4.1 Dlaczego ważna jest definicja zdrowia publicznego w UoZP
 - 4.2 Rola organizacji pozarządowych we wdrażaniu UoZP
 - 4.3 Miejsce zdrowia psychicznego w UoZP
 - 4.4 Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NOPZP)\
 - 4.4.1 Specyfika i znaczenie NPOZP dla reformy systemu
 - 4.4.2 NPOZP stanowi przykład rozwiązania systemowego
 - 4.4.3 NPOZP w dotychczasowej praktyce profesjonalistów i samorządów
 - 4.4.4 NPOZP a europejski proces deinstytucjonalizacji
 - 4.4.5 Zmian w psychiatrii nie można już zatrzymać!
 - 4.5 Centra Zdrowia Psychicznego (CZP) - kluczowe ogniwo reformy systemu
5. Wnioski końcowe i słowo od autora
6. Literatura cytowana
7. Załącznik:
 - 7.1 Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego integrujące resort Zdrowia i Pomocy Społecznej - koncepcja wypracowana w oparciu o współpracę międzynarodową m.in. z Finlandią i Włochami i doświadczenia własne zespołu

1. TEZY ekspertyzy

1.1. **Profilaktyka i promocja zdrowia nie wystarczą** jeśli nie jest dobrze rozwinięty system tzw. medycyny naprawczej. Dla poprawy zdrowia publicznego Polaków **konieczna jest reforma najbardziej zaniedbanego obszaru zdrowia, jakim jest PSYCHIATRIA.**

Dlatego należy wprowadzić poprawkę w Art. 20 projektu UoZP skreślając pkt 1 i 2.

1.2. **Propozycja likwidacji ustawowej rangi Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP)**, poprzez przeniesienie go do Narodowego Programu Zdrowia (NPZ), jako jednego z celów operacyjnych, **w praktyce zatrzymuje reformę systemu opieki psychiatrycznej**, zapoczątkowaną w 1994 roku przez *Ustawę o zdrowiu psychicznym*.

Dlatego należy wprowadzić poprawkę w Art. 20 projektu UoZP skreślając pkt 1 i 2.

1.3 **Reforma polskiego systemu opieki psychiatrycznej** – opisana w NPOZP, jest zgodna w 100% z jednym z priorytetów Unii Europejskiej na lata 2015-2020, tj, z procesem Deinstytucjonalizacji (DI) czyli przejścia od opieki opartej na szpitalach psychiatrycznych - azylach do modelu opartego na społeczności lokalnej (model środowiskowy). Model ten zapewnia lepsze wyniki leczenia i jest efektywny ekonomicznie, co potwierdzają badania naukowe.

Dlatego należy utrzymać NPOZP w dotychczasowej randze, wprowadzając poprawkę w Art. 20 projektu UoZP poprzez skreślenie pkt 1 i 2 i niezwłocznie podjąć prace nad aktualizacją NPOZP na lata 2016-2020.

1.4 **Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP)** to najważniejsze ogniwo środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej, które jest odpowiedzialne za mieszkańców określonego obszaru terytorialnego (powiatu lub dzielnicy dużego miasta) zapewniając im kompleksową usługę w zakresie: **1. profilaktyki 2. leczenia 3. rehabilitacji społecznej**. Dzięki integracji usług i budżetów resortów Zdrowia i Pomocy Społecznej uzyskamy efekt synergii posiadanych zasobów ludzkich i finansowych.

Dlatego w projekcie UoZP należy rozszerzyć Art. 20, pkt 3

„Art. 5a. Podmiot medyczny prowadzący Centrum Zdrowia Psychicznego zapewnia kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi zamieszkałymi na określonym obszarze terytorialnym, dla populacji 60 – 80 tys. mieszkańców, w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej i środowiskowej.

b. W skład Centrum Zdrowia Psychicznego może również wchodzić opieka zdrowotna w formie pomocy szpitalnej.

c. W skład Centrum Zdrowia Psychicznego mogą wchodzić działania z zakresu rehabilitacji społecznej.

2. Kim jest autor ekspertyzy? ... - i inne pytania

Kto ma odwagę tak stanowczo formułować swoje tezy? Jaką wiedzę ma ta osoba? Na jakim uniwersytecie ją zdobyła? Jakimi badaniami naukowymi może potwierdzić swoje opinie? Czy proponowane rozwiązania są potwierdzone w praktyce? Jeśli tak – to gdzie skutecznie przeprowadzono reformę systemu opieki psychiatrycznej? Jakie osiągnięto mierzalne rezultaty? Gdzie funkcjonują Centra Zdrowia Psychicznego, które mogą być wzorem dla nas?

A jeśli nawet takie są – czy budżet Państwa stać na tak radykalne zmiany? Jak na to zareagują profesjonaliści? Co powiedzą pracodawcy? A w końcu - czy są w Polsce rodziny, które są gotowe na współpracę z lekarzem psychiatrą w swoim środowisku domowym?

Poniżej przedstawię odpowiedzi na kilka pierwszych pytań. Na pozostałe odpowiadam w dalszej części opracowania. A jeśli potrzeba – spotkam się z każdym, kto będzie chciał dowiedzieć się więcej.

Od ponad 20 lat zarządzam dużymi projektami, których celem jest zmiana kultury organizacji, przeniesienie dobrych praktyk, wdrożenie innowacyjnych rozwiązań. Wszystko po to, aby polskie firmy, organizacje i instytucje mogły dynamicznie się

rozwijać dzięki wieloletnim doświadczeniom zagranicznych partnerów. Jestem pewna, że **psychiatria podlega tym samym prawom, co inne dziedziny życia**. Co więcej – nie możemy zignorować dorobku innych krajów w obszarze Zdrowia, nie możemy przemilczeć rezultatów leczenia chorób psychicznych osiągniętych w Finlandii, gdzie w regionie Zachodniej Laponii **chorowalność na schizofrenię zmniejszyła się w ciągu ostatnich 30 lat o 90%**. (17,18) Nie możemy też zignorować rezultatów reformy przeprowadzonej w latach 1971 - 1979 w regionie Triest we Włoszech, potwierdzonej mierzalnymi rezultatami i autorytetem Światowej Organizacji Zdrowia [10,11,12]. Więcej na ten temat w części 4.4.4. opracowania.

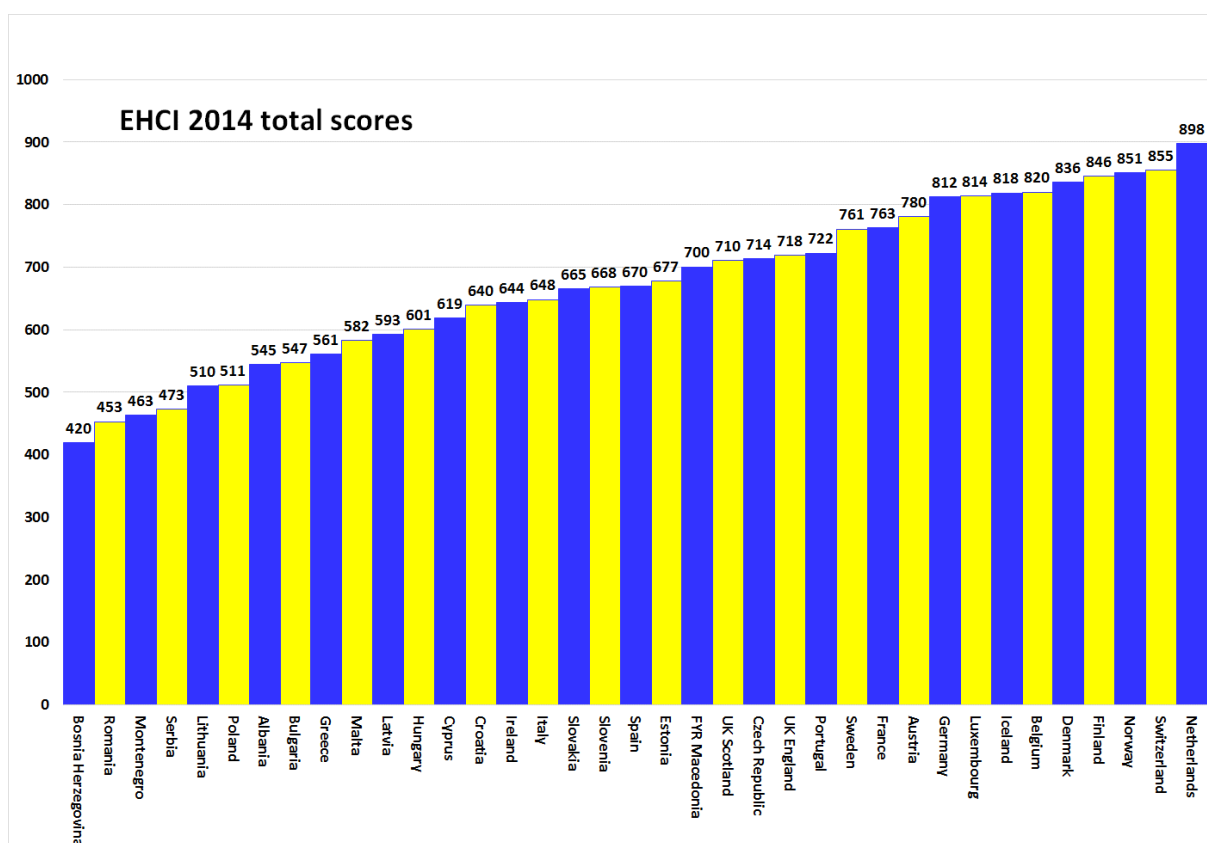
Takie zaniedbanie skutkuje nie tylko miliardowymi kosztami społecznymi chorób psychicznych (wg NPZ- str.16 projektu NPZ, koszty te sięgają rocznie 5 mld złotych, podczas gdy roczny budżet NFZ na psychiatrię to nieco ponad 2 mld zł). Takie zaniedbanie nierzadko prowadzi do przedwczesnej śmierci ludzi, którzy nie potrafią unieść ciężaru bycia „chorym psychicznie”. Liczba samobójstw w Polsce co rok się zwiększa –w roku 2014 to już **6165 przypadków**. Skala problemu jest przedstawiona na http://pogotowiekryzysowe.pl/wiedza_s.html.

Wiedza, którą się dzielę, pochodzi ze spotkań z niepodważalnymi autorytetami polskiej i światowej psychiatrii, licznych wizyt studyjnych w ramach prowadzonych projektów międzynarodowych (www.leonardo.otwartydialog.pl), aktywnego udziału w wielu konferencjach, seminariach i warsztatach. A uniwersytet, na którym studiuje to „Uniwersytet Życia”. Jestem bowiem członkiem rodziny osoby, która od kilkunastu lat usilnie stara się odzyskać zdrowie, będąc klientem systemu zdrowia psychicznego. Z jakim skutkiem?....

Doświadczenie członka rodziny osoby chorującej skłoniło mnie do pro-aktywności. Wraz z innymi rodzinami powołaliśmy fundację „Polski Instytut Otwartego Dialogu”, której misją jest, aby każda osoba doświadczająca kryzysu zdrowia psychicznego miała szansę na wyzdrowienie. Aby to było możliwe, dotychczasowy system opieki psychiatrycznej, ukierunkowany na **proces chorowania**, oparty na hospitalizacji, izolacji, stygmatyzacji, środkom przymusu, traumie i lęku przed przyszłością, powinien być zastąpiony nowym podejściem, ukierunkowanym na **proces zdrowienia**. Więcej informacji o fundacji www.otwartydialog.pl.

3. Europejski kontekst Ustawy o zdrowiu publicznym

Projekt UoZP jest próbą odpowiedzi Ustawodawcy na sytuację zdrowotną Polaków. Nie tylko umieralność i przeciętna długość życia obywateli są gorsze niż średnie wskaźniki dla krajów Unii Europejskiej. W tegorocznym Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia (Euro Health Consumer Index - EHCI), ogłoszonym 27.01.2015 w Brukseli **Polska zajęła 31 miejsce na 37 krajów objętych badaniem**, uzyskując 511 punktów na 1000 możliwych. Co więcej, jako jeden z nielicznych krajów objętych EHCI mieliśmy w roku 2014 wynik gorszy niż w 2013, plasując się za Albanią! Przyniesiony ranking uwzględnia 48 wskaźników zgrupowanych w sześciu obszarach, z których dwa najważniejsze to: **efekty leczenia (250 pkt)** i **dostęp usług medycznych (225 pkt)**. Właśnie w tych dwóch obszarach jesteśmy na szarym końcu europejskiej tabeli. Szczegółowe informacje na www.healthpowerhouse.com.



Rys 1. Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia 2014

Jakie znaczenie mają te dane dla niniejszego opracowania? **Profilaktyka i promocja zdrowia nie wystarczą jeśli nie mamy właściwego systemu tzw. medycyny naprawczej.** W kontekście powyższych danych i treści projektu UoZP należy stwierdzić, że obszar zdrowia, w którym reforma medycyny naprawczej jest niezbędnie pilna to **PSYCHIATRIA**. Szersze rozwinięcie tematu znajduje się w części 4.3 opracowania.

TEZA 1.1.

Profilaktyka i promocja zdrowia nie wystarczą jeśli nie jest dobrze rozwinięty system tzw. medycyny naprawczej. Dla poprawy zdrowia publicznego Polaków **konieczna jest reforma najbardziej zaniedbanego obszaru zdrowia, jakim jest PSYCHIATRIA.**

Dlatego należy wprowadzić poprawkę w Art.20 projektu UoZP -skreślić pkt 1 i 2

4. Uwagi do wybranych zapisów projektu Ustawy o zdrowiu publicznym (UoZP):

4.1. Dlaczego ważna jest definicja zdrowia publicznego w UoZP?

Już początek brzmienia projektu UoZP budzi wątpliwości. Funkcjonalna definicja zdrowia publicznego – oparta na przedstawieniu zakresu działań, **nie określa przejrzystość czym zdrowie publiczne w istocie jest** – do czego w ramach realizacji UoZP mamy dążyć? Będziemy podejmować kroki, działania, wysiłki i starania – ale **bez wizji wspólnego celu**, obrazu stanu, który jest w naszym wyobrażeniu satysfakcjonujący i wart zadania sobie trudu by go osiągnąć. Bez mierzalnych rezultatów, które będą nas motywowały do podejmowania działań, a także będą pomocą w ustaleniu czy osiągnęliśmy to, co było naszym zamiarem.

Wydaje się, że **im mniej jasności** na drodze tak trudnej jak wzmacnianie wysiłków w obszarze zdrowia publicznego – wymagającej odważnych decyzji, siły przełamania nieefektywnych schematów i wytrwałości w długofalowych

oddziaływaniach – tym większe **zagrożenie kuszącymi i nieprzynoszącymi realnych efektów drogami na skróty.**

Reasumując **proponuję włączenie do Art. 1 UoZP definicji zdrowia publicznego, korzystając z doświadczeń Światowej Organizacji Zdrowia [6]:**

Art. 1, ust 1

*„**Zdrowie publiczne** – to zorganizowany wysiłek społeczeństwa na rzecz ochrony, promowania i przywracania ludziom zdrowia – czyli stanu pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a wszelkie programy, świadczenia i instytucje zajmujące się tą problematyką są ukierunkowane na zapobieganie chorobom i potrzeby zdrowotne populacji jako całości”.*

4.2 Rola organizacji pozarządowych we wdrażaniu UoZP

Podana wyżej definicja zdrowia publicznego zwraca uwagę na szerokie spojrzenie na zdrowie człowieka – przez pryzmat dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego. Przypisuje też **zdrowiu wartość społeczną**, zachęcając do rozumienia go jako problemu zarówno bezpośrednich odbiorców systemu opieki zdrowotnej – pacjentów i ich rodzin – jak i instytucji państwa. Widzimy więc ważny problem społeczny, który przez państwo może zostać wykorzystany do **wspierania i umacniania społeczeństwa obywatelskiego**. Jak? - poprzez wysłuchanie głosów pacjentów, rodzin i reprezentujących ich **organizacji pozarządowych**, których rola w projekcie UoZP **nie jest w pełni zauważona**.

Dlatego **proponuję zmianę brzmienia obecnego Art. 3, ust 2** na następujący:

Art. 3 pkt. 2

*„W realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego **uczestniczą podmioty...**” i dalej bez zmian.*

Niezbędnym jest również uczestnictwo większej liczby przedstawicieli organizacji pozarządowych, które na co dzień zajmują się problematyką zdrowotną w Radzie do spraw Zdrowia Publicznego (RsZP). Bez wątpienia organizacje te wniosą do prac RsZP inne spojrzenie na każdą przepracowywaną kwestię, niż przedstawiciele administracji publicznej. Organizacje te mają bezpośrednie, oddolne spojrzenie na problemy zdrowotne i społeczne i są cennym partnerem wnoszącym wiedzę i doświadczenie, będąc najbliżej interesariuszy projektowanej ustawy.

Dlatego proponuję zmianę brzmienia obecnego Art. 7, ust 1, pkt 16) na następujący:

*Art. 7 ust 1, pkt16 „**trzech** przedstawicieli organizacji pozarządowych...” i dalej bez zmian.*

4.3 Miejsce zdrowia psychicznego w UoZP

Z zainteresowaniem sięgnęłam lipcu 2015 po ostateczny projekt UoZP, który powstał po konsultacjach społecznych pierwotnego projektu, trwających do 26 kwietnia 2015 roku. Dzięki wielu uwagom nadesłanym ze wszystkich środowisk do Ministerstwa Zdrowia, **dostrzeżono zdrowie psychiczne jako integralną część zdrowia publicznego**. Jest to ważne, szczególnie w świetle priorytetowych celów ustawy – **działań profilaktycznych i promocji zdrowia**. Zdrowie psychiczne człowieka wydaje się szczególnie podatnym obszarem oddziaływań prewencyjnych – zarówno w kontekście zapobiegania chorobom psychicznym, jak i destygmatyzacji i reintegracji społecznej.

Poważne wątpliwości, a nawet sprzeciw budzi jednak „wtłoczenie” całego systemu leczenia psychiatrycznego w ramy zdrowia publicznego, poprzez „wtłoczenie” Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) do projektu Narodowego Programu Zdrowia (NPZ). **Tworzy to zagrożenie zagubienia idei i strategii systemowej zmiany ochrony zdrowia psychicznego**. Projekt UoZP będący podstawą ekspertyzy nie zawiera wystarczających, ani nawet ogólnie zarysowanych decyzji dotyczących przeprowadzenia reformy polskiej psychiatrii. Bez niej, **zatrzymanie się na profilaktyce i promocji** – nawet przy docenieniu i

zwiększeniu na nią środków finansowych – **nie będzie działaniem przynoszącym pożądany skutek w postaci lepszej opieki nad osobami cierpiącymi na zaburzenia psychiczne**, a skutki działań podejmowanych w ramach realizacji ustawy – okażą się niewymierne do podejmowanych wysiłków i kosztów.

Zatrzymanie się na profilaktyce i rozproszenie dotychczas spójnego programu jakim jest NPOZP, toruje drogę do niepodejmowania żadnych reform. Ponadto, nasuwa pytanie – czy można pomyśleć o wspieraniu, promowaniu zdrowia psychicznego wśród osób które doświadczyły już kryzysu psychicznego? Takie rozumienie promocji zdrowia wpisuje się w model psychiatrii środowiskowej opartej na wzmacnianiu i wspieraniu aktywności społecznej i zawodowej osób będących w procesie zdrowienia, a **trudno o niej myśleć patrząc na pacjentów chronicznie przebywających w oddziałach stacjonarnych, wyizolowanych z życia społecznego i wycofanych z ról społecznych, i aktywności zawodowej.** Taki obraz wpisuje się niestety w polską rzeczywistość pacjentów opartą na przestarzałym modelu azylowym, bazującym na funkcjonowaniu jednospecjalistycznych szpitali psychiatrycznych.

Skuteczna profilaktyka zakłada szybkie rozpoznanie pierwszych niepokojących symptomów i natychmiastową pomoc. Ani jedno ani drugie nie może mieć miejsca bez powszechnie dostępnej i dopasowanej do indywidualnych potrzeb oferty opieki psychiatrycznej. Na poparcie tej tezy mogę przytoczyć statystyki opisujące tzw. „okres nieleczzonej psychozy” – czyli czas rozwijania się objawów prodromalnych, zapowiadających kryzys psychotyczny. Dłuższy czas nieleczzonej psychozy powiązany jest z różnie definiowanym cięższym przebiegiem schizofrenii [1].

W Polsce okres od pojawienia się pierwszych zmian w zachowaniu do zwrócenia się o profesjonalną pomoc trwa dwa lata. W porównaniu do regiony **Zachodniej Laponii w Finlandii**, gdzie powszechnie dostępna jest opieka psychiatryczna świadczona w miejscu zamieszkania, w warunkach wsparcia ze strony rodziny i sieci społecznej – czas ten szacuje się na **3 tygodnie.** **Nie istnieje dobrze działający program profilaktyczny w systemie, który nie ma przyjaznego programu leczenia i rehabilitacji,** a w oczach społeczeństwa utrwała widmo kryzysu psychicznego leczonego w warunkach oddziału zamkniętego, opartego wyłącznie na

farmakoterapii, izolacji i środkach przymusu. Nie bez powodu napawa to lękiem i zniechęca do szukania pomocy, kiedy objawy nie są jeszcze tak poważne.

Promocja zdrowia psychicznego musi znaleźć wsparcie w spójnym modelu leczenia i rehabilitacji społecznej, jaki proponuje NPOZP i jaki jest obecny w modelach opieki psychiatrycznej w Europie. Idąc za słowami autorów artykułów zawartych w raporcie Rzecznika Praw Obywatelskich „Ochrona Zdrowia Psychicznego w Polsce” – prof. J.Wciórki, prof. A.Cechnickiego, prof. M.Balickiego, prof. H.Kaszyńskiego – **nie ma lepszego sposobu na walkę ze stygmatyzacją, niż włączanie beneficjentów systemu opieki psychiatrycznej do życia społecznego** [2, 3, 4, 5].

Aby taki stan był możliwy – potrzebny jest zintegrowany system opieki dający jasne wskazówki nie tylko jak zapobiegać i promować, ale w jaki sposób, jak najbardziej efektywnie towarzyszyć pacjentowi w całym procesie zdrowienia – od pierwszych niepokojących sygnałów, przez przebieg kryzysu, aż do powrotu do aktywności społecznej i zawodowej.

TEZA 1.1 raz jeszcze

Profilaktyka i promocja zdrowia nie wystarczą jeśli nie jest dobrze rozwinięty system tzw. medycyny naprawczej. Dla poprawy zdrowia publicznego Polaków konieczna jest reforma najbardziej zaniedbanego obszaru zdrowia jakim jest **PSYCHIATRIA.**

Dlatego należy wprowadzić poprawkę w Art. 20 projektu UoZP skreślając pkt 1 i 2

4.4. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP)

Moje pełne poparcie otrzymują słowa prof. Jacka Wciórki, który w swojej ekspertyzie projektu UoZP pisze: „*Z punktu widzenia ochrony zdrowia psychicznego ludności, **najistotniejsze zapisy projektu ustawy o zdrowiu publicznym znalazły się w przepisach zmieniających inne ustawy. Oba zapisy proponują zmiany w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego i oba dotyczą NPOZP**” [7].*

Po pierwsze odrzucają zapisy zawarte w dokumencie **NPOZP** (120 stron) zastępując go **szczerkami** fragmentami „włóczykami” w Narodowy Program Zdrowia (NPZ- 6 stron). Jest to zaskakujące posunięcie zważywszy na aktualną tendencję innych krajów europejskich, gdzie tworzy się odrębne polityki zdrowia psychicznego.

Po drugie - przedmiotem mojego niepokoju jest **niewystarczająco dokładny zapis** dotyczący funkcjonowania **Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP)**:

- wprowadza się pojęcie „**kompleksowej opieki zdrowotnej**”, **ale w niewłaściwy sposób** dając uprzywilejowaną pozycję dla szpitali psychiatrycznych do tworzenia CZP,
- **pomija się kwestię terytorialnej odpowiedzialności** CZP za pacjentów z danego obszaru terytorialnego (powiatu, dzielnicy dużego miasta),
- nie dostrzega się holistycznej koncepcji człowieka, integrującej wszystkie sfery jego życia. Dla skuteczności procesu zdrowienia **CZP powinno łączyć usługi**
1. promocji 2. leczenia 3. rehabilitacji społecznej,
- nie jest w ogóle poruszony aspekt finansowania CZP z budżetu regionalnego, obliczonego w oparciu o stawkę kapitałową, a jest to zapis obecny w NPOZP 2011- 2015.

Powyższe kwestie zostaną szerzej omówione w części 4.5 opracowania.

4.4.1 Specyfika i znaczenie NPOZP dla reformy systemu

NPOZP ustanowiono mocą znowelizowanej w 2008 r. *Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego* Realizację programu rozpoczęto dopiero w lutym 2011, po wejściu w życie rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie NPOZP, uchwalonego pod koniec 2010 r. [8]

Program definiuje strategię zmian systemu oraz określa 3 główne cele:

- 1). Promocję zdrowia psychicznego, zapobieganie zaburzeniom psychicznym (wczesne wykrywanie, pomoc kryzysowa), zwiększanie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi. Adresowany jest do całej populacji – zarówno osób

korzystających już z usług opieki psychiatrycznej, jak i osób zdrowych i zdrowiejących.

2). Zapewnienie osobom doświadczającym zaburzeń psychicznych kompleksowej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej, zauważając również potrzebę oddziaływań rehabilitacyjnych i wsparcia w aktywizacji społeczno - zawodowej. Myślą przewodnią jest świadczenie usług dostosowanych do indywidualnych potrzeb osoby. **Jest to cel zapowiadający fundamentalną zmianę systemu z modelu azylowego w kierunku znacznie bardziej efektywnego i korzystnego dla budżetu państwa – modelu środowiskowego.**

3). Prowadzenie badań naukowych i budowanie systemów informatycznych – wspiera dwa pierwsze cele, budując bazę rzetelnej, zweryfikowanej wiedzy na temat optymalnych warunków sprawowania opieki nad zdrowiem psychicznym społeczeństwa.

Cele te łączą i uzupełniają się nawzajem, a **cały NPOZP jest przykładem wyróżniającego się na tle Europy, nowoczesnego myślenia i idącego za tym wdrożenia modelu środowiskowego.** Na podstawie wielu rozmów z praktykującymi lekarzami i psychologami, licznych spotkań zarówno z beneficjentami systemu jak i z profesjonalistami, pracodawcami oraz przedstawicielami administracji publicznej – wiem, że tak kompleksowy model niełatwo wcielić w życie. Jednakże w rozmowach tych wielokrotnie wskazywano na brak zrozumienia i bierność podmiotów realizujących NPOZP. Czyżby cały proces zdominował dobrze znany każdemu z nas **opór przed zmianą?** Jeśli tak, to wiemy, że istnieją trzy podstawowe powody, dla których ludzie sprzeciwiają się zmianom:

- **strach przed nieznanym**- niezależnie od tego jak zła jest obecna sytuacja, znamy ją i jest nam z tym wygodnie,
- **brak informacji** - ludzie ponoszą porażkę we wprowadzaniu zmian ponieważ nie wiedzą co konkretnie należy zmienić, lub jak to rozpocząć,
- **niezdecydowanie czy faktycznie wprowadzić zmianę** – ludzie, którzy przez długi czas prezentują pewne poglądy nie mogą ich zmienić bez przyznania się, że mogli się mylić. Jest to podstawą poczucia własnej wartości i pewności siebie.

Szersze omówienie zarządzania procesem zmian i wdrażania innowacji jest omówione w literaturze [19].

Jakkolwiek trudne i wymagające odwagi jest wdrażanie idei i założeń **modelu psychiatrii środowiskowej** – przykłady dobrych praktyk z innych krajów Unii Europejskiej pokazują, że są one nie tylko możliwe – ale też korzystne w wymiarze:

- a. **zdrowotnym** – dając licznej grupie obywateli szansę na wyzdrowienie oraz powrót do pełnienia ról społecznych,
- b. **ekonomicznym** – redukując koszty społeczne chorób psychicznych i wykorzystując efektywnie budżet resortu Zdrowia i Pomocy Społecznej, a nawet przynosząc długoterminowo znaczne oszczędności finansowe.

Niezaprzeczalnym przykładem efektów modelu środowiskowego są dwa regiony:

- Zachodnia Laponia w Finlandii – więcej szczegółów w części 4.4.4.
- Triest we Włoszech – więcej szczegółów w części 4.4.4.

4.4.2. NPOZP jako przykład rozwiązania systemowego

Całościowe, kompleksowe myślenie o stanie polskiej psychiatrii nie jest proste – wymaga wzięcia pod uwagę szeregu relacji, zaplanowania kolejności działań i podziału odpowiedzialności za ich realizację, przy równoczesnej wrażliwości na to, by z pola widzenia **nie zniknął podmiot najważniejszy – klient systemu** – pacjent i jego sieć społeczna. Taki w założeniu jest NPOZP.

NPOZP jest przejrzystą, całościową koncepcją zmiany, a rezultatem sprawnego wdrożenia go byłby model niezwykle podobny do organizacji opieki psychiatrycznej w Trieście. Warunkiem tego jest zachowanie NPOZP w oryginalnej – niezmienionej postaci i podjęcie kroków w kierunku konsekwentnej realizacji w formie zapisanej w przepisach rangi ustawowej - jak dotąd w *Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego* 1994 roku, z znowelizowanej 23 lipca 2008 roku.

Zgodnie z zasadą teorii systemów - „system nie jest prostą sumą części”. Nie wystarczy zebrać głównych jego elementów w jednym miejscu, żeby działał, a można odnieść wrażenie, że autorzy Ustawy o zdrowiu publicznym tak pomyśleli o

regulacjach dotyczących systemu opieki psychiatrycznej, włączając komponenty NPOZP do NPZ. Chaotyczne, pourywane i nie tworzące całości kawałki programu liczącego 120 stron zostały skompresowane do stron 6 i wchłonięte w treść z założenia bardzo ogólną, nie dającą przestrzeni na zadbanie o uwzględnienie specyfiki dziedziny psychiatrii. W projekcie UoZP zaciera się przejrzystość koncepcji, nie wskazuje się organów odpowiedzialnych za inicjację, koordynację i monitorowanie przebiegu zmian, nie definiuje się wskaźników realizacji zadań, nie podkreśla się wagi i znaczenia reform, które nie leżą w zakresie zadań zdrowia publicznego. Nie można mieć nadziei, że w takiej formie system będzie miał szansę na sprawne działanie.

4.4.3. NPOZP w dotychczasowej praktyce profesjonalistów i samorządów

O tym, że **potrzeba realizacji założeń NPOZP jest obecna nie tylko w środowisku beneficjentów systemu opieki psychiatrycznej, ale też wśród profesjonalistów**, świadczą ukazujące się coraz częściej artykuły w czasopismach naukowych, dokumentujące głosy lekarzy i psychologów podejmujących trud dostosowania zastanych warunków pracy do swoich oczekiwań i wizji [13, 14, 15]. Liczne ośrodki publicznej służby zdrowia oraz organizacje pozarządowe pracujące z osobami po kryzysach psychicznych są coraz bardziej zainteresowane wprowadzaniem dobrych praktyk ze Skandynawii czy Europy Zachodniej, które nierzadko służą jako wskazówki i narzędzia umożliwiające zbliżenie warunków w Polsce do nowoczesnego modelu psychiatrii środowiskowej i leczenia dostosowanego do potrzeb.

Na szczególne wyróżnienie zasługują też setki, może nawet tysiące pracowników regionalnych i lokalnych władz samorządowych, którzy od 2011 roku zaangażowali się w przygotowanie Wojewódzkich i odpowiednio Powiatowych Programów Ochrony Zdrowia Psychicznego. Wierzyli, że po szesnastu latach od legislacji *Ustawy o zdrowiu psychicznym* nadszedł czas na solidarne działanie społeczeństwa na rzecz ludzi najbardziej potrzebujących systemowych zmian. **Czyżby Ustawodawca chciał zniweczyć ich pracę, a opracowane programy zamknąć w archiwach?** Ufam, że polskie państwo, poprzez osoby je reprezentujące, ma w sobie mądrość oraz szacunek dla obywateli i umie ich słuchać.

4.4.4 NPOZP a europejski proces deinstytucjonalizacji

W 2009 roku Europejska Grupa Ekspertów ds. Deinstytucjonalizacji przygotowała „Raport o przejściu od opieki instytucjonalizowanej do form opieki opartych na lokalnej społeczności” [20], a wkrótce potem powstały „Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności Wytyczne.”[21] oraz opracowanie „Wykorzystanie funduszy Unii Europejskiej w celu przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności – zestaw narzędzi” [22]. Podane dokumenty odnoszą się do czterech grup użytkowników, którzy są najczęściej objęci opieką instytucjonalną:

- **osoby mające problem ze zdrowiem psychicznym,**
- dzieci niepełnosprawne i pełnosprawne,
- dorosłe osoby niepełnosprawne,
- osoby starsze.

Tym samym powstały dokumenty określające jednoznacznie nadrzędny cel polityki europejskiej w dziedzinie zdrowia psychicznego. Ponadto w „Konwencji Narodów Zjednoczonych na rzecz osób niepełnosprawnych” – a więc również niepełnosprawnych psychospołecznie – podkreślane jest prawo wszystkich obywateli do życia w społeczeństwie i dostępu do pełnego wachlarza form wsparcia społecznego w miejscu zamieszkania.

Proces deinstytucjonalizacji w Europie zachodniej zapoczątkowany został już w latach '70 XX wieku. Na przykładzie takich krajów jak Włochy, Niemcy, Austria, Wielka Brytania, Finlandia widać, że jest to proces trudny, długotrwały i wymagający dodatkowego nakładu środków w okresie przejściowym. Należy podkreślić, że wysiłki podejmowane by utrzymać trend przenoszenia środka ciężkości z dużych, jednospecjalistycznych szpitali psychiatrycznych na oddziaływania środowiskowe, **przynoszą wymierne rezultaty** – zarówno w wymiarze społecznym jak i finansowym.

Poniżej dwa przykłady potwierdzające powyższą opinię:

A. Kompleksowa opieka psychiatryczna w Triest we Włoszech jest przykładem modelu, który zyskał rekomendację Światowej Organizacji Zdrowia i światowy rozgłos ze względu na imponujące wyniki, zarówno pod względem wyników leczenia i reintegracji społecznej osób po przebytych kryzysie psychicznym, jak i oszczędności budżetowych [10,11,12].

Oto najważniejsze rezultaty uzyskane przez Włochów:

- na przestrzeni 20 lat liczba nagłych przypadków zgłoszonych na izbie przyjęć oddziału psychiatrycznego szpitala ogólnego **zmniejszyła się o 50%**,
- **mniej niż 10 osób na 100 tysięcy** mieszkańców kierowanych jest na **przymusowe leczenie** psychiatryczne (CPTO), trwające zwykle od około **7 do 10 dni**, w przybliżeniu stanowi to 1% wszystkich przypadków opieki stacjonarnej, a większość z nich świadczy się w Środowiskowych Centrach Zdrowia Psychicznego (ŚCZP),
- żadna osoba korzystająca z usług pomocowych nie jest bezdomna, ponieważ ŚCZP w pewnym stopniu zapewniają schronienie do czasu znalezienia przez nią innego zakwaterowania,
- **nie ma osób hospitalizowanych** w jednospecjalistycznym szpitalu psychiatrycznym
- **nie ma osób hospitalizowanych** w sądowym oddziale psychiatrycznym,
- jednym z najważniejszych sukcesów stworzonych programów jest fakt, że projekt zapobiegania samobójstwom przyczynił się **do zmniejszenia wskaźnika samobójstw o połowę** (z 25 do 12 na 100.000 osób w ciągu 20 lat),
- budżet regionu Triest na psychiatrię w roku 1971 (gdy rozpoczęto reformę) wynosił **28 mln Euro**. W roku 2010 wydatki na system opieki psychiatrycznej zmniejszyły się do **18 mln Euro** - oznacza to **zmniejszenie o ponad 30%!!!**

B. Druki przykład to region Zachodniej Laponii w Finlandii gdzie rozwinięto od lat '80 XX wieku podejście **Otwarty Dialog** – system leczenia pacjentów w psychozie, **skoncentrowany na rodzinie**, zakładający szybką interwencję we wczesnej fazie kryzysu, dostosowanie leczenia do indywidualnych potrzeb pacjenta i jego rodziny oraz postrzeganie leczenia jako procesu wykorzystującego różne metody

terapeutyczne. W rezultacie terapia grupowa i indywidualna, oparcie w rodzinie i sieci społecznej pacjenta oraz jego praca nad wykorzystaniem własnych zasobów psychicznych, **stały się alternatywą dla długotrwałej hospitalizacji.**

Skuteczność Otwartego Dialogu oceniono w Finlandii na podstawie badań kontrolnych przeprowadzonych wśród pacjentów po pierwszej psychozie. Ich wyniki wskazują, że **pacjenci z diagnozą schizofrenii leczeni w podejściu Otwartego Dialogu w ciągu 2 lat byli hospitalizowani znacznie rzadziej (14 dni/osobę) niż pacjenci leczeni innymi metodami.** Leki neuroleptyczne stosowano u nich jedynie w 33% przypadków, na którymkolwiek etapie leczenia, zaś w grupie porównawczej w 100% przypadków. Natomiast w każdym przypadku miało miejsce aktywne zaangażowanie rodzin w proces leczenia, ze średnią 26 spotkań w ciągu dwóch lat.

Efektem takiego sposobu leczenia był znacznie szybszy powrót do zdrowia (nawroty jedynie u 24% pacjentów w porównaniu do 71% w grupie leczonej tradycyjnie) i do pełnego zatrudnienia (81% w porównaniu do 43%). **W ciągu 5 lat aż 86% pacjentów leczonych w podejściu Otwartego Dialogu wróciło do poprzedniej aktywności – studiów, pracy lub jej poszukiwania, a 82% nie doświadczyło żadnych utrzymujących się objawów.**

Jakie mogą być rezultaty wdrożenia powyższych modeli w Polsce jeśli odniesiemy je tylko do grupy osób chorujących na schizofrenię? Przytaczając dane z raportu przygotowanego w 2014 roku pod redakcją prof. dr hab. n. med. Andrzeja Kiejny „Schizofrenia - perspektywa społeczna, sytuacja w Polsce”, każdego roku budżet państwa przeznaczają ponad **940 mln zł** na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związanych z niezdolnością do pracy osób chorych na schizofrenię. **.Wystarczyłaby aktywizacja zaledwie 10% tych osób, aby zaoszczędzić ok. 94 mln zł rocznie.** Czy możemy ten fakt pominąć?

Reasumując, powyższe wyniki świadczą o wysokiej skuteczności kompleksowych rozwiązań, zorientowanych na integrację – nie fragmentację, na tworzenie relacji i ciągłości oddziaływań prewencyjnych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych. Jest to możliwe tylko przy ścisłej współpracy resortów Zdrowia i Pomocy Społecznej.

Okazją do nadania dynamiki procesowi deinstytucjonalizacji w Polsce, który jest również kierunkiem wskazywanym przez NPOZP (a który rozmywa się w projekcie ustawy włączającej system opieki psychiatrycznej do NPZ) są **środki finansowe przeznaczone dla Polski w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego na lata 2014-2020 stanowiący** część wszystkich funduszy strukturalnych. Należy podkreślić, że Polska otrzymała największe w dotychczasowej historii fundusze na rozwój i poprawę jakości życia Polaków – jest to kwota **82,5 mld Euro, tj 349 mld złotych!!!** [23] Odnosząc się do sfery **Zdrowia**, fundusze europejskie powinny wspierać spójną politykę kraju w zakresie poprawy systemu opieki zdrowotnej. Jak wskazuje pierwsza teza niniejszej ekspertyzy – **to właśnie PSYCHIATRIA jest najbardziej zaniedbanym obszarem tego systemu.**

Za realną możliwością skorzystania ze wsparcia finansowego i pozbycia się argumentu przemawiającego na niekorzyść utrzymania NPOZP w dawnym brzmieniu nie idą jednak oczekiwane przez społeczeństwo działania. Według danych uzyskanych od dr Jana Pfeiffera (Warszawa, marzec 2015) - członka European Expert Group for Deinstitutionalisation (DI) - **Polska jest jedynym krajem w Unii Europejskiej, który nie podjął decyzji w 2012 roku o wsparciu procesu transformacji systemu opieki psychiatrycznej środkami z Europejskiego Funduszu Społecznego.** W rezultacie przygotowane programy operacyjne na poziomie krajowym i regionalnym bardzo wąsko traktują proces DI, odnosząc go głównie do grupy osób starszych.

Wydaje się zatem, że obok realnych ograniczeń i wyrzeczeń, reforma polskiej psychiatrii musi mierzyć się dodatkowo z opieszałością, zaniedbaniami, wspomnianym wcześniej oporem przed zmianami widocznym wśród decydentów i kluczowych instytucji państwowych. W podejmowaniu odważnych i wiążących decyzji mogłaby pomóc długoterminowa perspektywa, której niestety brakuje w polityce ukierunkowanej na doraźne rozwiązania sprawdzające się w ramach czasowych określonych kadencjami rządów. Znika z oczu osób decyzyjnych **perspektywa klienta systemu**, mierzącego się z powtarzającymi się kryzysami zdrowia psychicznego lub chronicznym zaburzeniem, trwającym czasami przez całe lata.

4.4.5. Zmian w psychiatrii nie można już zatrzymać!

Likwidacja zapisanych w *Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego* postanowień dotyczących NPOZP i włączenie ich – w szczątkowej formie – do NPZ – degraduje rangę programu, stwarza niebezpieczeństwo utrwalenia bierności i bezwładności w kwestii potrzeby reformy systemu opieki psychiatrycznej, dystansuje sytuację polskiej psychiatrii od podejść nowoczesnych i efektywnych – z których korzystają obywatele innych krajów Unii Europejskiej.

Obserwacja procesu zmian tak niekorzystnych, nieprzemyślanych i wzmacniających niewydolność systemu zmusza do zastanowienia się nad przyczynami takiego procesu i stawiania niewygodnych pytań. Dlaczego – zamiast próbować dotrzymać kroku pozostałym państwom wyciągającym do nas rękę i chętnie dzielącym się swoimi dobrymi praktykami – stawiamy **krok w tył**? Dlaczego zamiast pytać – „W jaki sposób wprowadzić działania naprawcze żeby dobry program sprawnie funkcjonował?” – tracimy energię społeczną na podważanie decyzji podjętych w 1994 roku, a potwierdzonych w NPOZP 2011-2015.

Zmiany już się zaczęły! Nie wolno nam ich zatrzymać!

Zainwestowaliśmy w **relacje międzynarodowe**. W ramach funduszy europejskich programu Leonardo Polska była koordynatorem „Europejskiego partnerstwa na rzecz rozpowszechnienia praktyk Otwartego Dialogu w procesie leczenia pacjentów w psychozie”, skierowanego na wymianę dobrych praktyk przedstawicieli 10 ośrodków w 6 krajach. Na konferencje poświęcone kondycji polskiej psychiatrii przyjeżdżają do nas specjaliści z całej Europy i USA – w ostatnim roku gościliśmy praktyków (Jaakko Seikkula, Werner Schuetze, Daniel Fisher) i osoby odpowiedzialne za przemiany strukturalne systemów opieki zdrowotnej (Jan Pfeiffer, Giuseppe Salamina). Dziesiątki specjalistów – lekarzy, pielęgniarek, psychologów - w ramach wizyt studyjnych, szkoleń i konferencji wyjeżdżało do ośrodków pracujących w systemie psychiatrii środowiskowej, żeby uczyć się i zyskiwać nową perspektywę i przenosić to, co przynosi dobre efekty za granicą na grunt lokalny.

Ogromnymi siłami społecznymi, dzięki projektom unijnym i grantom darczyńców udawało się pozyskiwać fundusze na **projekty pilotażowe** implementujące do

polskich warunków publicznej służby zdrowia nowoczesne metody pracy [15]. Uruchomiliśmy kursy kształcące profesjonalistów do pracy w nurtach przynoszących najlepsze rezultaty w leczeniu zaburzeń psychiatrycznych na świecie [17,18], daliśmy szansę szkoleń i pracy osobom z doświadczeniem kryzysu psychicznego w ramach nowatorskich projektów Ex-In ("ekspert przez doświadczenie"). Zmiana wychodząca oddolnie – z inicjatywy społeczeństwa jest w państwie, w którym społeczeństwo obywatelskie nie ma jeszcze długiej historii szczególnie cenna. Powinna być przez organy państwa zauważona i wspierana – w przeciwnym razie, bez stabilnych i bezpiecznych ram, które może dać państwo i jego narzędzia legislacyjne inicjatywa organizacji pozarządowych ulegnie załamaniu, a efekty pracy zostaną zaprzepaszczone.

Czy można zatem pomyśleć o rzetelnej analizie zachodzących na naszych oczach zjawisk, rozpoznać zagrożenia i konsekwentnie realizować program naprawczy? Czy można wyobrazić sobie kolejne kroki zmierzające do celu zamiast wciąż cofać się do fazy tworzenia projektów i myślenia o początku zmian? Brak perspektywy kontynuacji zapoczątkowanych działań i opóźnianie momentu podejmowania doniosłych decyzji opóźnia reformę, skazując beneficjentów systemu i ich rodziny na nieskuteczną pomoc, profesjonalistów – na frustrację, a inicjatorów zmiany na utratę energii do działania.

TEZA 1.2.

Propozycja likwidacji ustawowej rangi Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP), poprzez przeniesienie go do Narodowego Programu Zdrowia (NPZ). jako jednego z celów operacyjnych, w praktyce zatrzymuje reformę systemu opieki psychiatrycznej, zapoczątkowaną w 1994 roku przez *Ustawę o zdrowiu psychicznym*.

->Dlatego należy wprowadzić poprawkę w Art. 20 projektu UoZP skreślając pkt 1 i 2

4.4. Centrum Zdrowia Psychicznego – kluczowe ogniwo reformy systemu

Tworzenie Centrów Zdrowia Psychicznego jest rozwiązaniem proponowanym przez model psychiatrii środowiskowej opisywany w przytoczonym wielokrotnie w tym opracowaniu NPOZP. Centrum oferuje osobom doświadczającym kryzysu psychicznego co najmniej czterech form opieki psychiatrycznej – ambulatoryjną (poradnia zdrowia psychicznego), środowiskową (mobilny zespół leczenia środowiskowego), dzienną (dzienny oddział psychiatryczny) i w razie potrzeby stacjonarną (całodobowy, szpitalny oddział psychiatryczny). Zapis powołujący do życia CZP w NPOZP jest powielony w projekcie ustawy będącej podstawą niniejszej ekspertyzy – z jedną, acz znaczącą różnicą. Projekt ustawy o zdrowiu publicznym **nie określa jasno terytorialnej odpowiedzialności** za dostępność i jakość świadczeń.

Idąc za słowami prof. Jacka Wciórki [7] – zapis w brzmieniu „*Podmiot leczniczy prowadzący na określonym obszarze centrum zdrowia psychicznego zapewnia kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi zamieszkałymi na tym obszarze w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej*” jest warunkiem niezbędnym, by CZP utrzymało charakter organu wpisującego się w założenia nowoczesnej psychiatrii środowiskowej. Terytorialne zdefiniowanie odpowiedzialności **zachowuje swobodę wyboru miejsca leczenia pacjenta, nie pozbawia go podmiotowości i wolności decydowania o korzystaniu z dostępnych placówek świadczących usługi z zakresu opieki psychiatrycznej. Ma natomiast nadrzędne znaczenie dla zmobilizowania CZP do aktywnej i produktywnej współpracy z samorządem lokalnym oraz pozwala na wykorzystanie lokalnych form inicjatyw i infrastruktury społecznej, w tym form aktywizacji zawodowej, stowarzyszeń i organizacji pozarządowych dbających o reintegrację społeczną i powrót do zawieszonych na czas kryzysu ról i obowiązków.**

Dostępność form pomocy w miejscu zamieszkania pacjenta daje szansę **utrzymania ciągłości psychologicznej w pracy terapeutycznej oraz umożliwia korzystanie z zasobu sieci wsparcia społecznego pacjenta, a także – dzięki pozostaniu na miejscu gdzie dotychczas toczyło się życie osoby korzystającej z pomocy - niweluje stres** związany z powrotem do aktywności przed kryzysu”.

Moja czwarta teza sformułowana w niniejszej ekspertyzie sięga jeszcze dalej, uwzględniając **fakt ponad 30 letniego opóźnienia Polski** w stosunku do krajów Unii Europejskiej oraz przyjmując **ambitną wizję reformy systemu opieki psychiatrycznej**. Jeśli wierzymy autorytetom światowej psychiatrii i Światowej Organizacji Zdrowia, jeśli argumentem są badania naukowe przytoczone w niniejszym opracowaniu prezentujące możliwe do uzyskania również w Polsce efekty lecznicze i społeczne dla kilku milionów ludzi doświadczających zaburzeń psychicznych i ich rodzin, a także efekty finansowe dla polskiego państwa – to należy w projekcie UoZP **rozszerzyć zapis o Centrum Zdrowia Psychicznego nadając mu rangę kluczowego ogniwa reformy systemu**. Szczegółowy zagadnienia stanowiący wynik wielomiesięcznych prac zespołu zadaniowego, znajduje się w załączniku nr 7.1 do ekspertyzy.

TEZA 1.4 Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP) to najważniejsze ogniwo środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej, które jest odpowiedzialne za mieszkańców określonego obszaru terytorialnego (powiatu lub dzielnicy dużego miasta) zapewniając im kompleksową opiekę w zakresie: **1. profilaktyki zdrowia 2. leczenia 3. rehabilitacji społecznej**.

Dzięki integracji usług i budżetów resortu Zdrowia i resortu Pomocy Społecznej uzyskamy efekt synergii posiadanych zasobów ludzkich i finansowych.

-> Dlatego w projekcie UoZP należy rozszerzyć Art. 20, pkt 3

„Art. 5a. Podmiot medyczny prowadzący **Centrum Zdrowia Psychicznego** zapewnia kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi zamieszkałymi na określonym obszarze terytorialnym, dla populacji 60 – 80 tys. mieszkańców, w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej i środowiskowej.

b. W skład Centrum Zdrowia Psychicznego może również wchodzić opieka medyczna w formie pomocy szpitalnej.

c. W skład Centrum Zdrowia Psychicznego mogą wchodzić działania z zakresu rehabilitacji społecznej.

5. Końcowe wnioski i słowo od autora.

W tym miejscu odsyłam czytelnika do **czterech TEZ** sformułowanych w części 1.1. niniejszego opracowania... i dodam jeszcze kilka zdań.

1. **Projekty europejskie otworzyły nam nowe horyzonty**, dały dostęp do dobrych praktyk i rozwiązań, które są pilnie potrzebne w Polsce. Na szczególną uwagę zasługuje środowiskowy model zdrowia psychicznego w Triest i fińskie podejście „Otwarty Dialog”. Te dwie dobre praktyki stanowią w istocie jedną całość i wydają się być **brakującym ogniwem we wdrażaniu NPOZP w latach 2016-2020**.

2. Dzięki podjętym działaniom poznaliśmy w Polsce i w Europie **ludzi z pasją**, pełnych entuzjazmu i energii, towarzyszy zdrowienia, przywracających nadzieję i wiarę, pomocnych w odbudowaniu zerwanych relacji i podjęciu ważnych ról społecznych. **Ludzie ci są gotowi do współpracy z Ustawodawcą w aktualizacji NPOZP na lata 2016-2020**.

3. W Polsce nadal istnieje ogromny **Kapitał Społeczny** dla reformy systemu zdrowia psychicznego. Niezbędnym warunkiem do wykorzystania tego Kapitału są właściwe decyzje w procesie legislacji UoZP - zaproponowane w czterech tezach ekspertyzy.

4. I na koniec... **dziękuję wszystkim osobom**, bez których nie powstałoby niniejsze opracowanie. Wymienię tu tylko część nazwisk, chociaż lista ta powinna być dłuższa:

Marek Balicki, Andrzej Cechnicki, Łukasz Cichocki, Izabella Ciuńczyk, Ludmiła Domagała, Daniel Fisher, Ewa Giza, Katarzyna Gulbicki, Barbara Imiołczyk, Andrzej Kiejna, Anna Kraucz-Miękus, Wanda Langiewicz, Aleksandra Lisińska-Jarża, Roberto Mezzina, Mariusz Panek, Jan Pfeiffer, Katarzyna Prot-Klinger, Anna Przewłocka, Russel Razzaque, Ewa Rudzka-Jasińska, Werner Schuetze, Jaakko Seikkula, Beata Walter, Jacek Wciórka, Renata Wojtyńska, Maria Załuska.



mgr Regina Bisikiewicz

6. Literatura cytowana:

- [1] Cechnicki A. (2010). Prospektywna ocena wpływu czasu nie leczonej psychozy na przebieg schizofrenii. *Psychiatria Polska*, tom XLIV (3): 381–394.
- [2] Wciórka J. (2014). Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Motywy, cele, priorytety. [w:] *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich
- [3] Cechnicki A. (2014). Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Realizacja 2013 i dalsza perspektywa. [w:] *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich
- [4] Balicki M. (2014). Bariery polityczne. [w:] *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich
- [5] Kaszyński H. (2014). System uczestnictwa społeczno-zawodowego. [w:] *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich
- [6] Światowa Organizacja Zdrowia: Public Health; [W:] *Health Systems Strengthening Glossary* [on-line]
- [7] Wciórka J. (2015). *Ekspertyza: Ocena ustawy a o zdrowiu publicznym ze szczególnym uwzględnieniem proponowanych regulacji dotyczących zagadnień ochrony zdrowia psychicznego (druk nr 3675)*. (Materiał niepublikowany).
- [8] Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011–2015. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 roku. Warszawa.
- [9] MZ, Ministerstwo Zdrowia (2013). Informacja o realizacji działań wynikających z NPOZP w 2011 roku. Warszawa: druk sejmowy nr 1614).
- [10] Mezzina, R. and Vidoni, D. (1995). Beyond the mental hospital: crisis intervention and continuity of care in Trieste. A four-year follow-up study in a community mental health centre. *International Journal of Social Psychiatry*, 41, 1–20.
- [11] Mezzina, R. (2005). Paradigm shift in psychiatry: processes and outcomes. [w:] *Mental Health at the Crossroads: The Promise of the Psychosocial Approach*, ed. S. Ramon and J. E. Williams. Aldershot, UK: Ashgate, pp. 81–93.

- [12] Mezzina R (2010b) Outcomes of deinstitutionalisation in Trieste. In Toresini L, Mezzina R (Eds), *Beyond the walls. Deinstitutionalisation in European best practices in mental health* (pp 136Y166). Merano, Italy: Alpha Beta Verlag
- [13] Błądziński P., Cechnicki A., Bogacz J., Cichocki.: Znaczenie Otwartego Dialogu w leczeniu osób chorujących na schizofrenię. *Post. Psych. Neurol.*, 2014; 23: 134–139
- [14] Filipiak E., Palej Ciepłńska M.: Dobre praktyki w psychiatrii dzieci i młodzieży. Zastosowanie „Otwartego Dialogu” w psychiatrii środowiskowej okresu rozwojowego – doświadczenia własne. *Psych. Psychol. Klin.*, 2014; 14 (2): 135–139
- [15] Krawczyk A., Solarz A. Wciórka J.: (2015). Otwarty dialog w kryzysie psychotycznym. *Medycyna Praktyczna. Psychiatria*, 2015; 2: 84–91.
- [16] <http://otwartydialog.pl/pl/artykuly/spojrzanie-psychiatry-praktyka-na-otwarty-dialog/>
- [17] Seikkula J., Aaltonen J., Alakare B., Haarakangas K., Kera J., Lehtinen K.: Five year experience of first episode nonaffective psychosis in open dialogue approach: treatment principles, follow up out-comes, and two case studies. *Psychother. Res.*, 2006; 16 (2): 214–228
- [18] Seikkula J., Alakare B., Aaltonen J.: The comprehensive open dialogue approach in Western Lapland: II. Long term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis*, 2011; 3 (3): 192–201.
- [19] Meyer P. “Effective Motivational Leadership”, Waco, USA, 2006
- [20] http://old.mhe-sme.org/assets/files/publications/reports/Spidla_Polish.pdf
- [21] <http://ocwip.pl/images/files/og%C3%B3lnoeuropejskie%20wytyczne%20deinstytucjonalizacji.pdf>
- [22] http://deinstitutionalisationguide.eu/wp-content/uploads/2013/05/Toolkit_Polish-
- [23] <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/strony/wiadomosci/start-funduszy-europejskich-2014-2020-miliardy-na-rozwoj/>