

MAŁGORZATA TROJAŃSKA

## Model Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego w Polsce

### Model of the Environmental Mental Health Center in Poland

#### Abstract

Basing on the experiences and worked out standards of community care work in Western countries like Italy, Finland or Germany, Poland has developed the Model of Community Mental Health Centre. Research in the above-mentioned partner countries demonstrates that the idea of organizing psychiatric treatment within a community brings considerable therapeutic effects and reduces the cost of treatment. The essence of the work focused on the needs of patients is to protect them from institutionalization, to put emphasis on their independence and activity and to deter them from falling into traps of disability pension or benefit scheme or into complete professional inactivity.

**Key words:** community care work, Mental Health Centre, health promotion

#### Wprowadzenie

W ostatnim dziesięcioleciu obserwuje się znaczący wzrost zainteresowania zdrowiem psychicznym i silne dążenie do zwiększenia wysiłków na rzecz jego poprawy. Dobre zdrowie psychiczne (dobrostan psychiczny), jak czytamy w Deklaracji o Ochronie Zdrowia Psychicznego dla Europy (Podjąć wyzwania.... 2005, s. 15), ma zasadnicze znaczenie dla jakości życia, umożliwia ludziom doświadczenie życia jako sensownego, pozwala im być twórczymi i aktywnymi obywatelami. Przełomową dla podjęcia szerokiej debaty europejskiej na temat zdrowia psychicznego była opublikowana w 2005 roku tzw. Zielona Księga (Green Paper), zatytułowana *Poprawa zdrowia psychicznego ludności; w stronę strategii zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej* (Komisja Europejska 2005). Dokument zwracał uwagę, że zaburzenia psychiczne są główną przyczyną samobójstw, których liczba zbliża się do 60 000 i przewyższa liczbę ofiar wypadków drogowych! Ponadto stwierdzał, że koszty chorób psychicz-

nych pochłaniają 3–4% PKB krajów członkowskich. Jednocześnie ostrzegął, że do roku 2020 depresja może stać się główną przyczyną chorób w krajach rozwiniętych, podkreślał również problem stygmatyzacji oraz nierówności w zdrowiu psychicznym. Podpisana przez kraje członkowskie w 2005 roku Deklaracja Helsińska stworzyła fundamenty rozumienia i podejmowania działań związanych ze zdrowiem psychicznym w myśl tezy, że nie ma zdrowia bez zdrowia psychicznego. Deklaracja wskazała podjęcie następujących działań:

- „promowanie dobrostanu psychicznego całej populacji, poprzez środki i działania, których celem jest uświadomienie znaczenia zdrowia psychicznego oraz wprowadzanie zmian sprzyjających zdrowiu psychicznemu poszczególnych osób, społeczności lokalnych, społeczeństwa obywatelskiego, w środowiskach edukacyjnych i zawodowych oraz w instytucjach rządowych i krajowych,
- przeciwdziałanie stygmatyzacji i dyskryminacji, zapewnienie ochrony praw i godności człowieka oraz wdrażanie koniecznych przepisów prawnych, umożliwiających osobom narażonym na zagrożenia zdrowia psychicznego lub cierpiącym z powodu problemów zdrowia psychicznego i spowodowanej nimi niepełnosprawności uczestniczenie w życiu społecznym w pełni i na równych prawach,
- rozwijanie wiedzy i umiejętności lekarzy i pracowników placówek podstawowej opieki zdrowotnej, którzy działają we współpracy z wyspecjalizowaną opieką medyczną i pozamedyczną, tak by mogli trafnie rozpoznawać leczyć i udzielać skutecznej, wielostronnej pomocy osobom z problemami zdrowia psychicznego,
- docenienie potencjalnych wpływów polityk w zakresie spraw publicznych na zdrowie psychiczne, zwłaszcza na zdrowie psychiczne grup szczególnie zagrożonych, wskazując na centralne znaczenie zdrowia psychicznego w budowaniu zdrowego, otwartego i produktywnego społeczeństwa,
- zapewnienie szczególnego wsparcia i pomocy osobom narażonym na zwiększone ryzyko ze względu na okres ich życia, w szczególności w zakresie opieki rodzicielskiej, kształcenia dzieci i młodzieży oraz opieki nad osobami starszymi,
- opracowanie i wprowadzenie w życie środków, których celem jest zapobieganie przyczynom samobójstw oraz powstawania problemów zdrowia psychicznego i chorób im towarzyszących,
- zaoferowanie osobom z poważnymi problemami zdrowia psychicznego skutecznej i wielostronnej opieki i leczenia w zróżnicowanych ośrodkach

- i placówkach, w sposób, który zapewni poszanowanie ich osobistych preferencji oraz ochroni ich przed lekceważeniem i poniżającym traktowaniem,
- ustanowienie współpracy, koordynacji działań i kierownictwa w regionach, krajach, pomiędzy sektorami publicznymi i instytucjami, które mają wpływ na ochronę zdrowia psychicznego oraz integrację społeczną jednostek, rodzin, grup i wspólnot lokalnych,
  - opracowanie programów edukacji oraz szkolenia w celu stworzenia kompetentnego, interdyscyplinarnego zespołu specjalistów,
  - ocenianie stanu zdrowia psychicznego ludności, poszczególnych grup i jednostek w sposób pozwalający na dokonywanie porównań na poziomie kraju i na poziomie międzynarodowym,
  - zapewnienie sprawiedliwych i odpowiednich źródeł finansowania dla realizacji powyższych celów,
  - inicjowanie badań naukowych, wspieranie ewaluacji oraz ich upowszechniania” (Miśkiewicz 2014, s. 20–21).

Pomimo wytyczonych celów i wydanych dyrektyw poziom ochrony zdrowia psychicznego w krajach członkowskich Unii jest bardzo zróżnicowany. Ma na to wpływ nie tylko poziom ekonomiczny danego państwa, lecz także świadomość i konsekwencja działań rządów na rzecz zdrowia swoich obywateli.

## Stan opieki psychiatrycznej w Polsce

W Polsce na lecznictwo psychiatryczne Narodowy Fundusz Zdrowia przeznacza zaledwie 3,4% ogółu wydatków (bez leków). Natomiast minimalny poziom finansowania ze środków publicznych, postulowany na podstawie danych z krajów Unii Europejskiej, wynosi 5,0%. Niepokojąca jest także struktura wydatków, w której aż 70% pochłania opieka stacjonarna, a zaledwie 1% opieka środowiskowa (rekomendacje\_dot\_zdrowia\_psychicznego.pdf). „Wskaźnikiem, który obrazuje poziom ochrony zdrowia psychicznego od strony kadr, jest wskaźnik liczby psychiatrów i pielęgniarek psychiatrycznych na 100 tys. mieszkańców. W Polsce wskaźnik ten to 6 psychiatrów i 18,6 pielęgniarek na 100 tys. Jest to wyraźnie mniej niż średnia w regionie europejskim, która wynosi 9,4 psychiatrów i 25,6 pielęgniarek na 100 tys. Dla porównania w Czechach wskaźnik wynosi 12 psychiatrów i 33 pielęgniarke, na Węgrzech 9 psychiatrów i 19 pielęgniarek, a w Niemczech 11,8 lekarzy psychiatrów i 52 pielęgniarke” (Szafranski 2014, s. 14). Podstawą obecnego modelu leczenia zaburzeń psychicznych w Polsce są azytowe, instytucjonalne formy leczenia, rozdziela działania zdrowotne i społeczne. Model instytucjonalny nie sprawdzał się

przez lata, a system leczenia psychiatrycznego nie odpowiada skutecznie na potrzeby – jest niesprawny, cechuje się deficytem i nierównym rozmieszczeniem zasobów, dominacją jednostronnej, ubogiej oferty dużych i odległych od miejsca zamieszkania szpitali psychiatrycznych przy znacznym niedoborze opieki środowiskowej. W efekcie nie zapewnia bliskiego i równego dostępu, wymaganej jakości i efektywności leczenia ani godziwych warunków korzystania z niej. Pobyt w szpitalu psychiatrycznym, chociaż czasami niezbędny, jest tylko fragmentem opieki psychiatrycznej. Większość osób z zaburzeniami psychicznymi nie jest i nie musi być leczona w szpitalu. Dlatego tak istotne znaczenie ma stopień rozwoju pozaszpitalnych form ochrony zdrowia psychicznego. Polska jest krajem, w którym od lat toczy się dyskusja nad poprawą opieki psychiatrycznej. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) został wpisany do polskiego prawa mocą Ustawy z dnia 23 lipca 2008 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Miał w swoich założeniach następujące cele:

„Cel główny 1:

Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Cele szczegółowe:

- 1.1. Upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu.
- 1.2. Zapobieganie zaburzeniom psychicznym.
- 1.3. Zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi.
- 1.4. Organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego.

Cel główny 2:

Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym

Cele szczegółowe:

- 2.1. Upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.
- 2.2. Upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego.
- 2.3. Aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi.
- 2.4. Skoordynowanie różnych form opieki i pomocy.

### Cel główny 3:

Rozwój badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego

#### Cele szczegółowe:

- 3.1. Przekrojowe i długoterminowe epidemiologiczne oceny wybranych zbiorowości zagrożonych występowaniem zaburzeń psychicznych.
- 3.2. Promocja i wspieranie badań naukowych podejmujących tematykę zdrowia psychicznego.
- 3.3. Unowocześnienie i poszerzenie zastosowania systemów statystyki medycznej.
- 3.4. Ocena skuteczności realizacji Programu” (Łoza, Gryglewicz 2015, s. 8).

Ostateczne wprowadzenie NPOZP w roku 2011 oznaczało, że rozpoczęto go w Polsce realizować z opóźnieniem sięgającym blisko 40–50 lat w stosunku do nowocześnie zarządzanych państw europejskich. Niestety Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego realizowany w latach 2011–2015 zakończył się fiaskiem. Nie zrealizowano żadnego z postawionych w programie celów. Wyznaczonych zadań nie wykonała ani administracja rządowa, ani samorządowa. Jak wynika z raportu NIK, „nie udało się ograniczyć występowania zagrożeń dla zdrowia psychicznego, i polepszyć jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi i ich bliskich. Nie poprawiła się też dostępność świadczeń opieki psychiatrycznej w planowanych latach”. W ocenie NIK główne przyczyny fiaska Programu to niezaplanowanie środków finansowych przez realizatorów poszczególnych zadań, nieskuteczna koordynacja Programu, a także ogólnikowość części celów i zadań (<https://www.nik.gov.pl>). Tragycznym, społecznym wymiarem porażki programu było zwiększenie się w latach 2011–2015 liczby samobójstw o prawie o 50%.

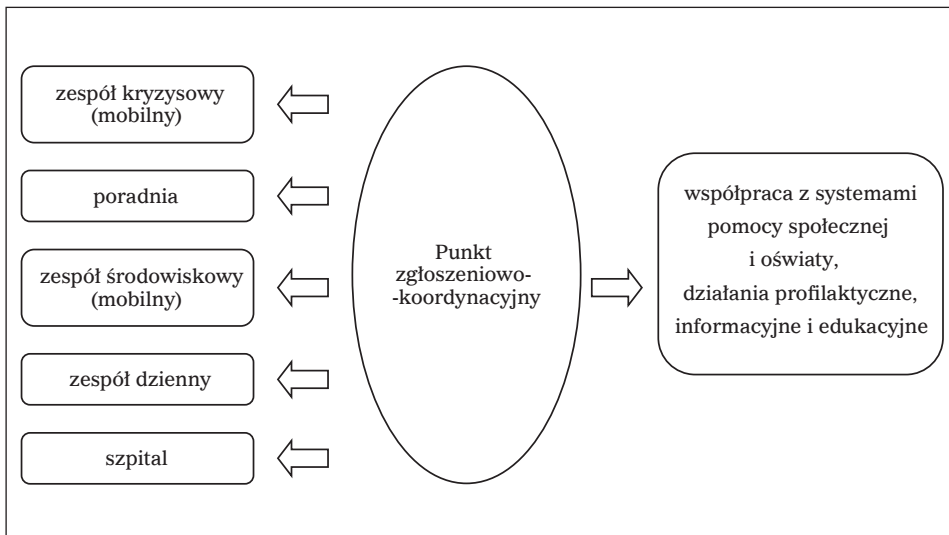
## Model Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego

W 2017 roku nastąpiła nowelizacja ustawy z 2008 roku. Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. ustanowiono Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022, wymieniano w nim następujące cele i zadania: 1) „zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb; 2) prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi; 3) monitorowanie i ocena skuteczności działań realizowanych w ramach Programu. Do celów szczegółowych i zadań obecnego Programu należą:

1. W zakresie zapewniania osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb:
  - a. upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej;
  - b. upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego;
  - c. aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi;
  - d. skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy;
  - e. udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego uczniom, rodzicom i nauczycielom;
2. W zakresie prowadzenia działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi:
  - a. opracowanie ogólnych zasad postępowania dotyczących przedstawiania wizerunku osób z zaburzeniami psychicznymi w mediach,
  - b. prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących konieczności respektowania praw osób z zaburzeniami psychicznymi;
3. W zakresie monitorowania i oceny skuteczności działań realizowanych w ramach Programu – gromadzenie i analizowanie sprawozdań zawierających informacje dotyczące realizacji zadań wynikających z Programu, przekazywanych przez podmioty wskazane w Programie” (Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022, s. 13).

W obecnym programie położono nacisk na tworzenie środowiskowych form wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin. Jest to zgodne ze światową tendencją, aby osoba potrzebująca i jej rodzina uzyskiwała wsparcie w środowisku, w którym żyje. Współcześnie na świecie za najlepszy model opieki psychiatrycznej uważa się ten określany mianem psychiatrii środowiskowej. Zakłada on powstanie lokalnych, mniejszych ośrodków pomocy, które są zlokalizowane w pobliżu miejsca zamieszkania osób z zaburzeniami psychicznymi. Jest zorientowany na chorych i oferuje im wszechstronne oddziaływania terapeutyczne. Umożliwia elastyczne podejście w zakresie czasu trwania i intensywności oddziaływań. Elastyczność oznacza również dostosowanie do specjalnych, indywidualnych potrzeb poszczególnych osób. Taki system jest dostosowany kulturowo, uwzględnia i angażuje zasoby społeczności lokalnych, normalizuje przez to naturalne systemy wsparcia, nie odcina ich i nie marginalizuje. System ten powinien być skupiony na mocnych stronach osób zgłaszających się po pomoc, a jego funkcjonowanie powinno podlegać systematycznej ewaluacji i ewentualnym modyfikacjom (Thorncroft i Tansella 2010). Bazując na doświadczeniach i wypracowanych standardach opieki

środowiskowej w krajach zachodnich, tj. Włochy, Finlandia, Niemcy, wypracowano w Polsce Model Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego (schemat 1). Badania w wymienionych krajach partnerskich wskazują, że koncepcja środowiskowej organizacji leczenia w psychiatrii przynosi znaczące efekty terapeutyczne oraz obniża koszty leczenia. Istotą pracy skoncentrowanej na potrzebach osób chorujących jest uchronienie ich od instytucjonalizacji, stawianie na samodzielność i aktywność oraz ochronienie przed wejściem w system rentowy czy zasiłkowy lub też całkowitą bierność zawodową.



Schemat 1. Model Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego

Źródło: na podstawie Wciórka (<http://www.kongreszp.org.pl/>)

Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP) dla dzieci i dorosłych składa się, co najmniej z zespołu:

1. „Ambulatoryjnego (poradni) – zadania: porady lekarskie i psychologiczne, indywidualna i grupowa pomoc psychoterapeutyczna, czynności pielęgniarские, interwencje socjalne.
2. Środowiskowego (mobilnego) – zadania: wizyty domowe, terapia indywidualna i grupowa, praca z rodziną, treningi umiejętności, budowanie sieci oparcia społecznego, zajęcia i turnusy rehabilitacyjne.
3. Dziennego – zadania: częściowa hospitalizacja psychiatryczna w celu zintensyfikowania oddziaływań terapeutycznych lub rehabilitacyjnych.
4. Szpitalnego – zadania: całodobowa opieka szpitalna w sytuacjach nacechowanych znacznym nasileniem zaburzeń lub związanym z nimi ryzy-

kiem – podstawowym i docelowym rozwiązaniem powinny być świadczenia oddziału psychiatrycznego w lokalnym szpitalu ogólnym” ([http://www.kongreszp.org.pl/media/NPOZP-projekt-z-dn\\_-05\\_01\\_2016.pdf](http://www.kongreszp.org.pl/media/NPOZP-projekt-z-dn_-05_01_2016.pdf)).

CZP ściśle współdziała w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych i społecznych pacjentów z podmiotami świadczącymi oparcie społeczne, aktywizację społeczno-zawodową i inne aktywności pomocowe na terenie odpowiedzialności terytorialnej centrum. Prezentowany model ma w swoich założeniach trojaki rodzaj działania: leczenie, oparcie społeczne i aktywizację społeczno-zawodową – odpowiednio do fazy, nasilenia i indywidualnych uwarunkowań kryzysu zdrowotnego. Skoordynowane działanie tych trzech sieci pomocy stanowi, według wielu doświadczeń, zarówno specjalistów, jak i pacjentów (Thornicroft i Tansella 2010), minimum otwierające realną szansę opanowania nawet poważnego kryzysu zdrowotnego. Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego mają być strukturą o zasięgu powiatowym, dzielnicowym lub gminnym. Ich celem będzie zorganizowanie i koordynacja medycznej i społecznej sieci wsparcia dla osób w trakcie i po przebytych kryzysach. Centrum ma zapewnić całodobowy telefon interwencyjny. Osoba odbierająca zgłoszenie będzie zobowiązana do zorganizowania pierwszego kontaktu z pacjentem w ciągu 24 godzin i prowadzenia procesu terapeutycznego. Zespół mobilny zapewnia pierwszy kontakt z chorym i ciągłość leczenia na każdym etapie. Na terenie ŚCZP będą dostępne pokoje przeznaczone dla osób, które nie będą mogły przetrwać kryzysu w warunkach domowych. Utworzenie interwencyjnych miejsc noclegowych powinno skutkować spadkiem zapotrzebowania na łóżka szpitalne. Doświadczenia zagraniczne pokazują, że konieczna jest transformacja szpitali mająca na celu przekształcenie łóżek ogólnopsychiatrycznych w oddziały specjalistyczne (sądowe, zaburzenia odżywiania) o zasięgu regionalnym czy oddziały opiekuńczo-lecznicze. Zintegrowane świadczenia społeczne łączą zadania pomocy społecznej i mieszkaniowej, rehabilitacji społecznej i aktywizacji zawodowej. Elementami świadczeń mogą być: specjalistyczne usługi opiekuńcze, środowiskowe domy samopomocy, Kluby Integracji, mieszkania chronione i wspierane, Kluby Aktywizacji Zawodowej, wspieranie w miejscu zatrudnienia, ekspert przez doświadczenie (to osoby, które same wcześniej doświadczyły kryzysu psychicznego, po odpowiednim przeszkoleniu i w dobrym stanie zdrowia wspierają osoby chorujące). Istotnym elementem omawianego modelu są również działania profilaktyczne, informacyjne i edukacyjne. Ich celem jest dotarcie, poprzez szkolenia i spotkania dotyczące umiejętności pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi, do szeroko rozumianej społeczności lokalnej, administracji publicznej, pracodawców, szkół, uczelni. Promocja

zdrowia psychicznego to działania z zakresu edukacji i polityki społecznej ukierunkowane na całe populacje (np. populację dzieci i młodzieży szkolnej, ludzi w wieku senioralnym, ludzi z zaburzeniami psychicznymi i opiekunów), których nadrzędnym celem jest wzmacnianie zdrowia psychicznego oraz procesów wspomagających utrzymywanie dobrego zdrowia. Przykładami działań z zakresu promocji zdrowia psychicznego i wspierania zasobów odpornościowych jednostek są np. warsztaty rozwijania umiejętności twórczego myślenia, pozytywnej motywacji, radzenia sobie ze stresem, złością, lękiem oraz inne różnorodne zajęcia zmierzające do rozwijania indywidualnych umiejętności życiowych i mocnych stron jednostek. Promocja zdrowia psychicznego wymaga pozytywnego języka opisu zdrowia psychicznego, wymaga odwagi w przełamywaniu stereotypowego (negatywnego) podejścia do zdrowia psychicznego ograniczonego do jego zaburzeń, objawów i chorób. Dlatego niezwykle istotne jest propagowanie pozytywnego (salutogenetycznego) rozumienia zagadnień zdrowia psychicznego (Antonovsky 1997, s. 206–231). Kształcenie lekarzy, psychologów, pedagogów, pracowników socjalnych koncentruje się na negatywnej stronie zdrowia (czynnikach ryzyka, objawach, zaburzeniach, chorobach), pomijając pozytywną stronę (zasoby odpornościowe, umiejętności służące zdrowiu, aktywne radzenie sobie z problemami zdrowotnymi, korzystanie z pomocy itd.). Zaprezentowany w niniejszym artykule model Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego czeka na realizację. Środowisko osób chorych i ich rodzin, jak również wiele pozarządowych organizacji wspierających osoby w i po kryzysach psychicznych wiążą z nowym programem NPOZP wiele nadziei. Psychiatra i orędownik środowiskowego modelu prof. Jacek Wciórka wskazał na 10 istotnych priorytetowych celów systemowych warunkujących realne zaistnienie i zyski publiczne z realizacji NPOZP. Wynikają one z obserwacji codziennego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce oraz wielu dyskusji, obserwacji i doświadczeń związanych z dotychczasowym wdrażaniem Programu.

1. „Budowanie pozytywnej narracji (wiedzy, świadomości i aksjologii) dotyczącej zdrowia psychicznego i jego ochrony – szukanie, pozyskiwanie i ujawnianie jej sojuszników. Wzmacnianie i usamodzielnianie wpływu pozarządowych organizacji samopomocowych na rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia psychicznego – jako najważniejszego sojusznika.
2. Jednoznaczne wskazanie, kto koordynuje wdrażanie Programu i odpowiada za to na poziomie kraju wraz z powołaniem centralnego ośrodka

koordynacyjnego, wyposażonego w odpowiednie do tego uprawnienia i instrumenty.

3. Zwiążanie planowania i funkcjonowania opieki psychiatrycznej z odpowiedzialnością, interesami i zasobami lokalnych społeczności.
4. Racjonalizacja systemu finansowania leczenia psychiatrycznego zapewniająca chorym równą dostępność, efektywność i godziwy standard, a zarządzającym – rzetelny i prorozwojowy mechanizm bilansowania przychodów z kosztami opieki.
5. Nadanie opiece środowiskowej pierwszoplanowej roli w systemie opieki psychiatrycznej – tzn. opieki rozwiązującej podstawowe problemy osób potrzebujących pomocy.
6. Równoważenie udziału opieki szpitalnej i środowiskowej w leczeniu psychiatrycznym – wydatne zwiększanie dostępności i różnorodności opieki środowiskowej oraz ograniczanie opieki szpitalnej do rzeczywiście niezbędnych rozmiarów. Za to – poprawa jakości i godziwości warunków jej świadczenia.
7. Zmiana roli i umiejscowienia opieki stacjonarnej (całodobowej), która zasadniczo powinna spełniać w systemie rolę interwencji pomocniczej a nie pierwszoplanowej.

(a) Stopniowe przejmowanie roli szpitalnego leczenia pierwszego kontaktu przez lokalne oddziały psychiatryczne umiejscowione w szpitalach ogólnych (wielospecjalistycznych).

(b) Stopniowe podejmowanie przez jednospecjalistyczne szpitale psychiatryczne nowej roli ośrodków oferujących wysokospecjalistyczne, referencyjne programy leczenia i rehabilitacji, a hospitalizację pierwszego kontaktu – tylko w zakresie uzasadnionym lokalnie.

(c) Stopniowe ograniczanie roli izolacyjnych placówek opiekuńczych (ZOL, ZLP, DPS) w rozwiązywaniu problemu długoterminowej opieki stacjonarnej – poprzez tworzenie różnych lokalnych form zamieszkiwania chronionego w środowisku.

8. Udrożnienie koordynacji i współdziałania leczenia psychiatrycznego z medycyną rodzinną (podstawową opieką zdrowotną), ośrodkami pomocy społecznej i dostępnymi programami aktywizacji społeczno-zawodowej.
9. Tworzenie, udostępnianie i upowszechnianie różnorodnych programów uczestnictwa społeczno-zawodowego dla osób wychodzących z choroby psychicznej, by zdrowiejący nie trafiali w obeszładniającą próżnię społeczną.

10. Budzenie zrozumienia dla rangi, znaczenia i opłacalności działań promujących zdrowie psychiczne i zapobiegających jego zaburzeniom” (Wciórka 2014, s. 73).

## Zakończenie

Podsumowaniem niniejszych rozważań niechaj staną się słowa prof. Jacka Wciórki wypowiedziane podczas I Kongresu Zdrowia Psychicznego w Warszawie 8 maja 2017 roku: „jeśli zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa, to należy zrobić wszystko, by ta zasada nie była tylko uroczystym zaklęciem, lecz realną siłą sprawczą, ograniczającą ryzyko zachorowania, niosącą ulgę w cierpieniu, sprzyjającą zdrowieniu, eliminującą bezradność i przywracającą nadzieję udanego życia. (...) Zmieniamy system ochrony zdrowia psychicznego, zmieniamy system leczenia psychiatrycznego w naszym kraju, w Polsce. By nie zabijać nadziei, zachować godność, przywracać zdrowie” (<http://www.kongreszp.org.pl/envoy.html>).

## Bibliografia

- Antonovsky A. (1997), *Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia*, [w:] I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 206–231
- Borucka A., Ostaszewski K. (2008), *Koncepcja resilience. Kluczowe pojęcia i wybrane zagadnienia*, „Medycyna Wieku Rozwojowego”, t. 12, nr 2, cz. 1, s. 587–597
- Miśkiewicz P. (2014), *Ochrona zdrowia psychicznego w dokumentach WHO*, [w:] J. Wciórka (red.), *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO*, Warszawa, s. 18–24
- Łoza B., Gryglewicz J. (2015), *Raport. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego 2016–2020. Rekomendacje*, Warszawa
- Komisja Europejska (2005), *Green Book. Improving the mental health of the population – Towards a strategy on mental health for the European Union*, [http://europa.eu/legislation\\_summaries/public\\_health/health\\_determinants\\_lifestyle/c11570c\\_en.htm#](http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/health_determinants_lifestyle/c11570c_en.htm#) (dostęp: 23.11.2017)
- Podjąć wyzwania, szukać rozwiązań. Deklaracja o Ochronie Zdrowia Psychicznego dla Europy Plan Działań na rzecz Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Europy* (2005), Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022

- Szafrański T. (2014), *Ochrona zdrowia psychicznego we współczesnym świecie*, [w:] J. Wciórka (red.), *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO*, Warszawa, s. 11–17
- Thornicroft G., Tansella M. (2010), *W stronę lepszej psychiatrycznej opieki zdrowotnej*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa
- Wciórka J. (2014), *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Motywy, cele, priorytety*, [w:] J. Wciórka (red.), *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO*, Warszawa, s. 65–74