

# Deinstytucjonalizacja praktyk pomocowych – osoby w kryzysach psychicznych

Mateusz Glinowiecki



Uniwersytet Warszawski

Warszawa 2022

## Wprowadzenie

### Prace analityczno-badawcze Uniwersyteckiego Obserwatorium Deinstytucjonalizacji Praktyk Pomocowych – UODI

Deinstytucjonalizacja praktyk pomocowych to proces przechodzenia od organizowania wsparcia opartego na rozwiązaniach zakładowych, gdzie kluczową rolę odgrywają placówki całodobowe długookresowego pobytu – do organizowania wsparcia w sposób środowiskowy, z wykorzystaniem infrastruktury usług społecznych oraz zasobów lokalnych społeczności.

Polska, podobnie jak inne państwa członkowskie Unii Europejskiej, zobowiązana jest do wdrażania polityki deinstytucjonalizacji działań służb społecznych (dalej jako polityka DI) w unijnym okresie programowania 2021-2027. Krajowy program przedstawiony został w przyjętej przez rząd w czerwcu 2022 r. „Strategii rozwoju usług społecznych”, obejmującej nieco dłuższy okres – do 2030 r. (z rozszerzeniem do 2035 r.).

Deinstytucjonalizacja w ujęciu socjologicznym jest procesem zmiany, a nie punktem dojścia. Profesjonalnych praktyk pomocowych nie można w pełni zdeinstytucjonalizować. Instytucją jest bowiem każde zorganizowane działanie społeczne *per se*, a więc m.in. także środowiskowe usługi społeczne. Zrozumienie procesualnego charakteru deinstytucjonalizacji pozwala dostrzec dwa ważne założenia programowe polityki DI, a dotyczące: (1) potrzeby konsekwentnego, ale rozłożonego w czasie wdrażania podejścia środowiskowego oraz (2) niezbędności stosowania różnorodnych form i metod wsparcia.

Wsparcie środowiskowe to prowadzenie działań pomocowych w środowisku życia osób wspieranych, bez konieczności opuszczania przez nie swoich domów i rodzin czy rezygnacji z aktywności społecznej i zawodowej, których podtrzymywanie sprzyja zachowaniu zdrowia fizycznego, psychicznego i duchowego.

Na deinstytucjonalizację praktyk pomocowych warto patrzeć jak na proces będący przejawem dbałości o dobrostan obywateli – adresatów wsparcia. Ów dobrostan jest celem polityki DI i zarazem wyznacza granice jej implementacji. Uwzględniając powyższe, można zrekonstruować dwa cele operacyjne polityki DI. Pierwszym jest dążenie do zastąpienia placówek długookresowego całodobowego pobytu przeznaczonych dla osób wymagających opieki i leczenia, innymi rozwiązaniami organizacyjnymi, przy jak największym udziale

środowiskowych usług społecznych. Celem drugim jest dążenie do reorganizacji funkcjonowania form placówkowych, zwłaszcza placówek dziennego pobytu (w Polsce są to środowiskowe domy samopomocy, dzienne domy seniora, świetlice socjoterapeutyczne i wiele innych), tak aby funkcjonowały one w sposób otwarty i stawały się częścią infrastruktury „w posiadaniu” lokalnych społeczności. Takimi wtapiającymi się w „naturalne” środowisko społeczne są np. wszelkie formy mieszkalnictwa wspomaganego traktowane w podejściu DI jako środowiskowa alternatywa dla tradycyjnych zakładów opiekuńczo-leczniczych i domów pomocy społecznej.

Politykę DI warto definiować na sposób pozytywny: co można i należy rozwijać. Odchodzenie od „starych” rozwiązań powinno być funkcją upowszechniania „nowych”, a nie na odwrót. Możemy i powinniśmy stopniowo zmniejszać obciążenie placówek opiekuńczych i leczniczych całodobowego długookresowego pobytu, gdy realnie dostępne jest wsparcie środowiskowe wykorzystujące różne formy usługowe.

Praca środowiskowa w myśl założeń metodycznych prowadzona jest dla ludzi, wśród ludzi i z ludźmi. Łączy się to z przekonaniem, że warto tworzyć takie warunki życia, aby osoby wspierane mogły pozytywnie oddziaływać na środowisko, a zarazem, aby środowisko pozytywnie oddziaływało na jednostki. Stąd orientacja pracy środowiskowej na wzmacnianie, aktywizację i integrację społeczności lokalnych. Polityka DI to polityka inwestycji społecznych przy wykorzystaniu potencjału podmiotów niepublicznych (organizacji obywatelskich i przedsiębiorstw społecznych), nowych rozwiązań organizacyjnych (np. centra usług społecznych, centra zdrowia psychicznego) oraz nowopowstających zawodów i specjalności pomocowych (takich jak streetworkerzy, asystenci zdrowienia czy koordynatorzy pieczy zastępczej).

W modelu środowiskowym należy posiadać paletę rozwiązań pomocowych o różnym poziomie uśrodowiskowienia, tak aby organizując wsparcie dla konkretnych osób, móc wybrać to najbardziej dla nich wskazane. Te o wyższym poziomie instytucjonalizacji powinny być stosowane rzadko (jako opcja ostatnia), niemniej też są one potrzebne. W sytuacji ostrych stanów chorobowych czy konieczności zastosowania określonych procedur medycznych (np. detoksykacja w terapii uzależnień od środków psychoaktywnych) wskazane jest korzystanie ze wsparcia w placówkach całodobowych. Tyle że na czas określony, po którym również wskazane jest kontynuowanie wsparcia w modelu środowiskowym. W podejściu środowiskowym jest również miejsce na rozwiązania pośrednie, łączące cechy placówek

i wsparcia środowiskowego. Przykładem takiego rozwiązania są placówki dziennego pobytu czy szpitalne oddziały dzienne, w których działania pomocowe realizowane są w nurcie środowiskowym przy wykorzystaniu organizacyjnych ram formatu placówkowego.

Deinstytucjonalizację warto wdrażać w sposób konsekwentny i zarazem rozważny. Zaprzepaszczenie szansy rozwojowej związane jest tu zarówno z ryzykiem prowadzenia działań pozornych, jak i ryzykiem działań przesadnie zideologizowanych. Stąd potrzeba monitoringu polityki DI. Wyjściem naprzeciw tej potrzebie jest inicjatywa podjęta na Uniwersytecie Warszawskim pod nazwą Uniwersyteckie Obserwatorium Deinstytucjonalizacji Praktyk Pomocowych – UODI. Obserwatorium to wspólne przedsięwzięcie partnerskie trzech jednostek uczelnianych: Wydziału Stosowanych Nauk Społecznych i Resocjalizacji, Centrum Europejskiego oraz Instytutu Studiów Społecznych im. Profesora Roberta Zajonca.

Prace UODI zainicjowaliśmy 15 marca 2021 r. organizacją międzynarodowej konferencji naukowej „Deinstytucjonalizacja w politykach publicznych – nowy paradygmat rozwoju”. W 2022 r. prace analityczno-badawcze UODI prowadziliśmy dzięki dotacji otrzymanej od Władz Uniwersytetu Warszawskiego. Przedmiotem tych prac są praktyki pomocowe realizowane w różnych systemach wsparcia, przez specjalistów reprezentujących różne profesje i zawody pomocowe, przy wykorzystaniu różnych formatów organizacyjnych. Profesjonalne praktyki pomocowe to zbiorczy termin obejmujący metodyczną działalność ogółu zawodowych pomagaczy. Jest to przy tym termin „neutralny”, pozwalający na agregowanie wiedzy z różnych obszarów działań pomocowych bez dokonywania hierarchizacji zawodów pomocowych (*helping professions*) czy funkcjonujących w ich obrębie specjalności.

W 2022 r. prace UODI objęły między innymi analizy organizowania i prowadzenia praktyk pomocowych w sześciu obszarach, jakim są: piecza zastępcza, wsparcie osób z niepełnosprawnością, zdrowie psychiczne, kryzys bezdomności, terapia uzależnień i opieka senioralna. Ich rezultaty przedstawione zostały w autorskich ekspertyzach, które publikujemy na stronie [www.uodi.uw.edu.pl](http://www.uodi.uw.edu.pl). Jedną z nich jest opracowanie „Deinstytucjonalizacja praktyk pomocowych – osoby w kryzysach psychicznych” autorstwa Mateusza Glinowieckiego.

Zapraszamy do lektury!

*Marek Rymsza*  
*kierownik UODI*

**Mateusz Glinowiecki**  
Uniwersytet Warszawski  
ORCID: 0000-0002-6422-1449

## **Deinstytucjonalizacja praktyk pomocowych – osoby w kryzysach psychicznych**

### **1. Wprowadzenie definicyjne i statystyki dotyczące zaburzeń psychicznych**

Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 2020 poz. 685) pojęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi odnosi do:

- „osoby chorej psychicznie (wykazującej zaburzenia psychotyczne);
- osoby upośledzonej umysłowo;
- osoby wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym”.

Osobą z zaburzeniami psychicznymi nazwiemy zatem osoby wykazujące zaburzenia psychotyczne (przede wszystkim schizofrenię), osoby doświadczające szeregu innych zaburzeń wymienionych w klasyfikacji chorób ICD-10<sup>1</sup> (m.in. zaburzenia lękowe, zaburzenia afektywne czy zaburzenia osobowości), jak i osoby niepełnosprawne intelektualnie (w Ustawie określane jeszcze pejoratywnym sformułowaniem „upośledzone umysłowo”).

Badania epidemiologiczne EZOP II (2021)<sup>2</sup> wykazały, że na co najmniej jedno zaburzenie psychiczne cierpi aż 26,46% Polaków. Najwięcej bo ponad 5 mln osób dorosłych i 300 tys. osób małoletnich zmaga się z zaburzeniami lękowymi, a blisko 1,5 mln osób dorosłych i 70 tys. osób małoletnich – z zaburzeniami afektywnymi. Problemem bezpośrednio związanym z zaburzeniami psychicznymi są samobójstwa. W Polsce mamy do czynienia

---

<sup>1</sup> Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych, obecnie obowiązuje jej 10 rewizja; aktualnie trwają zaawansowane prace nad wprowadzeniem 11 rewizji.

<sup>2</sup> „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań”, zrealizowane w latach 2018-2020 na reprezentatywnej próbie 15 tysięcy Polaków.

z wysokim wskaźnikiem samobójstw, który na 100 tys. osób wynosi 2,9 u kobiet i aż 21,4 u mężczyzn (WHO 2020). Mimo, że na przestrzeni ostatnich dziesięciu lat nastąpił w tej kwestii dość znaczący spadek (u mężczyzn z poziomu 29,4 i u kobiet z poziomu 3,8), to jednak nadal plasujemy się powyżej średniej europejskiej<sup>3</sup>. Co roku w naszym kraju dochodzi do około 12 tys. prób samobójczych, z których około 5 tys. kończy się śmiercią<sup>4</sup>.

Należy zakładać, że problem zaburzeń psychicznych będzie w kolejnych latach jeszcze narastał. Dowodzi temu wzrost liczby osób doświadczających zaburzeń psychicznych o ponad 3 punkty procentowe, z jakim mieliśmy do czynienia między kolejnymi badaniami epidemiologicznymi EZOP: z poziomu 23,4% w 2011 r. do poziomu 26,4% w 2021 r., a także dane płynące z innych krajów europejskich, w których liczba osób zmagających się z problemami psychicznymi rośnie w szybkim tempie. Szeroko rozumiany system wsparcia dla osób dotkniętych problemami psychicznymi staje zatem przed niełatwym wyzwaniem zapewnienia milionom Polaków kompleksowej pomocy. Ważne by była ona odpowiednio zorganizowana i zróżnicowana – nie opierała się tylko na leczeniu psychiatrycznym, ale obejmowała szereg innych form pomocy dostosowanych do potrzeb osób chorych oraz ich bliskich.

Analizowanie praktyk pomocowych<sup>5</sup> dla tak szeroko zdefiniowanej grupy jak „osoby z zaburzeniami psychicznymi”, nastęczyłoby poważnych trudności. Odmienna jest bowiem specyfika – a co za tym idzie inne są praktyki pomocowe w przypadku „klasycznych” kryzysów psychicznych, inaczej wygląda to w przypadku osób uzależnionych, a jeszcze inaczej u osób dotkniętych niepełnosprawnością intelektualną. Z tego powodu w artykule opisywane będą wyłącznie praktyki pomocowe skierowane do osób, które w pewnym momencie swojego życia zostały dotknięte kryzysem psychicznym (jedną lub większą liczbą zaburzeń z klasyfikacji ICD-10), z pominięciem osób zmagających się z uzależnieniami oraz osób niepełnosprawnych intelektualnie<sup>6</sup>. Na potrzeby niniejszej ekspertyzy ta „wykrojona” grupa osób z zaburzeniami psychicznymi będzie nazywana „osobami w kryzysach psychicznych”. Wydaje się, że ta nazwa dobrze oddaje problematykę, a jednocześnie pozwala

<sup>3</sup> W przypadku mężczyzn jest to czwarty najgorszy wynik wśród krajów UE.

<sup>4</sup> Dane Komendy Głównej Policji z 2022 r.

<sup>5</sup> Praktyki pomocowe w ekspertyzie rozumiane są jako różnego rodzaju profesjonalne działania i usługi na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi realizowane przez system opieki psychiatrycznej, system pomocy społecznej oraz organizacje pozarządowe i inne podmioty.

<sup>6</sup> Obie grupy są analizowane w odrębnych ekspertyzach – por. B. Hoffmann (2022); I. Grabowska 2022.

uniknąć chaosu wynikającego ze złożoności kategorii „z zaburzeniami psychicznymi”. Opisane zostaną praktyki pomocowe skierowane zarówno do osób dorosłych, jak i do dzieci i młodzieży. Charakter przeżywanych kryzysów psychicznych i potrzeby obu grup są nieco odmienne, jednak oferowane praktyki pomocowe są w dużej mierze zbieżne, co pozwala analizować je wspólnie (choć z podkreśleniem ich własnej specyfiki oraz opisaniem systemowych problemów, które dotyczą każdej z nich).

## **2. Historia deinstytucjonalizacji praktyk pomocowych dla osób w kryzysach psychicznych**

Kryzysy psychiczne towarzyszą ludziom od zawsze. W zależności od regionu świata i okresu dziejów zmieniało się nastawienie do osób nimi dotkniętych. Raz chorzy doświadczali dużego wsparcia, byli włączani do społeczności lokalnej i starano się im pomagać na wszystkie znane wówczas sposoby. Innym razem traktowano ich bez zrozumienia, separując, a w skrajnych przypadkach nawet trwale eliminując z życia społecznego (Brodniak 2000). Pierwsza połowa XX wieku to okres, który przyniósł szczególnie dużo zmian w tym zakresie. Zgodnie z realizowanym wówczas modelem azyłowym, chorzy psychicznie byli izolowani na długi czas w szpitalach psychiatrycznych budowanych zwykle na obrzeżach miast. Pierwotnie model ten miał zapewnić osobom dotkniętym problemami psychicznego bezpieczne miejsce do podjęcia leczenia i umożliwić czasową izolację od społeczeństwa, w którym mogliby nie znaleźć zrozumienia. Wraz z upływem czasu azyl stawał się jednak w większym stopniu goffmanowską instytucją totalną<sup>7</sup>. Formy wsparcia były wówczas bardzo ograniczone – farmakoterapia dopiero raczkowała, oddziaływania terapeutyczne nie były czymś powszechnym. W efekcie pacjenci szpitali psychiatrycznych nie zdrowieli, co więcej z każdym dniem stawali się coraz bardziej wykluczeni społecznie.

Przełom nastąpił w latach 50-tych XX wieku, kiedy to w Stanach Zjednoczonych rozwinął się ruch anty-psychiatryczny, postulujący przejście z modelu azyłowego do modelu środowiskowego. W praktyce miało oznaczać to „wyprowadzanie” chorych poza mury szpitali

---

<sup>7</sup> Pojęcie instytucji totalnych zostało opisane przez E. Goffmana (2011) w 1961 r. Autor instytucje totalną definiuje jako organizację społeczną, w obrębie której żyje zamknięta, formalnie kontrolowana przez jej personel grupa osób. Przykładami instytucji totalnych są według Goffmana m.in. obozy koncentracyjne, więzienia, koszary wojskowe, internaty, klasztory oraz szpitale psychiatryczne.

psychiatrycznych i leczenie ich w środowisku z udziałem społeczności lokalnej<sup>8</sup>. Za wzorem Stanów Zjednoczonych poszło wiele krajów europejskich, które w kolejnych dekadach zaczęły wprowadzać swoje mniej lub bardziej daleko idące reformy<sup>9</sup>. Widoczne były przynajmniej dwa modele deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej: nurt radykalny, którego symbolem stał się włoski lekarz Franco Basaglia, proponujący przeprowadzenie bardzo głębokich zmian, z zamknięciem szpitali psychiatrycznych włącznie<sup>10</sup>, oraz bardziej miękki nurt odwołujący się do koncepcji piętna Ervinga Goffmana<sup>11</sup>. Jego zwolennicy postulowali odejście od etykietowania osób chorych psychicznie i zachęcali do prowadzenia przez nich aktywnego życia społecznego.

W Polsce do pierwszych prób przeprowadzenia zmian w systemie opieki psychiatrycznej dochodziło już w latach 70. XX wieku. Nie miały one jednak charakteru systemowego, były raczej związane z działalnością pojedynczych ośrodków, dlatego nie przyniosły wymiernych rezultatów. Pierwszym dokumentem, który realnie rozpoczął proces deinstytucjonalizacji była Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U.1994 nr 111 poz. 5350). To wraz z jej wprowadzeniem rozpoczął się powolny (i jak się okazuje trwający do dziś) demontaż modelu azylowego, w którego miejsce zaczęto rozwijać model środowiskowy: stopniowo zmniejszano liczbę miejsc na oddziałach całodobowych na rzecz oddziałów dziennych, zaczęły powstawać środowiskowe domy samopomocy oraz inne placówki wspierające chorych w codziennym funkcjonowaniu, rozpoczęła się również działalność organizacji pozarządowych. Pierwsze kilkanaście lat reformy nie przyniosło takich efektów, jakich można było się spodziewać. Owszem, pojawiło się szereg placówek świadczących wsparcie w modelu środowiskowym, jednak było ich na tyle mało, że nie mogły

---

<sup>8</sup> W ekspertyzie proces deinstytucjonalizacji jest rozumiany właśnie w ten sposób: jako proces przechodzenia od organizowania wsparcia opartego na rozwiązaniach zakładowych do organizowania wsparcia w sposób środowiskowy, z wykorzystaniem zasobów lokalnych społeczności, a zwłaszcza infrastruktury usług społecznych – por. „Wprowadzenie” do ekspertyzy autorstwa Marka Rymczy (s. 2).

<sup>9</sup> Dużą rolę w rozwoju ruchu anty-psychiatrycznego odegrał film „Lot nad kukułczym gniazdem” z 1975 r. ukazujący historię grupy pacjentów typowego amerykańskiego azylowego szpitala psychiatrycznego, w którym odbierano im podstawowe prawa obywatelskie.

<sup>10</sup> Postulat zrealizowano we Włoszech w 1982 r., kiedy to do szpitali psychiatrycznych przestano przyjmować nowych pacjentów. Hospitalizowani mogli być wyłącznie pacjenci, którzy wyrazili życzenie pozostania w szpitalu, a których stan zdrowia wymagał zastosowania tej formy leczenia (M. Morzycka-Markowska, E. Drozdowicz, T. Nasierowski, 2015, s. 403-412).

<sup>11</sup> Piętno zdaniem E. Goffmana (2005, s. 31-40) to silnie dyskredytujący atrybut, którego posiadanie czyni z człowieka osobę naznaczoną i mniej wartościową. Piętno nie jest cechą danej jednostki, ale relacją między posiadanym przez nią atrybutem a przekonaniem i stereotypami na jego temat, które funkcjonują w danym społeczeństwie. Choroba psychiczna jest jednym z klasycznych przykładów piętna.

mieć wpływu na realną zmianę sytuacji osób w kryzysach psychicznych w perspektywie całego kraju. W wielu regionach dostęp do leczenia psychiatrycznego nadal był utrudniony, a jedyną formą wsparcia, z której mógł skorzystać chory, był szpital psychiatryczny.

Nadzieję na zmianę tej sytuacji pokładano w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) na lata 2011-2015. Wiele wskazywało na to, że będzie to program przełomowy, który doprowadzi do realnej transformacji modelu opieki psychiatrycznej. Warto podkreślić, że w jego projektowanie zaangażowało się wiele środowisk, zarówno ze świata nauki, jak i praktyki, głos zabierały również osoby doświadczające kryzysów psychicznych. Eksperti wyrażali wówczas przekonanie, że program jest jednym z najlepszych tego typu dokumentów w Europie i że jego wdrożenie będzie jakościową zmianą. NPOZP wprowadzony Rozporządzeniem Rady Ministrów z 28 grudnia 2010 r. (Dz.U.2011 nr 24 poz. 128) zakładał: odejście od modelu azylowego na rzecz bardziej przyjaznego dla pacjentów i ich rodzin modelu środowiskowego (który miał być dostępniejszy, skuteczniejszy i tańszy) oraz stworzenie na terenie całego kraju sieci Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP) zapewniających pełen zakres specjalistycznej pomocy.

NPOZP na lata 2011-2015 okazał się zupełnym fiaskiem, co znalazło odzwierciedlenie w raporcie Najwyższej Izby Kontroli (NIK 2016). Nie udało się osiągnąć założonych w nim celów, a zdecydowana większość zadań, do których zobowiązana była administracja rządowa i samorządowa, nie została zrealizowana. NIK szczególnie negatywnie oceniła: niezabezpieczenie odpowiednich środków finansowych przez wszystkich realizatorów programu; niezrealizowanie przez Ministra Zdrowia pilotażowego programu wdrożenia środowiskowego modelu opieki środowiskowej; niepodjęcie przez Ministra Zdrowia szkolenia kadr niezbędnych do realizacji programu; nieutworzenie przez Ministra Edukacji Narodowej programów promocji i profilaktyki zdrowia psychicznego; niewdrożenie przez samorządy planu stopniowego przekształcania dużych szpitali psychiatrycznych w placówki wyspecjalizowane (z jednoczesnym przenoszeniem zadań do oddziałów szpitali ogólnych); brak zaangażowania powiatów i gmin w realizację programu w zakresie tworzenia form wsparcia społecznego i aktywizacji społeczno-zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi; w końcu nieutworzenie na terenie kraju sieci CZP wskutek nieustalenia przez Ministra Zdrowia zasad tworzenia i finansowania modelu środowiskowej opieki psychiatrycznej.

Jak pokazały wyniki kontroli NIK, NPOZP na lata 2011-2015 był tak naprawdę fikcją. Wystarczy wspomnieć, że Minister Zdrowia nie zrealizował 29 spośród 32 zadań określonych w harmonogramie. Tylko nieco lepiej można ocenić aktywność Narodowego Funduszu Zdrowia, Ministerstwa Edukacji Narodowej oraz samorządów. Z perspektywy kilku lat jakie minęły od nieudanej próby wdrożenia pierwszej edycji programu, wydaje się, że jego autorzy przyjęli zbyt optymistyczne założenie, że zmiana modelu opieki psychiatrycznej odbędzie się na poziomie lokalnym, z wykorzystaniem potencjału drzemącego w miejscowej społeczności i organizacjach pozarządowych. Przekonanie, że reforma dokona się oddolnie, bez zaangażowania na poziomie administracji centralnej i samorządów oraz bez przeprowadzenia odpowiednich zmian prawnych (gwarantujących chociażby odpowiednie finansowanie) było skazane na niepowodzenie. Rzeczywiście, w kilku regionach naszego kraju aktywność i sposób organizacji lokalnej sieci społecznej były wystarczające do zorganizowania środowiskowych form wsparcia dla osób w kryzysach psychicznych, w zdecydowanej większości przypadków takiego potencjału jednak zabrakło<sup>12</sup>. W efekcie dokonania błędnych założeń oraz zaniedbań na poziomie centralnym i samorządowym nie doszło do zasadniczych zmian w modelu opieki psychiatrycznej, który w dużej mierze zachował charakter azylowy, nie powstała sieć CZP oraz nie rozwinęła się oferta środowiskowych form wsparcia. Kończącą rekomendacją NIK było dokonanie dogłębnej analizy realizacji programu, zdiagnozowanie problemów, które nie pozwoliły osiągnąć zakładanych celów i jak najszybsze wdrożenie jego kolejnej edycji<sup>13</sup>.

### **3. Diagnoza praktyk pomocowych dla osób w kryzysach psychicznych**

Praktyki pomocowe dla osób w kryzysach psychicznych są realizowane przez dwa zasadnicze systemy – opieki psychiatrycznej (a szerzej ochrony zdrowia) oraz pomocy społecznej. Ten pierwszy udostępnia osobom chorym szeroką gamę możliwości podjęcia leczenia – od instytucjonalnego na oddziałach szpitalnych, przez będące formą pośrednią – oddziały dzienne, aż po działające w modelu środowiskowym - Centra Zdrowia Psychicznego.

---

<sup>12</sup> W NPOZP na lata 2011-2015 przewidziano środki na działania pomocowe świadczone przez organizacje pozarządowe, jednak w wielu miejscach (nawet dużych ośrodkach miejskich) takich podmiotów w ogóle nie było. Nie było zatem komu realizować tego typu zadań, nie prowadzono też żadnych działań aktywizujących społeczność lokalną.

<sup>13</sup> Aktualnie realizowana edycja NPOZP na lata 2017-2022 zostanie opisana w rozdziale 3 tej ekspertyzy.

Ten drugi system zabezpiecza przede wszystkim osoby chorujące przewlekłe, które potrzebują dodatkowego wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Analizując praktyki pomocowe dla osób w kryzysach psychicznych nasuwa się jeszcze jeden istotny element wsparcia. Trudno nazwać go systemowym, ale z całą pewnością jest ważny, a jego znaczenie ciągle rośnie. Mowa o aktywności organizacji pozarządowych, grup samopomocowych oraz wszelkiego rodzaju inicjatywach lokalnych. Ostatnie lata, zwłaszcza kiedy państwo skapitulowało przy próbach reformy systemu opieki psychiatrycznej, pokazały, jak wielką rolę do odegrania mają właśnie tego typu działania oddolne, które mogą i powinny wspierać wdrażanie modelu środowiskowego.

### **3.1 System opieki psychiatrycznej dla osób dorosłych**

Większość osób w kryzysach psychicznych w pewnym momencie trafia po pomoc do systemu opieki psychiatrycznej<sup>14</sup>. W zależności od jednostki chorobowej oraz natężenia objawów jest to albo leczenie ambulatoryjne, albo leczenie szpitalne. W sytuacji, gdy konieczne jest podjęcie leczenia w szpitalu psychiatrycznym, chory zwykle trafia najpierw na oddział całodobowy, gdzie najważniejszym celem jest wdrożenie farmakoterapii oraz przezwyciężenie ostrych objawów choroby. Następnie (zwykle po kilku tygodniach) chory wraca do domu lub otrzymuje możliwość kontynuacji leczenia na oddziale dziennym. Przebywa się na nim wyłącznie w ciągu dnia, biorąc udział w programie terapeutycznym i rehabilitacyjnym, którego celem jest uzupełnienie procesu leczenia i zapewnienie większej ilości czasu na dojście do siebie. W przypadku gdy wystarczające jest leczenie ambulatoryjne, osoba doświadczająca kryzysu psychicznego może skorzystać z funkcjonujących w ramach NFZ poradni zdrowia psychicznego lub dynamicznie rozwijającej się sieci gabinetów prywatnych. W przypadku tych pierwszych problemem jest długi czas oczekiwania na wizytę u specjalisty (nawet kilka miesięcy). Gabinety prywatne oferują możliwość uzyskania pomocy niemal z dnia na dzień, przeszkodą są z kolei wysokie ceny (w dużych miastach 20-30 minutowa wizyta u psychiatry to koszt 200-300 zł). Przed pandemią Covid-19 z opieki psychiatrycznej korzystało średnio 1,5 mln dorosłych i blisko 150 tys. pacjentów małoletnich<sup>15</sup>. Obecnie, po blisko trzech latach zmagania się z jej konsekwencjami (nie tylko zdrowotnymi, ale

<sup>14</sup> W badaniu epidemiologicznym EZOP II (2021), skorzystanie (przynajmniej raz w życiu) ze specjalistycznej pomocy związanej z przeżywanymi problemami psychicznymi zadeklarowało blisko 15% Polaków.

<sup>15</sup> Dane Narodowego Funduszu Zdrowia (2020).

również społecznymi) mamy do czynienia z rosnącą liczbą osób wymagających pomocy psychiatrycznej i psychologicznej (szczególnie w grupie dzieci i młodzieży). Jak wynika z badania sondażowego zrealizowanego w 2021 r. – 74% lekarzy psychiatrów ocenia, że stan zdrowia Polaków jest gorszy niż przed wybuchem pandemii, co przekłada się na znacznie większe zapotrzebowanie na ich usługi<sup>16</sup>.

Ostatnie blisko 30 lat (od wprowadzenia Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w 1994 r.) to okres wielu podejść do procesu deinstytucjonalizacji systemu opieki psychiatrycznej. Mimo, że większość z nich nie przyniosła oczekiwanych rezultatów, to jednak sama idea zamiany modelu azylowego w środowiskowy jest widoczna. Na przestrzeni kilkunastu lat spadła liczba łóżek na oddziałach całodobowych, skraca się średni czas hospitalizacji, coraz więcej problemów można rozwiązać w trybie ambulatoryjnym, chorzy mają możliwość skorzystania z wielu poza szpitalnych form leczenia, bardzo dynamicznie rozwija się również sieć prywatnych przychodni. Zdrowie psychiczne przestaje być tematem tabu, a wizyta u psychologa czy psychiatry nie jest już czymś wstydliwym. To wszystko właściwy kierunek, jednak by proces deinstytucjonalizacji faktycznie się dokonał – potrzebne są zmiany systemowe oraz upowszechnienie metodyki działań środowiskowych wśród osób pracujących w szeroko rozumianym systemie pomocowym.

Do tej pory nie udało się ich przeprowadzić w takim zakresie, który pozwalałby powiedzieć, że większość Polaków może otrzymać pomoc świadczoną w modelu środowiskowym. W naszym kraju jest jeszcze wiele miejsc, gdzie sytuacja nie wygląda dobrze zarówno pod względem dostępności, jak i charakteru świadczonego wsparcia. Opieka psychiatryczna skoncentrowana jest tam wokół szpitali psychiatrycznych, które na dłuższą metę (po zakończeniu ostrej fazy choroby) nie zapewniają warunków sprzyjających procesowi zdrowienia. Cały czas brakuje placówek środowiskowych – oddziałów dziennych czy mieszkań chronionych. Uzyskanie specjalistycznej pomocy jest możliwe w poradniach zdrowia psychicznego, jednak czas oczekiwania na wizytę jest często zbyt długi. Wiele jest jeszcze takich miejsc, gdzie brakuje nawet najbardziej podstawowej opieki psychiatrycznej (także tej prywatnej), a chorzy do najbliższego specjalisty muszą dojeżdżać kilkadziesiąt kilometrów. Jest to zaprzeczenie środowiskowego myślenia o zdrowiu psychicznym. Głównym problemem, poza samą organizacją systemu, jest zbyt mała liczba lekarzy

---

<sup>16</sup> Badanie Centrum Terapii Dialog na próbie 350 psychiatrów (2021).

psychiatrów – w Polsce ten zawód wykonuje 3902 osoby<sup>17</sup>. W przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców wskaźnik liczby psychiatrów wynosi 9,2, co plasuje nas na ostatnim miejscu w Unii Europejskiej. Dla przykładu, w Szwecji jest on prawie trzykrotnie wyższy<sup>18</sup>.

Szansą na dokonanie kompleksowej reformy systemu opieki psychiatrycznej była nowa edycja Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP), obowiązująca na lata 2017-2022. Wydaje się, że została ona potraktowana bardziej poważnie niż ta wcześniejsza (z lat 2011-2015, o której fiasku była już mowa), o czym może świadczyć fakt, że sprawnie uchwalono przepisy prawne i zapewniono odpowiednie finansowanie. W rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. (Dz.U.2017 poz. 458) wskazano, że celem Programu jest „zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym oraz kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, w szczególności zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji”.

Pierwszym etapem działań w ramach NPOZP 2017-2022 było wypracowanie optymalnych rozwiązań, które miały zostać przyjęte jako standardy psychiatrii środowiskowej w Polsce. Pierwotnie miało temu służyć działanie 4.1 realizowane w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER). Podmioty, które wzięły w nim udział miały za zadanie przygotowanie autorskich modeli funkcjonowania ośrodków psychiatrii środowiskowej, zgodnych z europejskimi standardami oraz komplementarnych do ówczesnie obowiązujących polskich rozwiązań. W trakcie trwania programu Rząd zdecydował się na wdrożenie innej, w pewnym sensie konkurencyjnej koncepcji, polegającej na przyjęciu jednego schematu postępowania<sup>19</sup>. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. precyzyjnie określono standardy świadczeń udzielanych w ramach CZP oraz wskazano 35 podmiotów medycznych zakwalifikowanych do udziału w pilotażu. Tym samym doszło do nietypowej sytuacji, w której w jednym czasie istniały dwa alternatywne pilotaże – jeden opierający się na autorskich rozwiązaniach w ramach PO WER, drugi realizujący wprost zapisy Rozporządzenia. Ostatecznie tworzenie CZP oddano w ręce ośrodków psychiatrycznych,

<sup>17</sup> Stan na IV.2022 – dane Ministerstwa Zdrowia.

<sup>18</sup> Dane Eurostatu.

<sup>19</sup> W przeciwieństwie do pluralistycznego założenia w programie PO WER, gdzie poszczególne placówki mogły być różnie zorganizowane.

a program PO WER stopniowo wygaszano. Z jednej strony było to niejako zaprzeczeniem idei deinstytucjonalizacji (w PO WER dużą rolę przypisywano podmiotom poza-szpitalnym, przede wszystkim organizacjom pozarządowym), z drugiej strony dawało większe szanse, że stawiane cele zostaną zrealizowane. Do zorganizowania opieki psychiatrycznej w zakładanym w NPOZP kształcie potrzebne były odpowiednie zasoby (przede wszystkim kadrowe), którymi dysponują głównie działające od lat szpitale psychiatryczne (Skiba, Siwicki 2021, s. 11-13).

Zostawiając z boku zasadność odejścia od bardziej środowiskowego programu PO WER na rzecz pilotażu realizowanego przez szpitale psychiatryczne, warto szerzej omówić samą ideę Centrów Zdrowia Psychicznego, na których w niedalekiej przyszłości ma opierać się cały system opieki psychiatrycznej. Tak CZP definiuje Biuro ds. pilotażu NPOZP:

„To miejsce, w którym można dostać natychmiast bezpłatne wsparcie przez całą dobę. Bez skierowania, bez zapisywania się na wizytę. Pomoc dostosowana jest do potrzeb. Może obejmować wizyty w poradni, pobyt na oddziale dziennym lub całodobowym, wsparcie zespołu leczenia środowiskowego, który odwiedza pacjenta w domu, by pomagać jemu i jego rodzinie. Indywidualny plan leczenia opracowują specjaliści na podstawie kontaktu z osobą doświadczającą kryzysu psychicznego” [[www.czp.org.pl](http://www.czp.org.pl)].

Pojedynczy CZP obejmują swoją opieką nie więcej niż 200 tys. mieszkańców, co wymusza ich tworzenie na poziomie powiatów i dzielnic dużych miast. Już samo to jest wyrazem środowiskowego myślenia i sprawia, że osoba dotknięta kryzysem psychicznym uzyskuje wsparcie blisko miejsca swojego zamieszkania. Co więcej, w CZP pomoc w przypadkach nagłych jest udzielana natychmiastowo, a w przypadkach pilnych nie dłużej niż w 72 godziny. To jakościowa zmiana, gdyż obecnie czas oczekiwania na wizytę u specjalisty w poradniach zdrowia psychicznego jest wielokrotnie dłuższy. Rozporządzenie precyzyjnie wskazuje, z jakich elementów składa się CZP dla osób dorosłych:

- zespołu ambulatoryjnego (przychodni), który udziela specjalistycznych porad (lekarz psychiatra, psycholog, psychoterapeuta, pielęgniarka, pracownik socjalny);
- zespołu środowiskowego (mobilnego), który m.in. realizuje wizyty domowe, wspiera rodzinę osoby chorej oraz buduje sieć oparcia społecznego;
- zespołu dziennego, który umożliwia hospitalizację dzienną psychiatryczną;
- zespołu szpitalnego, który zapewnia całodobową opiekę szpitalną w przypadku

wystąpienia nasilonych objawów chorobowych<sup>20</sup>.

Jak wygląda wizyta w CZP w praktyce? Bardzo ważną rolę odgrywają punkty zgłoszeniowo-koordynacyjne, które są pierwszym miejscem, gdzie trafia osoba doświadczająca kryzysu psychicznego. W miarę możliwości powinny być one dostępne przez 7 dni w tygodniu przez całą dobę, choć w praktyce zwykle jest to 8-10 godzin dziennie. Co ważne, można do nich przyjść bez skierowania. Dyżurujący tam specjalista przeprowadza rozmowę i proponuje określone formy pomocy. Może być to wizyta u lekarza psychiatry, sesja psychoterapeutyczna czy, gdy jest to niezbędne – podjęcie leczenia na oddziale dziennym, a w przypadku chorych, których stan zagraża zdrowiu i życiu – także na oddziale całodobowym<sup>21</sup>.

W ramach niektórych CZP funkcjonują Mobilne Zespoły Wsparcia Społecznego oraz mieszkania chronione. Mobilne Zespoły Wsparcia Społecznego oferują spotkania z zespołem psychologów, które mogą odbywać się na terenie CZP lub w miejscu zamieszkania osoby potrzebującej. Pomoc polega na poszukiwaniu wewnętrznych i zewnętrznych zasobów w celu przezwyciężenia kryzysu, ważnym elementem jest zaangażowanie rodziny i bliskich. Po zakończeniu cyklu spotkań, trwającego około 3 tygodni uczestnikom oferowane są inne formy pomocy, tak by nie pozostali ze swoim problemem sami.

Mieszkania chronione działają w naszym kraju od kilkunastu lat, jednak dopiero teraz, wraz z postępem reformy psychiatrycznej, nabierają na znaczeniu, a ich liczba dynamicznie rośnie. Osoby w kryzysach psychicznych mogą skorzystać z oferty dwóch rodzajów mieszkań chronionych – mieszkań chronionych treningowych oraz mieszkań przejściowych. Mieszkania chronione treningowe dają możliwość zdobycia różnych umiejętności niezbędnych do samodzielnego funkcjonowania, wspierają niezależność i autonomię, pozwalają odizolować się od negatywnych czynników rodzinnych (o ile takowe występują i wpływają negatywnie na proces zdrowienia). Uczestnikami są zwykle młodzi ludzie mający doświadczenie poważnych kryzysów psychicznych, którzy zakończyli leczenie szpitalne (zwykle najpierw stacjonarne, a potem na oddziałach dziennych) i którzy potrzebują wsparcia w usamodzielnieniu się. W ramach projektu (trwającego od kilku do kilkunastu miesięcy) otrzymują oni możliwość udziału w szeregu treningów: m.in. umiejętności społecznych, porządkowego, medycznego, budżetowego, doradztwa zawodowego, kontynuowania leczenia podczas regularnych spotkań

<sup>20</sup> Docelowym rozwiązaniem jest tworzenie zespołów szpitalnych nie w szpitalach psychiatrycznych, a w lokalnych szpitalach ogólnych.

<sup>21</sup> Rozporządzenie obliguje CZP do zorganizowania wszystkich wymienionych form wsparcia.

z psychiatrą i terapeutą, a także co wydaje się najistotniejsze – uzyskiwania wsparcia od współmieszkańców – osób mających podobne doświadczenia. Mieszkania przejściowe działają na podobnej zasadzie – są oferta dla osób, które mają trudności z samodzielnością, ale nie potrzebują tak intensywnego wsparcia w postaci udziału w treningach.

Jak ocenić pilotaż CZP z perspektywy ostatniego roku obowiązywania aktualnej edycji NPOZP? Z całą pewnością należy docenić, że udało się zorganizować 47 CZP<sup>22</sup>, które obejmują środowiskową opieką kilka milionów Polaków. Niestety, samo rozmieszczenie CZP pozostawia wiele do życzenia. Dla przykładu w województwie mazowieckim utworzono 5 CZP, z tego cztery w samej Warszawie, a jeden w podwarszawskim Pruszkowie. Wszystkie zlokalizowano w miejscach mających długą tradycję ośrodków psychiatrycznych (w trzech przypadkach nie są to jednak szpitale, a wyłącznie oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych – co jest zgodne ze standardami). Poza stolicą, pacjenci z Mazowsza nie mogą uzyskać pomocy w ramach CZP, gdyż nie udało się ich uruchomić nawet w tak dużych miastach jak Radom, Płock czy Siedlce. Sama liczba 47 CZP w skali całego kraju również mogłaby być większa. W Rozporządzeniu dotyczącym pilotażu wskazano bowiem 75 podmiotów medycznych, którym dano możliwość tworzenia CZP. Jak widać, po czterech latach trwania obecnej edycji NPOZP, nie wszędzie i nie wszystkim się to udało (choć w kilku miejscach trwają zaawansowane prace i w najbliższych miesiącach możemy się spodziewać poszerzenia listy CZP). Ministerstwo Zdrowia, dostrzegając problemy organizacyjne, zdecydowało się uelastyczyć funkcjonowanie CZP i wprowadzić tzw. CZP typu B, który różni się w zasadzie tylko kwestią zabezpieczenia leczenia stacjonarnego w innym podmiocie. To rozwiązanie wychodzi naprzeciw tym placówkom, które nie dysponują własnym oddziałem całodobowym i tym samym nie mogą spełnić wszystkich wymaganych w Rozporządzeniu elementów CZP. Przyjęty model daje im możliwość organizowania tego typu oddziałów w szpitalach wielospecjalistycznych, co z jednej strony pozwoli utworzyć kolejne CZP, a z drugiej przyczyni się do stopniowego przenoszenia oddziałów całodobowych do szpitali ogólnych. Jest to jednej strony jest zgodne z założeniami NPOZP, z drugiej idzie z duchem podejścia środowiskowego. Pomijając problem z liczbą i właściwym rozlokowaniem CZP,

<sup>22</sup> Stan na sierpień 2022. Liczba CZP w poszczególnych województwach przedstawia się następująco: dolnośląskie 2, kujawsko-pomorskie 1, lubelskie 3, lubuskie 2, łódzkie 3, małopolskie 7, mazowieckie 5, opolskie 1, podkarpackie 6, podlaskie 5, pomorskie 3, śląskie 4, świętokrzyskie 2, warmińsko-mazurskie 1, wielkopolskie 1, zachodniopomorskie 2. Sieć CZP jest najgęściej rozlokowana w południowo-wschodniej Polsce, na drugim biegunie - z najmniejszą liczbą CZP jest Polska północno-wschodnia.

należy uznać, że pilotaż przyniósł pozytywne rezultaty. Pokazał, że możliwa jest zmiana funkcjonującego od dekad modelu psychiatrii instytucjonalnej i że gros świadczeń może być realizowana w duchu środowiskowym. Zawarte w nim idee są jak najbardziej słuszne – CZP zlokalizowane blisko miejsca zamieszkania, szybki dostęp do opieki psychiatrycznej, zespoły środowiskowe wychodzące z instytucji do domu pacjenta, tworzenie oddziałów całodobowych w szpitalach ogólnych. Najbliższe lata dadzą nam odpowiedź na pytanie, czy rzeczywiście tak będzie wyglądała polska psychiatria. Obecna edycja NPOZP kończy się w tym roku. Przed nami kluczowe decyzje, co dalej, zarówno z pilotażem CZP, jak i całym programem. Ministerstwo Zdrowia zapewnia, że jest zdeterminowane by doprowadzić reformę psychiatrii do końca. Z drugiej strony na forach internetowych pojawiają się niepokojące sygnały świadczące o odchodzeniu od reformy i powrocie do dysfunkcyjnego systemu scentralizowanej i instytucjonalnej ochrony zdrowia psychicznego. W maju 2022 r. list otwarty do Prezesa Rady Ministrów wystosowało Polskie Towarzystwo Psychiatrii Środowiskowej. Głos w tej sprawie zabrał również Rzecznik Praw Obywatelskich Marcin Więcek, który opowiedział się za koniecznością kontynuowania reformy<sup>23</sup>.

Najbliższe miesiące pokażą czy głosy płynące ze środowiska zostaną usłyszane, a decydemtom wystarczy determinacji by CZP – sztandarowy element NPOZP – stały się rozwiązaniem systemowym (a nie tylko pilotażowym) i objęły swoim oddziaływaniem większość Polaków. Nie będzie to jednak proste, gdyż różne części kraju – nawet na poziomie województw (a tym bardziej na poziomie powiatów) – bardzo się od siebie różnią dostępnością zasobów kadrowych (przede wszystkim psychiatrów, ale także innych specjalistów) oraz obecnością organizacji pozarządowych, które w środowiskowym modelu wsparcia są niezbędnym elementem, bez którego nie będzie on funkcjonował w pełni.

### **3.2 System opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży**

O ile możemy powiedzieć, że w przypadku psychiatrii dorosłych sytuacja jest trudna, o tyle w przypadku psychiatrii dzieci i młodzieży jest ona dramatyczna. Przez całe dekady był to obszar zaniedbany i pomijany przy wprowadzaniu zmian systemowych. Dopiero obecnie, kiedy diametralnie wzrosła liczba dzieci i młodzieży wymagających specjalistycznej pomocy

<sup>23</sup> Rzecznik Praw Obywatelskich 6 lipca 2022 r. skierował do Prezesa Rady Ministrów pismo, w którym poparł stanowisko Polskiego Towarzystwa Psychiatrii Środowiskowej i poprosił o przedstawienie planów Rządu w sprawie przyszłości systemu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce. W odpowiedzi Ministerstwo Zdrowia zapewniło, że planuje doprowadzić reformę do końca a pilotaż CZP potrwa co najmniej do końca 2022 r.

– okazało się, że zasoby którymi dysponuje system opieki psychiatrycznej są wielokrotnie niewystarczające. Jak wynika z danych NFZ, corocznie z pomocy psychiatrycznej korzysta między 150 a 200 tys. pacjentów małoletnich, około 13 tys. jest hospitalizowanych. Najwięcej z nich zgłasza się z całościowymi zaburzeniami rozwoju, zaburzeniami nerwicowymi związanymi ze stresem i pod postacią somatyczną oraz z zaburzeniami hiperkinetycznymi, potocznie zwanymi ADHD. Coraz bardziej niepokojące są dane dotyczące samobójstw popełnianych przez nastolatków. Stanowią one drugą najczęstszą przyczynę zgonów w tej grupie wiekowej, a ich liczba systematycznie rośnie. W 2020 r. odnotowano 843 próby samobójcze (538 dziewczynek i 305 chłopców), z których 107 zakończyło się śmiercią. W 2021 r. było to już 1496 prób (1086 dziewczynek i 410 chłopców), z powodu których zmarło 127 osób<sup>24</sup>.

W ostatnich latach pojawiło się wiele opracowań eksperckich oraz publikacji prasowych informujących o zapaści psychiatrii dzieci i młodzieży. Swój raport na ten temat przedstawiła również Najwyższa Izba Kontroli (2019). Przeprowadzona kontrola wykazała, że system leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży nie zapewnia kompleksowej oraz powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej, a głównym problemem jest nierównomierny dostęp do oddziałów szpitalnych, poradni zdrowia psychicznego oraz kadry medycznej. Wskazano również na niewystarczające finansowanie świadczeń psychiatrycznej opieki dzieci i młodzieży. Okazało się, że środki, które szpitalom przekazuje NFZ nie pokrywają kosztów leczenia pacjentów. Jak wynika z Raportu NIK, w Polsce na koniec I półrocza 2019 r. funkcjonowało 40 oddziałów szpitalnych dla dzieci i młodzieży, jednak były one nierównomiernie rozmieszczone. W jednym województwie – podlaskim brakowało oddziału całodobowego, a w pięciu województwach – lubuskim, opolskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim oraz zachodniopomorskim nie było ani jednego oddziału dziennego. Kontrola wykazała, że większość oddziałów jest przepełniona i panują na nich trudne warunki bytowe. Zdarzało się, że małoletni pacjenci byli hospitalizowani na oddziałach całodobowych dla osób dorosłych. Podobna sytuacja dotyczyła poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, gdzie na przestrzeni badanego okresu (lata 2017-2019) blisko o 100% wzrosła liczba osób oczekujących na leczenie, znacząco wydłużył się również czas oczekiwania na wizytę (z 44 dni w 2017 r. do 120 w 2019 r.). W żadnej z 13 działających poradni zdrowia

<sup>24</sup> Dane Komendy Głównej Policji (2022).

psychicznego nie funkcjonowały zespoły leczenia środowiskowego. Powodem takiej sytuacji okazał się być brak finansowania ze strony NFZ wizyt domowych dla dzieci i młodzieży.

Jednym z głównych problemów występujących w psychiatrii dzieci i młodzieży są braki kadrowe. W Polsce mamy jeden z najniższych w całej Europie wskaźników liczby psychiatrów dziecięcych. Obecnie zawód ten wykonuje 455 osób, kolejne 256 młodych lekarzy jest w trakcie specjalizacji<sup>25</sup>. Szacuje się, że aby zapewnić odpowiedni poziom opieki, uwzględniając liczebność populacji, potrzebnych jest co najmniej drugie tyle specjalistów. Osiągnięcie takiego poziomu nie będzie łatwe ze względu na niekorzystną strukturę wiekową kadry medycznej (co trzeci psychiatra dziecięcy ma powyżej 55 lat), a także niepokojący fakt, że młodzi lekarze niechętnie wybierają specjalizację z tej dziedziny (blisko trzy czwarte dostępnych miejsc jest nieobsadzanych). Dodatkowym problemem jest nierównomiernie rozmieszczenie psychiatrów dziecięcych. Najmniej lekarzy tej specjalności przypadających na 10 tys. osób małoletnich jest w województwie lubuskim (0,16), podkarpackim (0,17) oraz warmińsko-mazurskim (0,25), a najwięcej w województwie łódzkim (0,75), mazowieckim (0,74) i dolnośląskim (0,71)<sup>26</sup>. W odpowiedzi na braki kadrowe Ministerstwo Zdrowia zdecydowało się skrócić czas trwania specjalizacji z psychiatrii dzieci i młodzieży dla lekarzy posiadających specjalizację z pediatrii. Do systemu ochrony zdrowia wprowadzono także nową specjalizację „psychoterapia dzieci i młodzieży” oraz zorganizowano bezpłatne szkolenia psychoterapeutyczne dla osób, które są gotowe pracować z tą grupą pacjentów.

Niedostateczne finansowanie ze strony NFZ, przepełnione szpitale, trudna specyfika pracy, zbyt mała liczba wykwalifikowanego personelu, brak profilaktyki zdrowia psychicznego – to zasadnicze powody, dla których psychiatria dzieci i młodzieży przeżywa obecnie poważny kryzys. Szansą na przeprowadzenie realnych zmian oraz wdrożenie modelu środowiskowego (który w przypadku leczenia dzieci i młodzieży jest szczególnie rekomendowany<sup>27</sup>) stała się reforma zaproponowana przez Zespół ds. zdrowia psychicznego

<sup>25</sup> Stan na IV.2022. Dane Ministerstwa Zdrowia.

<sup>26</sup> Dane Najwyższej Izby Kontroli (2019).

<sup>27</sup> Specjaliści zajmujący się psychiatrią dzieci i młodzieży uważają, że wsparcie świadczone osobom nieletnim, zmagającym się z kryzysami psychicznymi powinno być kompleksowe i obejmować diagnozę psychiatryczną i psychologiczną a także wieloaspektowy proces leczenia i rehabilitacji, w którym uwzględniony zostanie kontekst społeczny i rodzinny. Najlepiej by wszystko odbywało się w warunkach poza-szpitalnych, w miejscu gdzie dziecko czuje się bezpiecznie.

dzieci i młodzieży przy Ministrze Zdrowia<sup>28</sup>. Na podstawie Rozporządzenia z dnia 14 sierpnia 2019 r. (Dz.U.2019 poz. 1640) wprowadzono trzy poziomy referencyjności, z których każdy ma zapewniać pomoc na różnych stopniach wyspecjalizowania:

- I poziom referencyjności – ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży. W skład udzielanych świadczeń wchodzi: porada psychologiczna diagnostyczna, porada psychologiczna, sesja psychoterapii indywidualnej, sesja psychoterapii rodzinnej, sesja psychoterapii grupowej, sesja wsparcia psychospołecznego, wizyta/porada domowa.
- II poziom referencyjności – środowiskowe centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, na które składają się: poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny dla dzieci i młodzieży (co najmniej 15 miejsc) oraz zespół leczenia środowiskowego (domowego) dla dzieci i młodzieży.
- III poziom referencyjności – ośrodek wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej, który tworzą: poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, oddział psychiatryczny rehabilitacyjny dla dzieci i młodzieży (co najmniej 15 miejsc), izba przyjęć lub szpitalny oddział ratunkowy w szpitalu ogólnym, oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży.

Jak ma to wyglądać w praktyce? W każdym powiecie lub grupie powiatów będzie funkcjonować ośrodek pierwszego stopnia referencyjności (ośrodek opieki psychologicznej i psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży), który z założenia ma świadczyć najbardziej podstawowe formy pomocy ale jednocześnie być „najbliżej pacjenta”. Zakłada się tu bliską współpracę ze środowiskiem lokalnym – przede wszystkim placówkami oświatowymi. Poza ośrodkami I poziomu organizowane będą środowiskowe centra zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży (II poziom – będące odpowiednikiem CZP dla dorosłych), w których pacjenci wymagający bardziej specjalistycznej pomocy będą mogli skorzystać ze wsparcia lekarzy psychiatrów oraz świadczeń w ramach oddziału dziennego. Jeden taki ośrodek ma objąć kilka sąsiadujących ze sobą powiatów. W końcu na III, najwyższym poziomie referencyjności mają funkcjonować ośrodki wysokospecjalistycznej całodobowej opieki

<sup>28</sup> Podobny Zespół powstał w 2020 r. w Sejmie. Utworzono wówczas Parlamentarny Zespół ds. Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży, w skład którego aktualnie wchodzi 34 Parlamentarzystów (stan na sierpień 2022).

psychiatrycznej. Pomoc znajdują w nich pacjenci w cięższym stanie, w tym osoby z zagrożeniem zdrowia i życia przyjmowani w trybie nagłym. W każdym województwie ma działać przynajmniej jedna tego typu placówka.

Założenia reformy psychiatrii dzieci i młodzieży bez wątpienia mają charakter deinstytucjonalizacyjny. Pierwszy i drugi poziom referencyjny proponuje leczenie w środowisku, najbliższym otoczeniu młodego pacjenta, poza murami szpitala psychiatrycznego. W przypadku młodych ludzi jest to szczególnie ważne, gdyż pobyt na oddziale całodobowym, zarówno dla nich samych, jak i ich bliskich, potrafi być traumatycznym doświadczeniem, którego – o ile to możliwe – warto unikać. Pierwsze miesiące po wprowadzeniu reformy pokazały jak trudno będzie osiągnąć zakładane cele. Podobnie jak w przypadku reformy systemu opieki psychiatrycznej dla dorosłych, tak i tu poważne problemy pojawiły się na etapie wdrażania określonych rozwiązań. Z powodu braków kadrowych – niedostatecznej liczby osób spełniających precyzyjnie kryteria określone w Rozporządzeniu, konieczne było obniżenie wymagań dla personelu realizującego świadczenia na danym poziomie referencyjności. Na koniec 2021 r. – po dwóch latach od rozpoczęcia reformy – zdołano utworzyć jedynie 343 placówki I stopnia referencyjności. Nie może zatem dziwić, że pojawia się coraz więcej głosów zaniepokojenia, zarówno ze strony przedstawicieli systemu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, w tym współtwórców reformy, jak i samych pacjentów i ich rodzin. Kolejne miesiące i lata pokażą, w którą stronę zmierza reforma psychiatrii dzieci i młodzieży: czy podzieli los pierwszych tego typu prób, jakie miały miejsce w psychiatrii dorosłych, czy też będzie realnie wdrażana.

### **3.3 System pomocy społecznej**

System pomocy społecznej realizuje szereg praktyk pomocowych dla osób w kryzysach psychicznych, a odpowiedzialność za ich prowadzenie jest w dużej mierze przypisana do samorządów. To przede wszystkim gminy i powiaty, zobligowane konkretnymi przepisami, biorą na siebie ciężar organizowania poszczególnych mniej lub bardziej wyspecjalizowanych form wsparcia. Jedną z nich są domy pomocy społecznej (zwane potocznie domami opieki). Ich oferta skierowana jest przede wszystkim do osób chorujących w sposób przewlekły, których stan zdrowia pomimo zastosowanego leczenia nie poprawia się na tyle, by pozwolić na samodzielne funkcjonowanie. Są one również dużym wsparciem dla rodzin, które w sytuacji gdy nie mogą poradzić sobie z konsekwencjami choroby bliskiej osoby mają miejsce, w którym

jest ona bezpieczna i zaopiekowana. Decyzja o oddaniu członka swojej rodziny do tego typu placówki nie jest prosta i zwykle wiąże się z szeregiem wątpliwości, jednak w wielu przypadkach jest konieczna. Domy pomocy społecznej, analogicznie do oddziałów całodobowych w szpitalach psychiatrycznych, mają w dużej mierze charakter instytucjonalny. Wydaje się jednak, że ze względu na zaspakajane przez nich istotne potrzeby, spotykają się ze społecznym zrozumieniem i akceptacją<sup>29</sup>.

Szczególną formą wsparcia dla osób w kryzysach psychicznych realizowaną przez system pomocy społecznej są środowiskowe domy samopomocy (ŚDS). Działają one na podstawie Ustawy z dnia 1 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U.2014 nr 64 poz. 593) i dzielą się na cztery rodzaje: dla osób przewlekle chorych psychicznie (typ A), niepełnosprawnych intelektualnie (typ B), przejawiających inne zaburzenia psychiczne (typ C), osób z zaburzeniami ze spectrum autyzmu oraz niepełnosprawnościami sprzężonymi (typ D). W Polsce funkcjonuje 840 ŚDS zapewniających blisko 32 tys. miejsc<sup>30</sup>. Większość z nich realizuje swoje zadania w formie dziennej (choć występują również placówki całodobowe). Oferta ŚDS jest skierowana do osób chorujących przewlekle, ale niewymagających całodobowej opieki. Osoby doświadczające poważnych kryzysów psychicznych najczęściej przechodzą następujące etapy leczenia: oddział całodobowy → oddział dzienny → leczenie ambulatoryjne. Gdy okazuje się, że choroba nadal nie pozwala na powrót do normalnego funkcjonowania społecznego, wówczas rozwiązaniem staje się ŚDS. Dzięki nim chorzy mają miejsce, gdzie mogą spędzać kilka godzin w ciągu dnia, nawiązywać relacje z innymi ludźmi doświadczającymi podobnych problemów, przechodzić treningi i różne formy terapii. Jest to istotne wsparcie procesu zdrowienia, zarówno w wymiarze medycznym, jak i społecznym.

Większość ŚDS jest zlokalizowanych w środowisku lokalnym, blisko miejsca zamieszkania uczestników, co sprawia, że nie czują się oni izolowani i wykluczani, przeciwnie – są cały czas „u siebie”. Otwieranie kolejnych ŚDS dowodzi, że, po pierwsze, rośnie zapotrzebowanie na tego typu placówki, a po drugie, że dobrze spełniają swoją rolę i odpowiadają na potrzeby tej grupy osób w kryzysach psychicznych, która choruje ciężiej

<sup>29</sup> Choć trzeba zaznaczyć, że co jakiś czas w przestrzeni medialnej pojawiają się zarzuty do sposobu funkcjonowania konkretnych placówek (np. złych warunków socjalnych czy niewłaściwego zachowania personelu wobec podopiecznych). Ostatnie tego typu sytuacje miały miejsce w sierpniu 2022 r. kiedy ujawniono nieprawidłowości, do których dochodziło w Domu Pomocy Społecznej w Zdunach w woj. łódzkiej.

<sup>30</sup> Stan na koniec 2020 r. według danych Ministerstwa Rodziny Pracy i Polityki Społecznej.

i w sposób bardziej przewlekły. Niestety, mapa Polski jest jeszcze pełna „białych plam” – miejsc gdzie nie ma możliwości skorzystania z tego rodzaju wsparcia<sup>31</sup>.

W 2019 r. Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła kontrolę pt. „Pomoc państwa realizowana w formie środowiskowych domów samopomocy udzielana osobom z zaburzeniami psychicznymi”. Najważniejsze wnioski z kontroli – poza wspomnianą kwestią niewystarczającej liczby ŚDS i ich nierównomiernym rozmieszczeniem – były następujące: konieczność dofinansowania 157 placówek w 13 województwach w celu dostosowania ich do wymaganych standardów; brak właściwego rozpoznania potrzeb na poziomie wojewodów (wskutek opierania się na niepełnych danych); nierzetelne sprawowanie nadzoru przez wojewodów i organy gmin i powiatów. Co ważne, kontrola wykazała, że większość ŚDS jest dobrze zorganizowana, a jakość świadczonych w nich usług odpowiada wymaganiom wynikającym z obowiązujących przepisów.

Osoby w kryzysach psychicznych w ramach systemu pomocy społecznej mogą skorzystać ze wsparcia materialnego w postaci renty socjalnej oraz zasiłków (stałych lub celowych), a także całej gamy specjalistycznych usług świadczonych przez pracowników socjalnych. Polegają one przede wszystkim na wspieraniu chorych w codziennym funkcjonowaniu i udzielaniu im pomocy w kwestiach związanych ze sprawami mieszkaniowymi, zarządzaniem budżetem domowym czy poradnictwem zawodowym. Wszystkie z wyżej wymienionych usług z założenia odbywają się w miejscu zamieszkania i najbliższym otoczeniu osoby potrzebującej. Wspierając jej samodzielność, wpisują się w model środowiskowy i sprawiają, że może ona funkcjonować bez wsparcia instytucjonalnego. Rocznie pracownicy socjalni obejmują specjalistycznymi świadczeniami opiekuńczymi blisko 15 tys. osób, udzielając im 5 mln pojedynczych świadczeń<sup>32</sup>.

Analizując praktyki pomocowe dla osób w kryzysach psychicznych, których problemy mają bardziej przewlekły charakter, warto jeszcze odnieść się do dwóch elementów, które co prawda nie są realizowane przez system pomocy społecznej, ale stanowią jego uzupełnienie. Po pierwsze, chodzi o warsztaty zajęciowej (WTZ) działające na podobnej zasadzie co ŚDS. Są to placówki, które przez terapię zajęciową mają wspierać rehabilitację społeczną i

<sup>31</sup> Na koniec 2020 r. dotyczyło to 32 powiatów. Dane Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

<sup>32</sup> Sprawozdanie Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej nr MRPIPS-05-2021.

zawodową osób niepełnoprawnych<sup>33</sup>. Uczestnicy, którymi są osoby posiadające orzeczenie o stopniu niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym lub znacznym (osobom ze stopniem lekkim oferta WTZ nie przysługuje) spędzają w nich kilka godzin w ciągu dnia oraz mają możliwość skorzystać z oferty terapii zajęciowej (zajęcia ruchowe, ogólnousprawniające, komunikacyjne, terapia psychologiczna). Po drugie, chodzi o zakłady aktywności zawodowej (ZAZ) oraz zakłady pracy chronionej, których misją jest tworzenie miejsc pracy dla osób defaworyzowanych na rynku pracy, w tym osób w kryzysach psychicznych, w warunkach pracy chronionej. ZAZ-y są tworzone przez jednostki samorządu terytorialnego oraz organizacje pozarządowe i organizacje społeczne, a ich celem jest zatrudnianie osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym oraz osób zaliczonych do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, u których stwierdzono autyzm, upośledzenie umysłowe lub chorobę psychiczną. Z kolei zakłady pracy chronionej są podmiotami o specjalnym statusie prawnym (przyznawanym przez wojewodę), które według przepisów muszą zatrudniać co najmniej 30% osób niewidomych, psychicznie chorych lub upośledzonych umysłowo, zaliczanych do znacznego albo umiarkowanego stopnia niepełnosprawności<sup>34</sup>. Dla tej grupy osób – zwykle słabiej funkcjonujących, mających ograniczone możliwości znalezienia zatrudnienia na otwartym rynku pracy – są one często jedyną szansą na zarobkowanie. Dzięki temu mogą one choćby częściowo uniezależnić się od wsparcia instytucji i odciążyc własne rodziny. Warto podkreślić tu jeszcze jeden, niematerialny wymiar pracy zawodowej. W przypadku osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego ma ona znaczenie terapeutyczne – osoby aktywne zawodowo szybciej dochodzą do zdrowia i rzadziej doświadczają nawrotów choroby (Szczupał 2015).

### **3.4. Rola organizacji pozarządowych**

Szczególnie ważną rolę w procesie deinstytucjonalizacji praktyk pomocowych dla osób w kryzysach psychicznych odgrywają organizacje pozarządowe oraz grupy samopomocowe. To zjawisko powszechne – we wszystkich państwach, gdzie proces deinstytucjonalizacji przebiegał sprawnie i przyniósł pozytywne rezultaty (m.in. Stany Zjednoczone, Europa

<sup>33</sup> Stąd w 90% są finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON), pozostałe 10% dokładają samorządy.

<sup>34</sup> Inną możliwością jest zatrudnianie co najmniej 50% osób niepełnosprawnych, z czego co najmniej 20% ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności.

Zachodnia, Skandynawia) stanowiły one jego istotny element. Podobnie było w naszym kraju, gdzie od samego początku reform zabierały one głos i przekonywały o konieczności przejścia z modelu instytucjonalnego do modelu środowiskowego, współtworzyły poszczególne programy mające doprowadzić do pożądaných zmian, w końcu aktywnie uczestniczyły w ich realizacji<sup>35</sup>. W wielu miejscach Polski, zwłaszcza tych, gdzie nie ma tradycji istnienia ośrodków psychiatrycznych, to organizacje pozarządowe w dużej mierze przejęły ciężar prowadzenia opieki środowiskowej. Realizują one szereg inicjatyw: prowadzą mieszkania chronione, kluby pacjenta<sup>36</sup>, grupy wsparcia dla chorych oraz ich rodzin, a także bardzo istotne działania profilaktyczne i edukacyjne. Są one szczególnie ważne, gdyż z jednej strony pokazują, jak dbać o higienę zdrowia psychicznego i unikać wystąpienia kryzysów psychicznych, z drugiej strony zmierzają do przełamывania stereotypów i wpływają na zmianę postaw społecznych. Dzięki przeprowadzonym na szeroką skalę kampaniom medialnym udało się chociażby zmienić sposób postrzegania depresji oraz zaburzeń ze spectrum autyzmu. Choroby te przestały być tematem tabu a przeciwnie – coraz więcej mówi się publicznie o ich specyfice oraz potrzebach osób nimi dotkniętych. Warto przywołać tu takie kampanie jak: „Autyzm wprowadza zmysły w błąd”<sup>37</sup>, „Twarze Depresji”<sup>38</sup> czy „Nastoletnia depresja. Nie pozwól dziecku wylogować się z życia”<sup>39</sup>.

Bardzo istotnym zadaniem z zakresu wspierania osób w kryzysach psychicznych, które w dużej mierze „wzięły na siebie” organizacje pozarządowe jest prowadzenie tzw. telefonów zaufania. Osoba potrzebując pomocy może zadzwonić na wskazany numer, porozmawiać ze specjalistą, uzyskać wsparcie „tu i teraz” oraz otrzymać informacje, co powinna zrobić dalej. Ma to szczególne znaczenie dla tej grupy osób, które nie są w stanie zorganizować sobie fachowej porady (nie wiedzą gdzie się udać, nie mają środków finansowych, wstydzą się) lub

<sup>35</sup> Warto przy tym zauważyć, że organizacje pozarządowe włączając się w działania na rzecz poprawy sytuacji osób w kryzysach psychicznych realizują jednocześnie swoje własne interesy: startują w konkursach, prowadzą kampanie i projekty, zatrudniają coraz liczniejsze i lepiej opłacane grupy specjalistów. W żaden sposób nie umniejsza to jednak ich roli w omawianym procesie deinstytucjonalizacji.

<sup>36</sup> Kluby pacjenta funkcjonujące podobnie jak ŚDS – są to miejsca, do których osoby w kryzysach psychicznych mogą przyjść na kilka godzin w ciągu dnia, nawiązać kontakty społeczne, spędzić aktywnie czas i wziąć udział w zajęciach.

<sup>37</sup> „Autyzm wprowadza zmysły w błąd” - kampania w której aktor Bartosz Topa odgrywał sceny z codziennego życia osoby dotkniętej zaburzeniami ze spectrum autyzmu.

<sup>38</sup> „Twarze depresji – nie oceniam. Akceptuję” – kampania w której znane postaci ze świata popkultury opowiadają o swoim doświadczeniu walki z depresją.

<sup>39</sup> „Nastoletnia depresja. Nie pozwól dziecku wylogować się z życia” – kampania skierowana do rodziców i nauczycieli, zwracająca uwagę na problem depresji wśród dzieci i młodzieży.

zastanawiają się czy przeżywane problemy są na tyle poważne, że powinny to zrobić. Obecnie, jak wynika z informatora kampanii społecznej Forum Przeciwko Depresji, osoby w kryzysach psychicznych mają do dyspozycji kilkanaście różnych telefonów zaufania. Co ważne, część z nich jest przeznaczona dla dzieci i młodzieży – grupy osób najbardziej narażonych na negatywne skutki przeżywanych kryzysów psychicznych.

Dzięki działalności organizacji pozarządowych i grup samopomocowych dostrzeżono ważną rolę, jaką do odegrania we wspieraniu działań środowiskowych mają osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego (nazywane „ekspertami przez doświadczenie”). Początkowo podchodzono sceptycznie do możliwości włączenia do systemu pomocowego osób, które same zmagają się z zaburzeniami psychicznymi. Wątpliwości dotyczyły przede wszystkim dwóch kwestii: na ile będą one potrafiły udzielać wsparcia w sposób nieszkodzący innym i odpowiadający przyjętym standardom (mając oczywiście na uwadze, że nie są one fachowcami) oraz czy obciążenia wynikające z pomagania nie odbiją się na ich własnym zdrowiu psychicznym. Jednym z rozwiązań tego problemu jest organizowanie specjalnych kursów, pozwalających na zdobycie umiejętności niezbędnych do wykonywania działań pomocowych. Poza częścią teoretyczną kursanci przechodzą szereg praktycznych treningów, poznają specyfikę pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi oraz przygotowują się na trudne sytuacje, które mogą ich spotkać w kontakcie z nimi.

Wraz z rozwijaniem modelu środowiskowego, osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego są coraz częściej zapraszane do dzielenia się swoją wiedzą i pomagania innym w zmaganiach z chorobą. Asystent zdrowienia – tak obecnie nazywana jest ta funkcja – w perspektywie kilku najbliższych lat ma stać się w Polsce pełnoprawnym zawodem i stanowić wsparcie dla profesjonalistów<sup>40</sup>. Warto tu podkreślić wzajemne korzyści jakie odnosi każda ze stron. Osoby pomagające czują się potrzebne i wykorzystują swoje własne, nierzadko trudne doświadczenia do wspierania innych. Z kolei osoby w kryzysach psychicznych mogą liczyć na wsparcie od ludzi, którzy dobrze ich rozumieją, gdyż sami przeżywali podobne problemy. Asystenci zdrowienia nie zastąpią lekarzy czy terapeutów, ale w perspektywie braków kadrowych, z którym mamy obecnie do czynienia, mogą stanowić ważne ogniwo, dzięki któremu wiele inicjatyw środowiskowych będzie mogło być skutecznie realizowanych.

Omawiając rolę organizacji pozarządowych i grup samopomocowych w procesie

<sup>40</sup> Projekt „Nowy Zawód: Ekspert przez Doświadczenie (”EX-IN”) współfinansowany ze środków Unii Europejskiej.

deinstytucjonalizacji praktyk pomocowych, warto odwołać się do przynajmniej jednego konkretnego przykładu. Krakowskie Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej to jedna z najprężniej działających organizacji w obszarze zdrowia psychicznego, która prowadzi szereg inicjatyw zarówno dla osób w kryzysach psychicznych jak i ich bliskich. Nie sposób opisać ich wszystkich, ale warto wspomnieć chociażby o projekcie „U Pana Cogito” realizowanym od 2003 r. Ten prowadzony w Krakowie pensjonat wraz z restauracją, którego niemal cały personel stanowią osoby z diagnozą schizofrenii pokazuje, że to, co kiedyś wydawało się niemożliwe, stało się faktem. Ponad dwudziątka młodych ludzi po opuszczeniu szpitali psychiatrycznych otrzymała szansę pełnego powrotu do środowiska – pracując przy obsłudze turystów, zarabiając na własne utrzymanie, czując się potrzebnymi i sprawczymi. „U Pana Cogito” to miejsce, za które czują się odpowiedzialni i które jest dla nich najlepszą szkołą do przyszłego, w pełni samodzielnego życia.

Warto podkreślić, że dla powodzenia procesu deinstytucjonalizacji bardzo ważna jest właściwa postawa społeczności lokalnych. Nie da się w pełni zrealizować modelu środowiskowego i zaoferować osobom w kryzysach psychicznych wsparcia, jeżeli społeczności lokalne nie będą akceptowały ich choroby, nie będą rozumiały ich problemów i nie będą gotowe włączyć się w zaspokajanie ich potrzeb. Dla osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego wracających z leczenia w szpitalu psychiatrycznym bardzo ważne jest poczucie zrozumienia ze strony otoczenia – nie tylko tego najbliższego w osobach rodziny i przyjaciół, ale również sąsiadów, kolegów z pracy i innych spotykanych na co dzień ludzi. W tej kwestii jest jeszcze wiele do zrobienia. W wielu miejscach kraju, diagnoza schizofrenii czy choroby afektywnej dwubiegunowej nadal budzi lęk i bardzo utrudnia codzienne funkcjonowanie wśród sąsiadów czy współpracowników. Z drugiej strony mamy coraz więcej przykładów nawet niewielkich miejscowości, w których dzięki zaangażowaniu społeczności lokalnych uruchomione zostały środowiskowe inicjatywy wspierające osoby z kryzysami psychicznymi. Bardzo ważne jest, by dzielić się tymi dobrymi praktykami i „zarażać” nimi innych. Okazją do wymiany tego typu doświadczeń są odbywające się regularnie fora psychiatrii środowiskowej<sup>41</sup>.

#### **4. Podsumowanie i wnioski**

<sup>41</sup> W 2022 r. odbyła się XVII edycja Forum Psychiatrii Środowiskowej Beneficjentów, Rodzin i Profesjonalistów. Pięć edycji miało również Warszawskie Forum Psychiatrii Środowiskowej.

Proces deinstytucjonalizacji praktyk pomocowych dla osób w kryzysach psychicznych trwa i znajduje się w przełomowym momencie. Mimo iż jesteśmy spóźnieni co najmniej 20-30 lat względem krajów Europy Zachodniej czy Skandynawii, to jednak mamy odpowiednie wzorce oraz wiemy, jak przejść z modelu instytucjonalnego do docelowego modelu środowiskowego. Jak istotne jest rozsądne podejście do tego tematu pokazały doświadczenia włoskie. Zamknięcie w tym kraju niemal z dnia na dzień wszystkich szpitali psychiatrycznych przyniosło szereg problemów i zakończyło się licznymi protestami, przede wszystkim rodzin pacjentów. W efekcie reforma opieki psychiatrycznej w tym kraju wyhamowała i musiała przejść modyfikacje. W Polsce nie neguje się tego, że część praktyk pomocowych musi nadal być realizowana w modelu instytucjonalnym. Chodzi m.in. o domy pomocy społecznej dla osób niezdolnych do samodzielnego funkcjonowania oraz całodobowe oddziały szpitalne dla pacjentów w ostrej fazie choroby. Zamykanie takich placówek byłoby skrajnie nieodpowiedzialne, gdyż na pierwszym planie zawsze musi być bezpieczeństwo osoby chorej oraz jej bliskich. Ważne są jednak proporcje między leczeniem instytucjonalnym a środowiskowym oraz zapewnienie osobom w kryzysach psychicznych całej palety rozwiązań o różnym poziomie uśrodkowania. Obecnie przyjmuje się, że należy w jak największym stopniu przenosić leczenie i wspieranie osób w kryzysach psychicznych do środowiska i zaangażować społeczności lokalne. Instytucje realizujące model azylowy mają pozostać<sup>42</sup>, jednak chory ma opuszczać ich mury tak szybko jak to tylko możliwe. Proces zdrowienia osoby chorej ma największe szanse powodzenia w środowisku, w otoczeniu bliskich, którzy wspólnie ze specjalistami stworzą odpowiednie warunki do wyjścia z choroby i powrotu do normalnego funkcjonowania społecznego.

Już teraz wiele praktyk pomocowych skierowanych do osób w kryzysach psychicznych ma charakter środowiskowy. Są one realizowane przez dwa zasadnicze systemy: opieki psychiatrycznej oraz pomocy społecznej. Ten pierwszy ma za zadanie zapewnić chorym jak najlepsze warunki do zdrowienia. Ten drugi ma wspierać ich oraz ich rodziny w codziennym funkcjonowaniu, zwłaszcza kiedy choroba okazuje się przewlekłą. Coraz istotniejszą rolę odgrywają organizacje pozarządowe i grupy samopomocowe, które przejmują część

---

<sup>42</sup> Chodzi jednak o to by były przyjazne dla pacjentów i jak najmniej stygmatyzujące. Z tego powodu docelowym modelem, zakładanym w NPOZP, jest przenoszenie stacjonarnych (całodobowych) oddziałów psychiatrycznych do szpitali ogólnych. Oddział psychiatryczny ma być tak samo traktowany jak każdy inny oddział funkcjonujący w danym szpitalu.

odpowiedzialności za wspieranie osób chorych i ich bliskich. Niezwykle ważne jest również zaangażowanie społeczności lokalnych – bez niego nie ma mowy o realizowaniu w praktyce modelu środowiskowego.

Bardzo trudno o jednoznaczną odpowiedź na pytanie, na jakim etapie procesu deinstytucjonalizacji jesteśmy. W przypadku systemu opieki psychiatrycznej możemy mówić o okresie straconych szans. Ostatnie kilkanaście lat to czas, w którym powstawały liczne programy rządowe mające na celu przejście z modelu azyłowego do modelu środowiskowego, jednak w przypadku większości z nich wszystko kończyło się na etapie koncepcji. Wydaje się, że Raport NIK z realizacji NPOZP na lata 2011-2015, choć druzgocący dla instytucji państwowych, stał się impulsem do zajęcia się tym problemem na poważnie. Kolejna edycja programu na lata 2017-2022, którego najistotniejszym elementem jest pilotaż Centrów Zdrowia Psychicznego, daje większe nadzieje na realizację. Zasadniczym pytaniem jest jednak to, czy po okresie pilotażu (który potrwa co najmniej do końca 2022 r. ) program będzie kontynuowany i czy na mapie Polski pojawi się odpowiednio duża i właściwie rozmieszczona sieć CZP. Sama koncepcja, mimo iż zgłaszane są pewne wątpliwości co do jej środowiskowego charakteru (przede wszystkim ze względu na powierzenie jej realizacji dużym szpitalom psychiatrycznym) jest z całą pewnością dużym krokiem w kierunku deinstytucjonalizacji. Pomoc, oferowana przez CZP rzeczywiście świadczona jest w środowisku, blisko miejsca, w którym żyje i mieszka chory, poza murami instytucji i – co chyba najistotniejsze – w warunkach i atmosferze sprzyjających procesowi zdrowienia.

Niezwykle trudna sytuacja ma miejsce w psychiatrii dzieci i młodzieży. System opieki psychiatrycznej nie był przygotowany na taki wzrost zachorowalności na zaburzenia psychiczne wśród osób młodych. Obecnie mamy do czynienia z jego prawdziwą zapaścią – oddziały szpitalne są przepełnione, panują na nich bardzo trudne warunki, brakuje psychiatrów i psychologów dziecięcych, formy wsparcia środowiskowego są realizowane w bardzo ograniczonym zakresie. To, co pozytywne, to fakt, że problem został w końcu dostrzeżony przez decydentów, którzy podjęli realne działania naprawcze. Uchwalony został program mający na celu przeprowadzenie odpowiednich reform (na wzór tych w psychiatrii dorosłych), jednak należy zakładać, że jego realizacja będzie bardzo trudna, kosztowna i czasochłonna. Państwo nie ma jednak innego wyjścia – zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży musi być traktowane priorytetowo, ponieważ jeżeli nie zajmiemy się nim w odpowiedni sposób powróci ze zdwojoną siłą w przyszłości. Osoby doświadczające kryzysów psychicznych, które nie

otrzymują odpowiedniej pomocy w młodym wieku, tuż po wystąpieniu problemów, wracają do systemu opieki psychiatrycznej, ale już jako osoby dorosłe, chorujące przewlekłe, którymi trzeba zajmować się długoterminowo. Ideą opieki środowiskowej, zwłaszcza wobec dzieci i młodzieży, jest pomoc świadczona tu i teraz, tak aby zażegnać kryzys i – jeżeli to możliwe – uniknąć kontaktu z instytucją całodobowego pobytu.

W przypadku systemu pomocy społecznej, podobnie jak w psychiatrii, część zadań realizowanych na rzecz osób w kryzysach psychicznych jest i zapewne pozostanie realizowana w modelu instytucjonalnym. Mowa tu przede wszystkim o domach pomocy społecznej, w których przebywają osoby niezdolne do samodzielnego funkcjonowania. Z drugiej strony bardzo dobrze sprawdzają się środowiskowe domy samopomocy, które działają na poziomie lokalnym i realizują wsparcie w modelu środowiskowym. Potrzeby w tym zakresie są bardzo duże, dlatego pozytywnie należy ocenić cel Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej, by w każdym polskim powiecie funkcjonował chociaż jeden ŚDS. Inne formy wsparcia dla osób w kryzysach psychicznych realizowane przez system pomocy społecznej również mają w dużej mierze charakter środowiskowy. Z założenia odbywają się one w miejscu zamieszkania osoby potrzebującej (a nie w instytucji) oraz służą jej usamodzielnieniu. Jeśli dodamy do tego warsztaty terapii zajęciowej, zakłady aktywności zawodowej oraz zakłady pracy chronionej, mamy obraz dość bogatej i dobrze zorganizowanej oferty, skierowanej przede wszystkim do grupy osób w kryzysach psychicznych, które zmagają się z poważniejszymi i bardziej długotrwałymi problemami.

Niski poziom wiedzy, a także utrzymujący się od dekad negatywny stosunek dużej części naszego społeczeństwa do osób chorujących psychicznie, wskazują na potrzeby kontynuowania zakrojonych na szeroką skalę kampanii edukacyjnych. Oprócz wymiaru stricte edukacyjnego, pozwalają one na przełamywanie stereotypów i ocieplanie wizerunku osób zmagających się z kryzysami psychicznymi. Bardzo ważną rolę w tym zakresie wypełniają też organizacje pozarządowe oraz grupy samopomocowe, które niejednokrotnie udowodniły, że potrafią skutecznie działać i uruchamiać kapitał społeczny, będąc przy tym równorzędnym partnerem dla instytucji rządowych i samorządowych. Tworzenie środowiskowych inicjatyw na wzór krakowskiego „Pensjonatu u Pana Cogito”, angażowanie osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego do pomagania innym w roli asystentów zdrowienia, prowadzenie działań profilaktycznych, edukacyjnych i antydyskryminacyjnych – to wszystko najlepsza droga do tego, by postawy społeczne stopniowo się zmieniały i w większym niż dotąd zakresie

były pełne szacunku, zrozumienia i życzliwości<sup>43</sup>.

Dla powodzenia modelu środowiskowego niezwykle ważna jest odpowiednia współpraca w triadzie: system opieki psychiatrycznej – system pomocy społecznej – organizacje pozarządowe. Wydaje się, że układa się ona coraz lepiej, czego przykładem jest rosnąca liczba inicjatyw realizowanych wspólnie<sup>44</sup>. To, co warto poprawić, to obieg informacji. Zdarzają się, niestety, sytuacje, kiedy jeden z partnerów nie wie o działaniach pozostałych. System opieki psychiatrycznej nie zawsze posiada wiedzę o świadczeniach, które pacjent może otrzymać po opuszczeniu szpitala. Zarazem pracownicy socjalni miewają problemy z właściwym pokierowaniem swoich podopiecznych w przypadku pogorszenia się stanu ich zdrowia czy sytuacji wymagających specjalistycznych interwencji. Mała jest też wiedza o inicjatywach podejmowanych przez organizacje pozarządowe – często informacje o rekrutacjach do poszczególnych projektów nie trafiają do odpowiedniej grupy odbiorców mimo iż teoretycznie powinno być ich w nadmiarze. To wszystko dowodzi tego, że brakuje odpowiedniego przepływu informacji, które powinny być przekazywane w sposób zorganizowany i stale aktualizowane.

O deinstytucjonalizacji w obszarze zdrowia psychicznego coraz więcej mówi się na forum publicznym. Głos w tej sprawie zaczęli zabierać najważniejsi politycy, bardzo aktywnie działa Rzecznik Praw Obywatelskich, w Sejmie powstał Parlamentarny Zespół ds. zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. To niezwykle ważne, gdyż do niedawna zdrowie psychiczne nie było tematem, którym zajmowano się na tak wysokich szczeblach (czego efektem były niepowodzenia kolejnych reform, które bez wsparcia decydentów nie miały szans na realizację). Wczytując się w treści kolejnych rządowych dokumentów mówiących o potrzebie przejścia z modelu instytucjonalnego do modelu środowiskowego (NPOZP na lata 2017-2022, pilotaż CZP, „Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030”<sup>45</sup>), możemy znaleźć wiele trafionych rekomendacji dotyczących działań, które należy podjąć.

---

<sup>43</sup> Przegląd polskich badań opinii publicznej realizowanych od 1975 r. wskazuje, że postawy społeczne wobec osób chorujących psychicznie zmieniają się bardzo powoli. Nadal istnieje wiele mitów i stereotypów na ten temat a Polacy są skłonni powierzać chorym tylko część ról społecznych (Glinowiecki 2018, s. 71-81).

<sup>44</sup> Przykładem takiej współpracy mogą być mieszkania chronione dla osób w kryzysach psychicznych, gdzie każda ze stron realizuje określone zadania. Mieszkania chronione są zwykle prowadzone przez organizacje pozarządowe, ich kadre tworzą specjaliści pracujący na co dzień w systemie opieki psychiatrycznej, z kolei pracownicy socjalni wydają oficjalne decyzje o skierowaniu danej osoby do tego typu placówki (wcześniej prowadząc wywiady środowiskowe).

<sup>45</sup> Dokument przygotowany przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, przyjęty uchwałą Rady Ministrów w 2022 r.

Oczywiście, znacznie trudniejsza jest ich realizacja, ale mimo wszystko sam fakt, że zostały tam zawarte, stanowi pozytywną zmianę. Warto wspomnieć choćby o trzech takich rekomendacjach.

Po pierwsze, profilaktyka zdrowia psychicznego. Bez prowadzenia systemowych działań edukacyjnych, skierowanych zwłaszcza do osób młodych, trudno oczekiwać, by poprawił się stan wiedzy i świadomości Polaków na temat kryzysów psychicznych. Jak dbać o higienę zdrowia psychicznego? Czym są zaburzenia psychiczne? Jak je rozpoznać? Co zrobić w takiej sytuacji? Gdzie udać się po pomoc? To pytania, na które powinien umieć odpowiedzieć każdy z nas. Odpowiednio realizowana profilaktyka zdrowia psychicznego pozwala uniknąć części kryzysów, a w sytuacji, gdy one się wydarzą – szybko i właściwie zareagować. Z reguły im wcześniej osoba doświadczająca kryzysu psychicznego trafia po pomoc i im więcej zrozumienia znajduje w swoim najbliższym otoczeniu, tym mniej czasu spędza w systemie opieki psychiatrycznej i tym szybciej wraca do normalnego funkcjonowania we własnym środowisku. Rokowania są znacznie gorsze, kiedy zarówno sam chory, jak i jego bliscy przez długi czas nie reagują na ewidentne symptomy kryzysu psychicznego, a przez to nie uzyskują na czas odpowiedniej pomocy.

Drugą rekomendacją jest konieczność poradzenia sobie z brakami kadrowymi, które są szczególnie widocznie w systemie opieki psychiatrycznej (ale również coraz bardziej w systemie pomocy społecznej). Nie da się realizować tak kompleksowego modelu wsparcia, jakim jest model środowiskowy, bez wykwalifikowanej kadry lekarzy psychiatrów, psychoterapeutów, psychologów, terapeutów środowiskowych, pielęgniarek, pracowników socjalnych. Po latach zaniedbań dostrzeżono ten problem i – co ważne – rozpoczęto realne działania zmierzające do poprawy tej sytuacji. W ten sposób można odczytywać chociażby zwiększenie liczby miejsc na specjalizacji psychiatrycznej dla studentów medycyny, skrócenie czasu specjalizacji z psychiatrii dzieci i młodzieży dla lekarzy pediatrów czy zorganizowanie bezpłatnych szkoleń z zakresu psychoterapii dzieci i młodzieży.

Trzecia rekomendacja to zapewnienie wsparcia nie tylko osobom doświadczającym kryzysów psychicznych, ale również członkom ich rodzin. Jednym z zarzutów kierowanych wobec modelu środowiskowego jest to, że wraz z jego rozwijaniem wzrasta odpowiedzialność oraz presja wywierana na rodziny osób chorych. To one w znacznie większym stopniu niż w modelu azylowym muszą zajmować się swoimi bliskimi, a wielokrotnie nie mają ku temu wiedzy ani wystarczających zasobów. Dlatego potrzebne są odpowiednie działania wspierające

(grupy wsparcia, opieka psychiatryczna i terapeutyczna) oraz edukacyjne (z zakresu specyfiki kryzysów psychicznych czy zachowania wobec osób chorych), tak by byli oni w stanie pomagać choremu, ale mieli również możliwość zadbania o własne zdrowie psychiczne.

Mając na uwadze to, czego udało się dokonać i co jeszcze pozostaje do zrobienia, warto postawić kluczowe pytanie: kiedy proces deinstytucjonalizacji zrealizuje się w takim stopniu, aby objąć wszystkich Polaków pomocą świadczoną w modelu środowiskowym? Patrząc na tempo wprowadzanych zmian, zapewne potrwa to jeszcze wiele lat. Warto jednak ten trud kontynuować, gdyż badania pokazują, że opieka środowiskowa jest skuteczna i bardziej przyjazna dla osób doświadczających kryzysów psychicznych oraz ich bliskich, przynosi również dużo satysfakcji osobom udzielającym wsparcia (Glinowiecki 2018, s. 316-219; Wielgus, Morawski 2018; Żaroń 2018, s. 45-49). Z całą pewnością potrzebne będzie zaangażowanie ogromnych środków finansowych<sup>46</sup>, a także współdziałanie wszystkich zainteresowanych stron: decydentów na poziomie rządowym i samorządowym, systemu opieki psychiatrycznej, systemu opieki społecznej, organizacji pozarządowych, społeczności lokalnych aż w końcu osób doświadczających kryzysów psychicznych. To one, aby skorzystać w pełni z modelu środowiskowego, muszą nie tylko mieć do niego dostęp, ale również zaufanie i wiarę, że jest tym właściwym, który zapewni im takie wsparcie jakiego w danym momencie potrzebują. Ważne, by były one przekonane, że dochodząc do zdrowia poza murami instytucji, w środowisku, w otoczeniu swoich bliskich, mogą liczyć na różnorodne formy wsparcia, będą w stanie szybciej porzucić parsonowską rolę chorego<sup>47</sup>, powrócić do aktywnego życia społecznego i realizowania się w innych, znacznie bardziej pożądanym rolach społecznych.

---

<sup>46</sup> Postulowany przez ekspertów poziom wydatków na psychiatrię to 6% budżetu całego systemu ochrony zdrowia. Obecnie w Polsce jest to 3,4% (2022). W Europie niższy poziom ma jedynie Bułgaria, średnia europejska to 6-8% (dane Narodowego Funduszu Zdrowia).

<sup>47</sup> T. Parsons (2009, s. 319-356) uważał, że każdy człowiek uczy się społecznej roli chorego w czasie procesu socjalizacji. W przypadku wystąpienia poważnych problemów ze zdrowiem człowiek zaczyna ją odgrywać, porzucając inne dotychczas wypełniane role społeczne. Wiąże się to zarówno z pewnymi przywilejami jak i ograniczeniami, choć te drugie wydają się być znacznie poważniejsze.

## Bibliografia

Brodniak W.A., *Choroba psychiczna w świadomości społecznej*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2000.

Bójko M., Maślankiewicz R., *Sytuacja w polskiej psychiatrii dziecięcej na przełomie lat 2018 i 2019 na podstawie danych zebranych w trybie dostępu do informacji publicznej, Sieć Obywatelska Watchdog Polska*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka” 2020, nr 19 (1), s. 116-154.

Glinowiecki M., *Chory na schizofrenię w rodzinie i w środowisku społecznym - potrzeba wsparcia*, Zakład Wydawniczy NOMOS, Kraków 2019.

Goffman E., *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, GWP, Gdańsk 2005.

Goffman E., *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*, GWP, Gdańsk 2011.

ICD-10 *Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych. Rewizja 10, roz. V: Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania*, redaktorzy przekładu: S. Pużyński, J. Wciórka, Wydawnictwo Vesalius, Kraków-Warszawa 2000.

Morzycka-Markowska M., Drozdowicz E., Nasierowski T., *Deinstytucjonalizacja psychiatrii włoskiej - przebieg i skutki. Część 2. Skutki deinstytucjonalizacji*, „Psychiatria Polska” 2015, nr 49 (2), s. 403-412.

Parsons T., *System społeczny*, Zakład Wydawniczy NOMOS, Kraków 2009.

Skiba W., Siwicki D., *Deinstytucjonalizacja psychiatrii w Polsce - dwie ścieżki, jeden cel. Analiza porównawcza założeń i pierwszych etapów wdrażania modeli psychiatrii środowiskowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2021.

Szczupa B., *Aktywizacja społeczno-zawodowa i zatrudnienie osób z zaburzeniami psychicznymi - wybrane uwarunkowania i rozwiązania praktyczne*, „Annales Universita Mariae Curie-Skodowska, Sectio J Paedagogia-Psychologia” 2015, nr 28 (1), s.179-193.

Wielgus B., Morawski J., *Środowiskowa w opinii studentów kierunków medycznych i psychologii*, „Annales Universitas Paedagogicae Cracoviensis, Studia Psychologica” 2018, nr 11, folia 267, s.135-149.

Żaroń A., *Psychiatria środowiskowa z punktu widzenia wybranych potrzeb psychologicznych*, „Psychiatria” 2018, nr 15 (1), s. 45-49.

## Akty prawne i dokumenty rządowe

Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U.1994 nr 111, poz. 5350.

Ustawa z dnia 1 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz.U.2014 nr 64, poz.593.

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, Dz.U.2011 nr 24, poz. 128.

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022, Dz.U.2017, poz. 458.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w Centrach Zdrowia Psychicznego, Dz.U. 2020 poz. 2086 i 2364 oraz 2021 r., poz. 1976, 2012 i 2491.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, Dz.U 2019, poz.1640.

Uchwała Rady Ministrów: Strategia rozwoju usług społecznych polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.), M.P. 2022, poz. 767.

### **Raporty, sprawozdania, inne**

Pismo RPO do Prezesa Rady Ministrów z 6 lipca 2022 r. w sprawie przyszłości reformy opieki psychiatrycznej, nr pisma V.7016.42.2022.JK.

Raport NIK (2016): *Realizacja zadań<sup>[1]</sup> narodowego programu ochrony zdrowia psychicznego - informacja o wynikach kontroli*, nr ewid.186/2016/p/16/055/kzd.

Raport NIK (2019a): *Dostępność<sup>[1]</sup> leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży (w latach 2017-2019) - informacja o wynikach kontroli*, nr ewid. 170/2019/p/19/059/kzd.

Raport NIK (2019b): *Pomoc państwa realizowana w formie Środowiskowych Domów Samopomocy udzielana osobom z zaburzeniami psychicznymi*, nr ewid. 147/2019/P/19/089/LOL.

Raport WHO (2020): *Suicide worldwide in 2019. Global Health Estimates*.

Raport KGP (2022): *Zachowania samobójcze wśród dzieci i młodzieży. Raport za lata 2012-2021. Na podstawie danych Komendy Głównej Policji*.

Raport: *EZOP II - rozpowszechnienie zaburzeń*, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa 2021.

Raport: *Zmiany ogólnej kondycji zdrowotnej ludności Polski w okresie między badaniami EZOP a EZOP 2*, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa 2021.

Raport: *Standard organizacyjny opieki zdrowotnej<sup>[1]</sup> w centrum zdrowia psychicznego - założenia projektu*, Biuro pilotażu ds. Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, Warszawa 2020.

Sprawozdanie Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej nr MRPIPS-05-2021.

Nota o Autorze

**Mateusz Glinowiecki** – doktor nauk społecznych, socjolog, pracuje w Instytucie Stosowanych Nauk Społecznych UW. Autor publikacji naukowych oraz analiz i ekspertyz z zakresu socjologii rodziny i socjologii medycyny. Certyfikowany Terapeuta Środowiskowy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Zaangażowany w proces wdrażania środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej, w latach 2009-2013 związany z Instytutem Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, od 2014 roku opiekun mieszkania chronionego-treningowego dla osób w kryzysach psychicznych prowadzonego przez Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób z Zaburzeniami Psychicznymi „Integracja”.