



Uniwersytet
Wrocławski

Wojciech Skiba
Damian Siwicki

Deinstytucjonalizacja psychiatrii w Polsce

– dwie ścieżki, jeden cel.

Analiza porównawcza założeń
i pierwszych etapów wdrożenia
modeli psychiatrii środowiskowej

Deinstytucjonalizacja psychiatrii w Polsce

– dwie ścieżki, jeden cel

**Analiza porównawcza założeń i pierwszych etapów
wdrożenia modeli psychiatrii środowiskowej**

Dostęp online: <https://bibliotekacyfrowa.pl/publication/142656>
DOI: [10.34616/142656](https://doi.org/10.34616/142656)

Wojciech Skiba

Uniwersytet Wrocławski

Wydział Nauk Społecznych, Instytut Socjologii

ORCID: [0000-0003-3809-1035](https://orcid.org/0000-0003-3809-1035)

Damian Siwicki

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Wydział Lekarski, Katedra Psychiatrii

ORCID: [0000-0001-7480-5520](https://orcid.org/0000-0001-7480-5520)

Deinstytucjonalizacja psychiatrii w Polsce – dwie ścieżki, jeden cel

**Analiza porównawcza założeń i pierwszych etapów
wdrożenia modeli psychiatrii środowiskowej**

Wrocław 2021

Recenzenci: *dr hab. Jan Domaradzki - Uniwersytet medyczny im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu,*
dr hab. Wojciech Misztal - Uniwersytet Warszawski

**Publikację sfinansowano ze środków Instytutu Socjologii, Wydziału Nauk Społecznych
Uniwersytetu Wrocławskiego**

© Copyright by Wojciech Skiba, Damian Siwicki

Korekta: *Anna Momot / Poprawione*

Projekt i wykonanie okładki: *Andrzej Malenda*

Skład i opracowanie techniczne: *Aleksandra Kumasza, eBooki.com.pl*

Wydawca

Uniwersytet Wrocławski, Wydział Nauk Społecznych, Instytut Socjologii

ISBN 978-83-63322-44-1

Spis treści

WYKAZ SKRÓTÓW	9
1. WSTĘP	11
2. KONTEKST MEDYCZNY I HISTORYCZNY	15
3. ZAŁOŻENIE DEINSTYTUCJONALIZACJI PSYCHIATRII. OD ZAKŁADU DO ŚRODOWISKA	23
3.1. Stary ład instytucjonalny. Od „zakładu” w stronę zintegrowanego wsparcia w środowisku życia	24
3.2. Społeczno-kulturowe uwarunkowania wdrożenia deinstytucjonalizacji. Zmienna krytyczna?	27
3.3. Psychiatria środowiskowa – model docelowy. Dokąd zmierzamy?	33
4. WDROŻENIE REFORMY. DWIE KONCEPCJE CENTRÓW ZDROWIA PSYCHICZNEGO. MODEL ŚRODOWISKOWY EFS A PILOTAŻ RZĄDOWY	37
4.1. Model pluralistyczny. Deinstytucjonalizacja psychiatrii w projektach wypracowanych w ramach programu PO WER	38
4.1.1. Założenia procesu deinstytucjonalizacji według koncepcji PO WER w kontekście uwarunkowań społeczno-systemowych reformy	39
4.1.2. Organizacja procesu zmiany instytucjonalnej i definiowanie innowacji	42
4.1.3. Minimalny zakres i zakładane rezultaty projektów	43
4.2. Program pilotażowy w centrach zdrowia psychicznego na podstawie rozporządzenia ministra zdrowia	46
4.2.1. Założenia procesu deinstytucjonalizacji w ramach pilotażu ministra zdrowia	46
4.2.2. Organizacja procesu zmiany instytucjonalnej	50
4.2.3. Minimalny zakres usług, definiowanie innowacji	53
5. OD ZAŁOŻEŃ DO REALIZACJI WDROŻENIA. PRZYKŁAD WDROŻENIA MODELU CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO NA PRZYKŁADZIE PROJEKTU „PROGRAM ZINTEGROWANYCH DZIAŁAŃ ZDROWOTNYCH, SPOŁECZNYCH I SOCJALNYCH W PROCESIE ZDROWIENIA OSÓB Z DOŚWIADCZENIEM CHOROBY PSYCHICZNEJ” WCZ SPZOZ	55

5.1. Charakterystyka projektu	56
5.2. Formuła organizacyjna realizacji projektu	58
5.3. Opracowanie modelu. Uwzględnienie wytycznych dotyczących deinstytucjonalizacji i polityk horyzontalnych	61
5.4. Diagnoza sytuacji i założenia modelu wrocławskiego	62
5.5. Innowacyjność i komplementarność wobec istniejących rozwiązań instytucjonalnych	65
5.6. Koordynacja usług zdrowotnych i społecznych	67
5.7. Integracja usług, komplementarność wsparcia	69
5.8. Zindywidualizowany, bazujący na pełnej diagnozie proces terapeutyczny – zarządzanie procesem zdrowienia	70
5.9. Ośrodek koordynacji (OK)	72
5.10. Zespół terapeutyczny	72
5.11. Koordynacja procesu zdrowienia na podstawie ICF	74
5.12. Ośrodek dziennego wsparcia (ODW)	75
5.13. Dom wspólny (DW) i łóżka interwencyjne	76
6. DWA PILOTAŻE: PODOBIENSTWA I RÓŻNICE. PODSUMOWANIE	79
LITERATURA	83

Wykaz skrótów

CZP	– Centrum Zdrowia Psychicznego
DPS	– Dom pomocy społecznej
DW	– Dom wspólny
EFS	– Europejski Fundusz Społeczny
ICD	– Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ang. <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>)
ICF	– Międzynarodowa klasyfikacja funkcjonowania, niepełnosprawności i zdrowia (ang. <i>International Classification of Functioning, Disability and Health</i>)
IPP	– Indywidualny plan postępowania
KPZ	– Koordynator procesu zdrowienia
MOPS	– Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
MPDz	– Mózgowe Porażenie Dziecięce
NFZ	– Narodowy Fundusz Zdrowia
NGO	– Organizacje pozarządowe (ang. <i>non-government organization</i>)
NPOZP	– Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego
ODW	– Ośrodek dziennego wsparcia
OK	– Ośrodek koordynacji
PFRON	– Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
PO WER	– Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój
POZ	– Podstawowa Opieka Zdrowotna
SPZOZ	– Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
ŚDS	– Środowiskowy dom samopomocy
WCZ	– Wrocławskie Centrum Zdrowia
WTZ	– Warsztaty terapii zajęciowej
ZAZ	– Zakład aktywności zawodowej
ZT	– Zespół terapeutyczny

1. Wstęp

Po wielu latach przygotowań rozpoczął się w Polsce etap, głębokich w założeniu, zmian modelu udzielania świadczeń zdrowotnych dla osób z dysfunkcjami psychicznymi. W ślad za uchwaleniem nowego Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) w 2017 r.¹ wdrożono działania, które tym razem – inaczej niż przy realizacji poprzedniego NPOZP – rozpoczęły faktyczne zmiany instytucjonalne w obszarze ochrony zdrowia psychicznego.

Celem aktualnego, pierwszego etapu działań jest wypracowanie optymalnych rozwiązań, które mogłyby zostać przyjęte jako standardy w zakresie psychiatrii środowiskowej, i upowszechnienie ich na cały kraj. Początkowo zamierzeniu temu służyć miało działanie 4.1 przewidziane w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER)², gdzie w dwóch etapach planowano wypracować i przetestować koncepcje deinstytucjonalizacji polskiej psychiatrii. W pierwszym kroku zadaniem uczestników było przygotowanie modelu funkcjonowania ośrodka psychiatrii środowiskowej. Z jednej strony miał on wносить do systemu innowacyjne rozwiązania zgodne z wypracowanymi standardami w zakresie *community psychiatry* w krajach Europy Zachodniej oraz z założeniami deinstytucjonalizacji wybranych usług publicznych określonymi w dokumentach kształtujących politykę Unii Europejskiej w tym względzie³. Z drugiej natomiast powinien być komplementarny względem rozwiązań aktualnie funkcjonujących w zakresie leczenia psychiatrycznego i wsparcia społecznego dla osób z problemami psychicznymi. Cel ten można określić jako kreacja nowych, uzupełniających instytucji pomocy, które uczynią terapię osób z problemami psychicznymi

¹ 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).

² Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020 przyjęty decyzją Komisji Europejskiej z 17 grudnia 2014 r., nr C (2014) 10129, https://www.power.gov.pl/media/943/POWER_zatwierdzony_przez_KE_171214.pdf (dostęp: 25.03.2021).

³ Por. Europejska Grupa Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki świadczonej na poziomie Lokalnych Społeczności, *Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności*, 2012, https://www.power.gov.pl/media/70778/ogolnoeuropejskie_wytyczne_deinstytucjonalizacja.pdf (dostęp: 18.10.2021), s. 28.

bardziej efektywną i zmieniają jej charakterystykę – w kierunku metod opartych na leczeniu otwartym i różnych formach wsparcia społecznego.

W trakcie realizacji zamierzeń bazujących na założeniach konkursu w ramach działania 4.1 PO WER polski rząd podjął jednakże decyzję o wdrożeniu kolejnego, konkurencyjnego pilotażu psychiatrii środowiskowej. W przeciwieństwie do przyjętego w PO WER schematu działania polegającego na wypracowaniu pluralistycznych koncepcji, ich ocenie i następnie testowaniu rozwiązań, w tym przypadku zdecydowano się na jeden, z góry określony schemat postępowania. Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego⁴ określono standard udzielanych w centrach zdrowia psychicznego (CZP) świadczeń oraz wyliczono podmioty zakwalifikowane w drodze wcześniejszego naboru do testowania przyjętego rozwiązania. Tak oto, w sposób bardziej spontaniczny niż racjonalnie z góry założony, doszło do sytuacji, w której w tym samym czasie startowały w Polsce, poniekąd niezależnie, dwa pilotaże psychiatrii środowiskowej. Jeden bazował na testowaniu wcześniej wypracowanych autorskich modeli, które miały uzupełniać dotychczasowy system wsparcia i kompensować jego braki, drugi – na testowaniu przez wybranych 35 podmiotów leczniczych założeń określonych przez ministra zdrowia. W pierwszym pilotażu pojawiło się wiele podmiotów nieprowadzących leczenia szpitalnego, w tym podmioty prywatne, zwłaszcza organizacje pozarządowe. Drugi, z racji przyjętych kryteriów dopuszczających do udziału (prowadzenie leczenia zamkniętego), zdominowany został przez szpitale psychiatryczne, posiadające często na danym obszarze faktyczny monopol na udzielanie świadczeń z zakresu psychiatrii. Zarysowany powyżej punkt wyjściowy zdeterminował w znacznej mierze przebieg wdrożenia i przyczynił się do wykreowania zdecydowanie różnych rozwiązań, które zdominowały te dwa różne typy placówek, w praktyce mające realizować ten sam cel – zmianę instytucjonalną w polskiej opiece psychiatrycznej.

W niniejszej pracy postaramy się przybliżyć, po części na wybranych przykładach, te dwa podejścia i główne różnice, jakie wynikają ze wskazanych rozbieżności. Z racji momentu, w którym dokonywana jest analiza – trwa, w zależności od projektu, drugi–trzeci rok pilotażu i brakuje pełnych danych na temat jego przebiegu – ma ona charakter wstępny, sygnalizując najważniejsze problemy i mankamenty przyjętych rozwiązań, przy jednoczesnej świadomości tego, że końcowa ocena analizowanych instrumentów będzie możliwa dopiero po zakończeniu wszystkich pilotaży i przeprowadzeniu ich wnikliwej ewaluacji.

⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 roku w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz.U. 2018 poz. 852).

W pierwszej części pracy omówimy kontekst historyczny oraz główne cele i założenia zmiany instytucjonalnej określanej mianem „deinstytucjonalizacji” oraz uwarunkowania dla tego procesu w Polsce, w tym przyczyny wieloletnich niepowodzeń w rozwoju psychiatrii środowiskowej. W kolejnym rozdziale przedstawimy założenia konkursu w ramach PO WER na deinstytucjonalizację, który zainicjował głęboką zmianę instytucjonalną na bazie uwzględnienia polityk unijnych⁵ oraz spójnych z nimi założeń najnowszego NPOZP w Polsce. Miał on być podstawowym narzędziem wyłonienia docelowych rozwiązań z zakresu deinstytucjonalizacji. Projekt ich wejścia w życie zostanie omówiony w dalszej części opracowania, na przykładzie jednego z realizowanych wdrożeń – modelu testowanego przez partnerstwo podmiotów, w którym liderem jest Wrocławskie Centrum Zdrowia – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej (WCZ SPZOZ). W kontekście założeń PO WER zostanie przeanalizowany drugi model deinstytucjonalizacji, określony w rozporządzeniu ministra zdrowia. Co prawda pojawił się on później, już w trakcie realizacji programu deinstytucjonalizacji PO WER, ale ze względu na narrację podmiotu kreującego (minister zdrowia) oraz utworzenie przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii Krajowego Biura ds. pilotażu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, które zarządzało całością procesu, szybko zdominował dyskurs o reformie psychiatrii i zaczął być przedstawiany jako wstępnie określony docelowy model, na którym oparta zostanie przyszła całościowa reforma systemu. W tym nowym kontekście sytuacyjnym pilotaż w ramach PO WER jawi się jako „boczny tor” reformy, choć od początku zaabsorbował on wielkie, oddolne zaangażowanie na rzecz zmian w polskiej psychiatrii i tym samym skanalizował nastroje środowisk działających na rzecz zmian w tej sferze rzeczywistości społecznej.

W zakończeniu dokonamy wstępnej oceny obu modeli wdrażania deinstytucjonalizacji na podstawie kryteriów powszechnie przypisywanych kompletnym modelom opieki psychiatrycznej o cechach środowiskowych. Posłużymy się dostępnymi danymi o przebiegu pilotaży, w tym programu realizowanego pod auspicjami Ministerstwa Zdrowia.

Ze względu na fakt indywidualnego omawiania przez każdego z autorów wyżej wymienionych zagadnień zdecydowaliśmy się na zwracanie się do czytelnika w poszczególnych rozdziałach w pierwszej osobie liczby pojedynczej.

⁵ Konkurs nr POWR.04.01.00-IZ.00-00-002/15 – Deinstytucjonalizacja usług świadczonych na rzecz osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi, <https://www.power.gov.pl/strony/o-programie/projekty/innowacje-spoleczne-rezultaty/deinstytucjonalizacja-w-psychiatrii> (dostęp: 20.06.2021).

2. Kontekst medyczny i historyczny

Opieka psychiatryczna w pierwszej połowie XX w. oraz w czasach poprzedzających pozostawiała, używając niewątpliwie kolokwializmu, „wiele do życzenia”. Z jednej strony brakowało dostępności opartych na naukowych opracowaniach i wystarczająco skutecznych metod leczniczych, z drugiej zaś nierzadko traktowano zaburzenia psychiczne jako zjawiska nadnaturalne kojarzone często z klątwą lub opętaniem. Pacjenci, szczególnie ci budzący największą „grozę” w społeczeństwie, a więc przejawiający zaburzenia z szeroko rozumianego kręgu zaburzeń psychotycznych, pozostawali nierzadko latami zamknięci w zakładach/szpitalach czy też tzw. azylach psychiatrycznych izolujących ich od środowiska zewnętrznego. Celem nie jest tu jednak dokonywanie oceny tego zjawiska, szczególnie biorąc pod uwagę charakterystyczny dla tamtego okresu brak zrozumienia natury zaburzeń psychiatrycznych oraz wysoki stopień obciążenia, jakie osoby chorujące mogły stanowić dla rodzin czy też szeroko rozumianych lokalnych społeczności, ale spostrzeżenie tego zjawiska w kontekście dzisiejszej reformy opieki psychiatrycznej.

Pierwsza połowa XX w. jest tutaj niezwykle kluczowa, ponieważ to nie tylko czas zbliżającego się przekształcania tzw. zinstytucjonalizowanej formy opieki psychiatrycznej, ale przede wszystkim wprowadzania do leczenia pierwszych skutecznych metod terapii biologicznej. Szczególne znaczenie ma rozwój terapii elektrowstrząsowej oraz pierwsze odkrycia w dziedzinie psychofarmakologii, głównie w zakresie tzw. leków przeciwpsychotycznych, np. chlorpromazyny⁶. Leki te dzięki swojemu oddziaływaniu na ośrodkowy układ nerwowy pomogły specjalistom z zakresu opieki psychiatrycznej opanowywać stany ostre, stany pobudzenia czy też objawy wytwórcze psychozy (np. halucynacje, urojenia). Dzięki temu możliwe stało się leczenie pacjentów do poziomu, który umożliwiał ich bezpieczny powrót do społeczeństwa. Również terapia elektrowstrząsowa ma tutaj duże znaczenie. Chociaż w opinii niektórych nurtów psychiatrycznych do dzisiaj pozostaje kontrowersyjna, to jednak jej rozwój pomógł w opanowywaniu tzw. ostrych czy też zagrażających życiu stanów chorobowych i do dzisiaj znajduje swoje zastosowanie.

⁶ G. F. Vaughan, D. M. Leiberan, L. C. Cook, *Chlorpromazine in psychiatry*, „The Lancet” 1955, 265(6874), s. 1083–1087.

Rozwojowi metod terapeutycznych towarzyszyły równolegle rozwijające się wtedy tzw. nurty antypsychiatryczne. Zróżnicowane w zakresie radykalizmu swojego podejścia czy krytyki, w dużej mierze koncentrowały się na podważaniu panujących w ówczesnych czasach metod postępowania z chorymi bądź proponowały skrajne koncepcje, jak „psychiatria bez psychiatrii”⁷, będąc niekiedy wręcz bliskie zanegowania istnienia chorób psychicznych. Należałoby przy tym wspomnieć o zarzutach wyrażających w sposób wyraźnie uzasadniony, również wobec dzisiejszej wiedzy medycznej, społeczną troskę oraz adekwatną reakcję, jak chociażby w przypadku krytyki metody „leczenia” zdobywającej w tamtych czasach szeroką popularność, a będącej drastycznym okaleczaniem pacjentów – tzw. lobotomii. Zabieg polegał na chirurgicznym uszkodzeniu płatów czołowych mózgu pacjenta w celu opanowania jego „niechcianych” czy też „zagrożających” zachowań. Szczegółowe omówienie tej tematyki wykracza jednak poza ramy niniejszego opracowania, ma natomiast znaczenie w zrozumieniu podejmowanych w kolejnych latach działań dotyczących reformy opieki psychiatrycznej. Można uznać, że główne impulsy związane z nadchodzącym nurtem tzw. deinstytucjonalizacji oraz rozwojem koncepcji psychiatrii środowiskowej (ang. *community psychiatry*) miały swoje źródło między innymi w:

- rosnącym społecznym sprzeciwie wobec często niehumanitarnego izolowania pacjentów psychiatrycznych w zakładach zamkniętych,
- rozwoju wiedzy dotyczącej zaburzeń psychiatrycznych oraz metod leczenia,
- otwarciu się na możliwość zapewniania pacjentom opieki pozaszpitalnej, zarówno ambulatoryjnej, jak również tzw. środowiskowej.

Powyższe, przedstawione poglądowo zjawiska zaczęły prowadzić do znajdujących odzwierciedlenie w politykach opieki psychiatrycznej wielu krajów reform, których zaadaptowana do polskich warunków realizacja stanowi przedmiot niniejszego opracowania.

Podstawowym terminem, który określa ogólny trend reformy opieki psychiatrycznej, jest tzw. deinstytucjonalizacja. W uproszczeniu jest to termin, który oznacza kierunek zmian – od szpitala do środowiska. Cel stanowi zatem przenoszenie ciężaru opieki nad pacjentem psychiatrycznym z zamkniętych zakładów do bardziej otwartych form sprawowania oddziaływań terapeutycznych. Jako środowisko natomiast rozumieć możemy szereg oddziaływań medycznych, psychologicznych, społecznych czy też socjalnych, które swoje miejsce mają poza szpitalem, w lokalnej wspólnocie społecznej pacjenta. W tle przejścia „ze szpitala do środowiska” leży oczywiście coraz większe zrozumienie istoty zaburzeń psychicznych, szczególnie ich wielowymiarowości (tzw. model bio-psycho-społeczny), nieustanny rozwój metod leczenia biologicznego, psychoterapeutycznego oraz

⁷ M. Mokrzycka-Markowska, E. Drozdowicz, T. Nasierowski, *Deinstytucjonalizacja psychiatrii włoskiej – przebieg i skutki. Część I. Działalność grupy Basaglii*, „Psychiatria Polska” 2015, 49(2), s. 391–401.

rosnące uznanie i zrozumienie rozlicznych aspektów społeczno-psychologicznych jako mających znaczenie terapeutyczne. Za Agatą Żaroń⁸ jako przykład wymienić możemy:

- potrzeby psychologiczne związane z niepełnosprawnością, np. bezpieczeństwa, więzi, przynależności czy samorealizacji,
- potrzeby psychologiczne związane z lękiem, w tym lękiem zarówno przed społeczeństwem, jak i instytucjami świadczącymi pomoc psychiatryczno-psychologiczną,
- potrzeby psychologiczne związane ze środowiskiem rodzinnym.

Same oddziaływania środowiskowe przyjmują różne formy i powinny stanowić integralną całość. Wśród najbardziej podstawowych wymienić możemy:

- oddziały dziennej opieki psychiatrycznej, czyli miejsca, gdzie pacjenci przebywają kilka godzin na dobę, a następnie wracają do miejsc swojego zamieszkania,
- ambulatoryjna opieka psychiatryczna i psychologiczna,
- miejsca aktywizacji społecznej czy też zawodowej,
- szeroko rozumiane usługi hostelowe o różnym stopniu wsparcia, treningu i opieki, również medycznej,
- oddziaływania socjalne związane często z utrzymaniem, zakwaterowaniem,
- centra koordynujące oddziaływania i integrujące formy pomocy, tzw. centra zdrowia psychicznego.

Oczywiście powyższa lista nie wyczerpuje możliwych oddziaływań w środowisku pacjenta i nierzadko może być uwarunkowana kulturowo lub, czysto pragmatycznie, dostępem do usług, poziomem finansowania czy też dostępnością wykwalifikowanego personelu medycznego i pozamedycznego. Na szczególną uwagę zasługuje tu wywodzący się z Finlandii tzw. otwarty dialog (ang. *open dialogue*)⁹. Metoda ta jest szeroko zakrojonym wsparciem, lub też formą leczenia, osób w kryzysie psychicznym. Zakłada daleko idące zaangażowanie najbliższego otoczenia pacjenta – często nie tylko rodziny, ale również przyjaciół, znajomych, sąsiadów, współpracowników oraz zespołu specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego, w tym lekarzy i psychologów. Jej kluczowym założeniem jest maksymalizacja efektu, jaki w leczeniu uzyskać można przez różnorodne oddziaływania środowiskowe (np. niezwłoczne, do 24 godzin, spotkanie pacjenta, bliskiej mu społeczności oraz zespołu profesjonalistów celem wdrożenia szeroko zakrojonych pozafarmakologicznych metod oddziaływania czerpiących z terapii rodzinnej)¹⁰

⁸ A. Żaroń, *Psychiatria środowiskowa z punktu widzenia wybranych potrzeb psychologicznych*, „Psychiatria” 2018, 15(1), s. 45–49.

⁹ R. Lakeman, *The Finnish open dialogue approach to crisis intervention in psychosis: A review*, 2014, <https://www.mentalhealthcarersnsw.org/wp-content/uploads/2016/06/The-Finnish-open-dialogue-approach-to-crisis-intervention-in-psychosis-A-review.pdf> (dostęp: 4.06.2021).

¹⁰ *Ibidem*.

i idąca za tym minimalizacja potrzeby stosowania metod leczenia farmakologicznego bądź instytucjonalnego.

Stany Zjednoczone i Wielka Brytania mogą zostać z całą pewnością uznane za pionierów deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej, a w ślad za nimi Włochy i reforma, dla której motorem napędowym był włoski psychiatra Franco Basaglia. W kolejnych dziesięcioleciach do „reformy” przystępowały kraje zarówno europejskie (np. Niemcy w latach 70. czy Belgia, Holandia, Polska i inne), jak i pozaeuropejskie (np. Australia). Trend deinstytucjonalizacji oraz zastępowania oddziaływań szpitalnych/azyłowych środowiskowymi rozszerzał się, stopniowo odnajdując swoje odzwierciedlenie w zaleceniach Światowej Organizacji Zdrowia¹¹. Oczywiście tempo zmian, ich forma oraz efektywność są niezwykle zróżnicowane i dokładna ich analiza zasługuje na osobne opracowanie. Warto natomiast wspomnieć o kilku aspektach płynących z doświadczenia innych państw, które mogą mieć znaczenie dla zrozumienia wyzwań stojących obecnie przed reformą polskiej opieki psychiatrycznej.

Mając na uwadze deinstytucjonalizację opieki psychiatrycznej, należy uznać istnienie trzech kluczowych jej aspektów leżących u podstaw procesu¹²:

- redukcja liczby przyjęć do zakładów psychiatrycznych,
- skrócenie czasu pobytu,
- jak najszybsze wypisywanie pacjentów przewlekle chorych długo przebywających pod opiekę środowiskową.

Jak widać, nie wystarczy „zamykanie szpitali”. Celem jest stopniowe przemieszczanie ciężaru opieki psychiatrycznej z tej instytucjonalnej/szpitalnej/azyłowej do opieki środowiskowej, znajdując przy tym wyważony balans, oraz minimalizacja konieczności stosowania opieki psychiatrycznej w formie hospitalizacji, a nie jej likwidacja. Proces ten przybierał i przebiera różny kształt, w zależności od polityki poszczególnych państw, często opierając się na motywach pozamedycznych (np. finansowych) lub będąc przeprowadzany w sposób gwałtowny lub dysharmonijny, doprowadzając samych pacjentów i ich rodziny wielokrotnie do trudnych sytuacji, związanych chociażby z brakiem dostępu do usług alternatywnych wobec hospitalizacji.

Stany Zjednoczone w latach 50. XX w. przystąpiły dość intensywnie i z dzisiejszego punktu widzenia w sposób niewystarczająco przygotowany do przeprowadzenia reformy opieki psychiatrycznej. Rozpoczęto proces ograniczania szpitalnictwa psychiatrycznego, kładąc największy nacisk na „likwidację łóżek szpitalnych”, a więc wypisywanie hospitalizowanych pacjentów, ograniczanie liczby przyjęć do szpitala

¹¹ World Health Organization, *Mental health: New understanding, new hope*, 2001, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42390/WHO_2001.pdf?sequence=1&isAllowed=y (dostęp: 2.11.2021).

¹² H. T. Uffing, M. M. Ceha, G. H. Saenger, *The development of de-institutionalization in Europe*, „Psychiatric Quarterly” 1992, 63(3), s. 265–278.

i dostępności miejsc w zakładach zamkniętych. Zredukowano liczbę miejsc w szpitalach psychiatrycznych z 559 tys. do 154 tys. na przestrzeni lat 1955–1980¹³. Niestety z pewnym opóźnieniem i w sposób niewystarczający wprowadzano alternatywne formy opieki psychiatrycznej, co doprowadziło do licznych zaniedbań, których ocenę możemy zacytować: „Podejmowane tam radykalne działania doprowadziły do długofalowego pogorszenia warunków terapeutycznych i rehabilitacyjnych osób chorych psychicznie, obniżyły ich szanse zdrowotne, życiowe oraz przysporzyły trudności społeczności lokalnym”¹⁴. W jaki sposób rozumieć możemy tak postawiony wniosek w odniesieniu do reformy, której pryncypia podejmujemy jako istotne również dzisiaj, na polu polskiej reformy opieki psychiatrycznej? Kluczowy w odpowiedzi na to pytanie może być zarówno aspekt finansowy, jak również organizacyjny. Wśród krytyków z jednej strony podnoszone są głosy, które sugerują, iż reforma bardziej niż w trosce o pacjentów podjęta została ze względów finansowych dotyczących redukcji kosztów utrzymania szpitali psychiatrycznych, a z drugiej iż proces reformy przeprowadzony był bez zapewnienia alternatywnej formy terapii, w tym szeroko pojętych rozwiązań z zakresu psychiatrii środowiskowej (swoją drogą termin sformułowany został właśnie w Stanach Zjednoczonych)¹⁵. Polityka radykalnego minimalizmu w zakresie opieki stacjonarnej (zakłady zamknięte) bez odpowiednich instrumentów środowiskowych może prowadzić do zjawiska tzw. drzwi obrotowych (ang. *revolving door*), oznaczającego częste powroty do szpitala pacjentów zbyt szybko wypisywanych z placówek psychiatrycznych, oraz innych patologii¹⁶ (wymienianych tutaj w kontekście różnych procesów deinstytucjonalizacji, również poza Stanami Zjednoczonymi), w tym:

- wzrostu bezdomności wśród osób przewlekłe chorych psychiatrycznie,
- wzrostu stopnia kryminalizacji wśród pozbawionych opieki pacjentów¹⁷,
- wzrostu obciążenia rodzin i społeczności lokalnych, pozostawionych w pewnym stopniu „samym sobie”¹⁸.

Oceny reformy w USA są oczywiście różne, a jej proces podlega licznym usprawnieniom i ewaluacjom. Z punktu widzenia niniejszego opracowania istotne jest natomiast

¹³ Ch. Koyanagi, *Learning From History: Deinstitutionalization of People with Mental Illness As Precursor to Long-Term Care Reform*, 2007, <https://www.kff.org/wp-content/uploads/2013/01/7684.pdf> (dostęp: 29.10.2021), s. 4–12.

¹⁴ A. Żaroń, *op. cit.*

¹⁵ Zob. J. Wciórka, *Psychiatria środowiskowa: idea, system, metoda i tło*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2000, 9, s. 319–337.

¹⁶ T. Taylor Salisbury, H. Killaspy, M. King, *The relationship between deinstitutionalization and quality of care in longer-term psychiatric and social care facilities in Europe: A cross-sectional study*, „European Psychiatry” 2017, 42, s. 95–102.

¹⁷ H. R. Lamb, L. E. Weinberger, *Deinstitutionalization and other factors in the criminalization of persons with serious mental illness and how it is being addressed*, „CNS Spectrums” 2020, 25(2), s. 173–180.

¹⁸ M. Mokrzycka-Markowska, E. Drozdowicz, T. Nasierowski, *Deinstytucjonalizacja psychiatrii włońskiej – przebieg i skutki. Część II. Skutki deinstytucjonalizacji*, „Psychiatria Polska” 2015, 49(2), s. 405.

wzięcie pod uwagę również zagrożeń związanych z „nieostrożnym” przeprowadzaniem deinstytucjonalizacji w zakresie opieki psychiatrycznej. Cytując fragment opinii dotyczącej reformy amerykańskiej: „Podstawowym zarzutem wobec przemian zachodzących w psychiatrii stało się, że deinstytucjonalizacja jest *de facto* zrzeczeniem się opieki przez państwo nad najsłabszymi obywatelami i sprzyjaniem bezdomności. Szczególnie forma amerykańska wzbudziła duże kontrowersje jako pozbawienie chorych tego, co było ich dotychczasowym domem, i w praktyce pozostawienie na ulicy”¹⁹.

Ciekawym przykładem jest reforma brytyjska, gdzie w znacznym stopniu udało się zminimalizować ryzyko pozostawienia chorych bez odpowiedniego zaplecza i wsparcia dzięki dużemu zaangażowaniu podmiotów związanych z podstawową opieką zdrowotną w proces opieki psychiatrycznej²⁰. Ważnym z punktu widzenia niniejszej publikacji przykładem jest również reforma włoska, za której inicjatora uważa się Basaglię (1924–1980). Pierwsze inspiracje powstały po rozpoczęciu przez niego w 1961 r. pracy w szpitalu psychiatrycznym w miejscowości Gorycja, gdzie przejęty losem pacjentów tamtejszej placówki rozpoczął wprowadzanie tzw. polityki otwartych drzwi mającej na celu upodmiotowienie pacjentów poprzez takie oddziaływania, jak: umożliwienie posiadania prywatnych rzeczy, włączenie pacjentów do procesów decyzyjnych dotyczących ich leczenia, aktywizacja zawodowa i społeczna dzięki budowaniu aktywnej wspólnoty, zarówno pacjentów, jak i personelu, oraz angażowanie pacjentów w proste odpłatne prace czy aktywności wolontariackie, np. wydawanie lokalnej gazetki²¹. Działalność ta stopniowo coraz bardziej widoczna w przestrzeni publicznej ogólnokrajowej oraz przenoszona eksperymentalnie do innych placówek przez współpracowników Basaglii leżała u podstaw rodzącej się idei deinstytucjonalizacji włoskiej psychiatrii. W tym czasie również przeprowadzana była we Włoszech reforma opieki zdrowotnej, której jednym z elementów było ograniczenie liczby miejsc w szpitalach psychiatrycznych, powstanie ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej, decentralizacja zarządzania oraz wyjęcie pacjentów spod wyłącznej władzy sądów, umożliwiając im tzw. hospitalizację za zgodą²².

Kolejnym ważnym etapem było objęcie przez Basaglię funkcji dyrektora szpitala psychiatrycznego w Trieście w 1971 r. Efektem była początkowo podobna jak w Gorycji reforma funkcjonowania placówki, a po kilku latach jej zamknięcie oraz wprowadzenie ogólnokrajowej reformy psychiatrycznej w 1978 r. – znanej jako „prawo Basaglii” lub „ustawa 180”²³. Podjęte czynności z czasem doprowadziły do całkowitej likwidacji

¹⁹ K. Prot-Klinger, *Psychiatria środowiskowa między romantyzmem a pozytywizmem – próba integracji podejść*, „Psychiatria” 2013; 10(3–4), s. 101–108.

²⁰ H. T. Uffing, M. M. Ceha, G. H. Saenger, *op. cit.*

²¹ M. Mokrzycka-Markowska, E. Drozdowicz, T. Nasierowski, *Deinstytucjonalizacja psychiatrii włoskiej – przebieg i skutki. Część I...*

²² *Ibidem.*

²³ *Ibidem.*

szpitali psychiatrycznych. Podstawą działania systemu jest obecnie opieka środowiskowa, w tym centra zdrowia psychicznego (wł. *Centro di Salute Mentale*), małe (do 15 miejsc) oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych, miejsca dodatkowe w postaci mieszkań chronionych o różnym stopniu wsparcia personelu medycznego, łóżka interwencyjne bądź w ostateczności miejsca szpitalne w dzierżawionych od sektora prywatnego placówkach szpitalnych oraz cały szereg innego rodzaju oddziaływań środowiskowych skupionych bardzo mocno na integracji z lokalnymi społecznościami, np. poprzez organizację wydarzeń, których odbiorcami są nie tylko pacjenci leczenia psychiatrycznego. Oczywiście nie bez znaczenia pozostają głosy krytyczne, jak chociażby wspomniany już w innym kontekście zarzut, iż reforma obciążyła nadmiernie rodziny pacjentów²⁴. Szczegółowy opis włoskiej reformy oraz aktualnego stanu opieki psychiatrycznej we Włoszech wymaga opracowania wykraczającego poza ramy niniejszej publikacji, również z uwagi na fakt, iż system opieki psychiatrycznej jest w tym kraju bardzo zróżnicowany w zależności od regionu, co w dużej mierze wynika ze wspomnianej decentralizacji.

Warto wspomnieć, że w zakresie deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej możemy również mówić o jej wtórnej instytucjonalizacji²⁵. To nieco konfundujące stwierdzenie ująć można w sposób następujący: likwidacja instytucji związanych z opieką stacjonarną musi pociągać za sobą zorganizowanie innych form oddziaływania, które powinny funkcjonować w sposób zinstytucjonalizowany, a więc przede wszystkim dobrze zorganizowany i aktywnie zarządzany. Tak, aby zmaksymalizować efektywność przy minimalizacji strat, jakie może nieść za sobą luka pomiędzy procesem deinstytucjonalizacji a rozwojem alternatywnych form psychiatrii środowiskowej. Z tego powodu stwierdzić można, że reformę związaną z deinstytucjonalizacją przeprowadzać należy rozważnie i w odpowiednim tempie, zapewniającym płynne przejście jej beneficjentów spod opieki instytucjonalnej do środowiskowej. Zalecenie takie odnajdujemy chociażby we wspomnianym dokumencie WHO²⁶, gdzie wręcz ostrzega się przed zamykaniem szpitali psychiatrycznych bez wcześniejszego przygotowania opieki środowiskowej, jak również przed opóźnianiem deinstytucjonalizacji w przypadku obecnej już oferty opieki środowiskowej.

Omówione aspekty zostaną przedstawione w kontekście aktualnej reformy opieki psychiatrycznej w Polsce w dalszej części niniejszego opracowania.

²⁴ M. Mokrzycka-Markowska, E. Drozdowicz, T. Nasierowski, *Deinstytucjonalizacja psychiatrii włoskiej – przebieg i skutki. Część II...*

²⁵ G. C. Shen, L. R. Snowden, *Institutionalization of deinstitutionalization: a cross-national analysis of mental health system reform*, „International Journal Mental Health Systems” 2014, 8(1), s. 47.

²⁶ World Health Organization, *Mental health...*

3. Założenie deinstytucjonalizacji psychiatrii. Od zakładu do środowiska

Narodziny deinstytucjonalizacji związane są przede wszystkim z emancypacją obywatelską środowisk osób z problemami psychicznymi, na którą istotny wpływ miała zmiana sposobu spojrzenia na chorego także przez wielu psychiatrów w takich krajach jak USA czy Włochy²⁷. To proces bardzo złożony i różnicowany w zależności od szeregu zmiennych społeczno-kulturowych. Został zapoczątkowany i zdecydowanie łatwiej przebiegał w krajach o wysokim poziomie kapitału społecznego²⁸. Nie przypadkiem włoski psychiatra i faktyczny ojciec tamtejszej deinstytucjonalizacji Franco Basaglia swoje idee wcielał w życie w północnej części Włoch, w Trieście²⁹. Reforma psychiatrii zajęła zresztą 40 lat, a kluczowe zmiany w rejonach włoskiego południa wdrażane były pod naciskiem ustawodawstwa centralnego wymuszającego zmianę paradygmatu instytucjonalnego i zamykanie szpitali psychiatrycznych, a w ich miejsce tworzenie oddziałów w szpitalach wielospecjalistycznych, zintegrowanych z pozostałymi obszarami leczenia³⁰.

Doświadczenia włoskie mogą być szczególnie cenne dla Polski. Wskazują bowiem na konieczność stosowania zróżnicowanych strategii zmiany w zależności od warunków społeczno-kulturowych, w tym na potrzebę kreowania unitarnych rozwiązań i określenia efektywnych mechanizmów sankcyjnych w celu wymuszenia wdrażania zmian, przy jednoczesnej potrzebie rozwijania oddolnych mechanizmów partycypacyjnych i angażowaniu szerokiego spectrum aktorów społecznych w proces zmian. Chodzi tu zwłaszcza o organizacje pozarządowe, które w systemach psychiatrii środowiskowej dostarczają szereg usług społecznych i społeczno-zdrowotnych, wypracowując efektywne strategie terapii oparte w dużej mierze na pełnym zaangażowaniu oraz włączaniu członków lokalnej społeczności w proces terapeutyczny. Tym samym sprawiają, że terapia faktycznie uzyskuje wymiar *community* bazujący niejednokrotnie na altruistycznym zaangażowaniu – wolontariacie,

²⁷ Por. Ch. Koyanagi, op. cit., s. 4–12.

²⁸ Por. R. Putnam, *Demokracja w działaniu. Tradycje obywatelskie we współczesnych Włoszech*, tłum. J. Szacki, Kraków 1995, s. 13–27, 126–183.

²⁹ M. Mokrzycka-Markowska, E. Drozdowicz, T. Nasierowski, *Deinstytucjonalizacja psychiatrii włoskiej – przebieg i skutki. Część I...*

³⁰ *Ibidem*.

znosząc tym samym jeden z głównych mankamentów wcześniejszego systemu wsparcia – skrajny często merkantylizm relacji terapeutycznej, zaangażowanie „od do” i odczucie pustki społecznej osoby w terapii pomimo pozostawania w procesie terapeutycznym³¹.

3.1. Stary ład instytucjonalny. Od „zakładu” w stronę zintegrowanego wsparcia w środowisku życia

Deinstytucjonalizacja definiowana jest jako proces odchodzenia w określonych obszarach polityki społecznej, w tym zwłaszcza w psychiatrii, od usług świadczonych na podstawie niezintegrowanych z daną społecznością lokalną instytucji-zakładów w kierunku skorelowanych ze sobą usług medycznych i społecznych dostarczanych przez podmioty związane ściśle z lokalną społecznością i bazujące na optymalnym wykorzystaniu jej zasobów. Zasoby te powinny być uzupełniane, w przypadku istotnych deficytów, przez adekwatne dla danego obszaru instytucje publiczne, w tym system ochrony zdrowia³². Deinstytucjonalizacja miała oznaczać istotną zmianę jakościową³³. Proces ten nie stanowi więc próby zniesienia wszelkiego ładu instytucjonalnego, lecz wiąże się z reinstytucjonalizacją działań społecznych według innego wzoru, który wymaga dla swojego zaistnienia m.in. specyficznych zasobów społecznych i kulturowych³⁴. W dyskursie poświęconym zmianie modelu psychiatrii często abstrahuje się od tych kwestii, dokonując swoistego redukcjonizmu i sprowadzając problem do spraw organizacyjnych i finansowych³⁵. Wydaje się, iż jednym z warunków udanej transformacji instytucjonalnej powinno być możliwie dokładne określenie punktu dojścia wraz z wyznaczeniem „mapy drogowej”, która określać będzie proces transformacji instytucjonalnej od ciągle dominujących w polskim krajobrazie ochrony zdrowia psychicznego szpitali-zakładów³⁶ do przyjętego modelu systemu psychiatrii środowiskowej.

³¹ Por. M. J. Jabłoński et al., *Nowe zagrożenia dla psychoterapii w Polsce po transformacji ustrojowej lat 80. XX wieku*, 2014, <https://journals.viamedica.pl/psychiatria/article/view/38984/32042> (dostęp: 29.10.2021).

³² Zob. Europejska Grupa Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki świadczonej na poziomie Lokalnych Społeczności, *op. cit.*, s. 28.

³³ Wygląda na to, że wdrażanie deinstytucjonalizacji stanowi dobrą okazję do organizacji tego obszaru polityki zdrowotnej zgodnie z konstytucyjną zasadą subsydiarności. W obecnym kształcie systemu ochrony zdrowia zasada ta, która zgodnie z polską konstytucją powinna być jednym z wyznaczników tworzenia wszystkich polityk społecznych, wydaje się być nieobecna. Obecnie brak bowiem mechanizmów gwarantujących włączanie zasobów jednostki i jej środowiska życia w proces terapeutyczny. Leczenie nie jest powiązane praktycznie z miejscem zamieszkania danej osoby i może być prowadzone w oderwaniu od tego kontekstu.

³⁴ Zob. J. Wciórka, *Psychiatria środowiskowa: idea...*

³⁵ Por. W. Skiba, *Uwarunkowania wdrażania deinstytucjonalizacji w obszarze ochrony zdrowia psychicznego w Polsce*, „Społeczeństwo i Ekonomia” 2017, 2(8), s. 95.

³⁶ Szpitali-zakładów jako synonimu instytucji, która współcześnie posiada cechy klasyfikujące ją blisko goffmanowskiej instytucji totalnej, na co wskazują m.in. S. Chow i W. Piebe: *Understanding psychiatric institutionalization: A conceptual review*, „BMC Psychiatry” 2013, 13, s. 169–182. Zob. też: E. Goffman,

Jak określiła to w swoim raporcie Doraźna Grupa Ekspertów³⁷, zakład definiowany jest w zależności od krajowych uwarunkowań prawnych i kulturowych. Nie definiuje się go na podstawie rozmiaru, biorąc pod uwagę liczbę pensjonariuszy, lecz mówi się o swoistej „kulturze instytucjonalnej” na podstawie określonego syndromu cech związanych z tradycją definiowania instytucji totalnych w naukach społecznych. Za „zakład” możemy uznać placówkę opieki stacjonarnej, w tym szpital psychiatryczny czy dom pomocy społecznej (DPS), gdzie:

- pensjonariusze są odizolowani od ogółu społeczności lub zmuszeni mieszkać razem; element przymusu występuje zarówno w szpitalach psychiatrycznych, jak i w domach pomocy społecznej dla osób ze schorzeniami psychicznymi;
- osoby korzystające z opieki nie mają wystarczającej kontroli nad swoim życiem i nad decyzjami, które ich dotyczą – w obu wspomnianych typach placówek programy terapeutyczne nie uwzględniają zasady *empowerment*;
- wymagania organizacyjne mają zazwyczaj pierwszeństwo przed indywidualnymi potrzebami mieszkańców; pobyt zarówno w szpitalu psychiatrycznym, jak i w DPS podporządkowany jest *stricte* formalnym rygorom w formie regulaminów, co nie zawsze znajduje oparcie w wymaganiach wynikających z terapii.

W przypadku form wsparcia tworzących system ochrony zdrowia psychicznego liczy się ich rozmiar. W rzeczonym dokumencie czytamy: „Rozmiar jest zarazem ważnym czynnikiem przy rozwijaniu nowych usług świadczonych przez społeczności lokalne. Mniejsze skupiska miejsc zamieszkania o bardziej spersonalizowanym charakterze częściej dają użytkownikom usług możliwość wyboru i decydowania o własnym życiu, pozwalając świadczyć usługi ukierunkowane na ich potrzeby. Opracowując strategie przejścia od opieki instytucjonalnej do usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności, niektóre kraje decydują się ograniczyć maksymalną liczbę użytkowników, którzy mogą zostać umieszczeni w tym samym środowisku [...]. Należy jednak zauważyć, że niewielki rozmiar obiektów mieszkalnych nie gwarantuje sam w sobie eliminacji kultury instytucjonalnej. Na świadczone usługi wpływa wiele innych czynników, jak np. możliwość dokonywania wyborów przez pensjonariuszy, poziom i jakość udzielanego wsparcia, sposobność uczestnictwa w życiu społeczności oraz wdrożone systemy zapewnienia jakości. W niektórych przypadkach ludzie mogą zostać zmuszeni do poddania się określonej terapii, aby uzyskać dostęp do usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności. W takich przypadkach kultura instytucjonalna przeważa, mimo

Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych, tłum. J. Łaszczyk, Gdańsk 2011.

³⁷ Za: Europejska Grupa Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki świadczonej na poziomie Lokalnych Społeczności, *op. cit.*, s. 10 i nast.

że same usługi nie muszą mieć charakteru instytucjonalnego”³⁸. Wskazany fragment raportu podkreśla wielowymiarowość zmiany i potencjalnie związane z tym problemy z jej wdrożeniem. Doświadczył tego nasz kraj w przypadku wspomianej w tej publikacji poprzedniej próby reformy, gdy konieczność kompleksowej zmiany spowodowała całkowite fiasko projektu. (Zmiana ta zakładała konieczność bliskiej współpracy i koordynacji działań przez szereg instytucji publicznych, które do tej pory zwykle nie współpracowały ze sobą, a na pewno nie w odniesieniu do tak złożonych, „rewolucyjnych” zmian). Szersze omówienie przyczyn oraz ewentualnych implikacji dla bieżącej reformy znajduje się w kolejnym rozdziale książki oraz w przypisie na początku rozdziału trzeciego.

Autorzy raportu wskazują na dużą medykalizację wsparcia, jako bardzo istotny wyróżnik instytucji-zakładów, dla osób z problemami psychicznymi na tle innych instytucji o zbliżonej charakterystyce instytucjonalnej, służących jednakże innym kategoriom pensjonariuszy bądź takich, w których kryterium przyjęcia nie są problemy psychiczne. Zauważają, iż w przypadku leczenia psychiatrycznego dochodzi do nieuprawnionego względami medycznymi rozszerzenia pomocy na przypadki wymagające wsparcia społecznego: „Zakłady psychiatryczne różnią się w wielu aspektach od domów opieki społecznej i pozostałych rodzajów stacjonarnych zakładów opieki długoterminowej dla innych grup pensjonariuszy. Zakłady stacjonarne dla osób mających problemy ze zdrowiem psychicznym są zazwyczaj placówkami przede wszystkim leczniczymi. Często chodzi tu o szpitale psychiatryczne i zarządzane przez personel medyczny oddziały psychiatryczne szpitali ogólnych. Podstawą przyjęcia jest diagnoza psychiatryczna, a terapia ma charakter medyczny i jest prowadzona przez psychiatrów oraz innych pracowników służby zdrowia. Ponadto zakłady dla osób mających problemy ze zdrowiem psychicznym są często finansowane przez organy odpowiedzialne za opiekę zdrowotną lub z budżetu służby zdrowia, nie zaś usług socjalnych. Należy wprowadzić wyraźne rozróżnienie między leczeniem psychiatrycznym jako formą świadczenia usług opieki zdrowotnej a pobytem w zakładzie jako formą terapii społecznej dla osób mających problemy ze zdrowiem psychicznym (lub sposobem ich odizolowania). Jednym z głównych powodów umieszczania takich osób w zakładach jest brak środowiskowych usług socjalnych, co prowadzi do dyskryminacji i wykluczenia społecznego osób mających problemy ze zdrowiem psychicznym”³⁹. Należy w tym miejscu zauważyć, że powyższy opis stanowi w zasadzie dokładne odzwierciedlenie polskiego systemu ochrony zdrowia psychicznego. Nie licząc bardzo niszowych specjalistycznych usług opiekuńczych⁴⁰

³⁸ *Ibidem*, s. 26.

³⁹ *Ibidem*.

⁴⁰ Przykładowo we Wrocławiu ta forma wsparcia, udzielanego na podstawie decyzji wydawanych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, świadczona jest w ciągu roku jedynie 40–50 osobom ze schorzeniami psychicznymi i od lat nie ulega istotnym zmianom (źródło: dane Gminy Wrocław).

i wyspowej aktywności niewielu organizacji pozarządowych koncentrujących się na terenie największych miast, nie ma charakteru systemowego, tylko stanowi odbicie wolontariatu, projektowych działań różnych organizacji społecznych⁴¹.

Warunkiem przejścia od zakładu do środowiska jest więc reinstytucjonalizacja⁴² znacznego obszaru polityk publicznych odpowiedzialnego za udzielanie wsparcia dla osób z problemami psychicznymi. Odnosi się to także do różnych innych polityk publicznych potencjalnie adresowanych horyzontalnie do wszystkich kategorii społecznych, których członkowie znajdują się w położeniu uzasadniającym, w świetle zasad danej polityki, interwencję, jak pomoc społeczna, instytucje rynku pracy, rehabilitacji zawodowej, edukacji. Do tej pory zwykle nie uwzględniały one sprzężenia problemów generowanego przez występowanie choroby czy zaburzeń psychicznych i powodowanej przezeń swoistej „negatywnej synergii”. Odpowiedzią na siłę tego ujemnego wzmocnienia przy próbach przezwycięzania trudności osób z problemami psychicznymi w dowolnym istotnym obszarze aktywności życiowej, wynikającym z aktualnie odgrywanych ról społecznych czy ról, do których pełnienia jednostka (z racji np. wieku) powinna się przygotowywać, nie była i nadal nie jest integracja działań wspierających, w ramach zindywidualizowanych planów łączących zasoby różnych instytucji niezbędnych dla przezwyciężenia danej konstelacji problemów. W efekcie szereg polityk publicznych, jak np. aktywizacja zawodowa osób z niepełnosprawnością, w odniesieniu do osób z problemami psychicznymi przynosi ciągle niezadowalające rezultaty w przypadku braku stosowania zindywidualizowanych metod terapii⁴³.

3.2. Społeczno-kulturowe uwarunkowania wdrożenia deinstytucjonalizacji. Zmienna krytyczna?

Analizując proces zmiany instytucjonalnej w innych państwach, w szczególności w Europie Zachodniej, dochodzimy do wniosku, że nie można w ocenie szans, tempa i jakości wdrażania nowego modelu wsparcia abstrahować od uwarunkowań społeczno-kulturowych⁴⁴. Istotną zmienną różnicującą szanse szybkiej i efektywnej implementacji nowych rozwiązań jest poziom wspomnianego już kapitału społecznego. Jak opisano

⁴¹ Dobrym wskaźnikiem jest tu liczba hosteli prowadzonych ze środków NFZ. W 2019 r. w ramach kontraktów z NFZ funkcjonowało osiem hosteli zlokalizowanych w sześciu województwach. W województwie mazowieckim zlokalizowane były trzy hostele, a w dziesięciu województwach nie było żadnego (źródło: Opracowanie DAIS na podstawie danych NFZ za: basin.mz.gov.pl).

⁴² Por. W. Skiba, *Uwarunkowania wdrażania...*, s. 94–103.

⁴³ J. Botti, T. Hagdorn, *Rehabilitacja się opłaca. Wyniki projektu benchmarkingowego*, wystąpienie na konferencji *Rehabilitation – value for societies in Europe*, DGUV, Berlin, 2014.

⁴⁴ M. Mokrzycka-Markowska, E. Drozdowicz, T. Nasierowski, *Deinstytucjonalizacja psychiatrii włońskiej – przebieg i skutki. Część II...*, s. 405.

w artykule poświęconym uwarunkowaniom przeprowadzenia tego procesu w Polsce w 2017 r., a więc jeszcze przed rozpoczęciem funkcjonowania pierwszych centrów środowiskowych⁴⁵, cechy ułatwiające wdrożenie i determinujące jego jakość mogą być powiązane przede wszystkim z poziomem zaangażowania obywatelskiego, odpowiedniej jakości sieciami społecznymi. W oparciu o nie z kolei tworzone mogą być wysokiej jakości instytucje wypełniające swoistą „próżnię instytucjonalną”, która występuje na początku procesu wdrażania zmian.

Obserwuje się niską skłonność członków lokalnych społeczności do kooperacji wokół celów, które można by uznać za dobro wspólne, co implikuje w rezultacie brak odpowiedniego wysycenia tkanki społecznej sieciami powiązań występujących np. w postaci dobrowolnych stowarzyszeń działających w obszarach kluczowych. Z punktu widzenia aktualnej wiedzy o determinantach procesu zdrowienia w zakresie schorzeń psychicznych (takich jak codzienne wzajemne wsparcie, wspólne aktywności czasu wolnego, samopomoc w obszarach zgłaszanych przez członków wspólnoty jako problemy, umiejętność kooperacji z podmiotami publicznymi) powstaje więc konieczność utworzenia substytutu tych instytucji i struktur przez agendy administracji publicznej odpowiedzialne za rozwiązywanie tej kategorii problemów społecznych. Otwarte pozostaje pytanie o efektywność takiej substytucji w polskich warunkach. Mając jednak na względzie ogólną niską strawność sektora publicznego i jego orientację na procedury, a nie na rezultat, należy uznać wskazaną próżnię instytucji obywatelskich za potencjalnie bardzo istotne uwarunkowanie szans wdrożenia efektywnej psychiatrii środowiskowej w Polsce, która będzie realnie nie tylko „odszpitalniać”, ale i demedykalizować ten obszar.

Podobne doświadczenia wiążą się z wdrażaniem reform instytucjonalnych we Włoszech⁴⁶, w tym reformy włoskiej psychiatrii, gdzie wskazane miękkie zasoby kapitałowe wydają się warunkiem koniecznym wykreowania wysokiej jakości systemu psychiatrii środowiskowej⁴⁷. Deinstytucjonalizacja w krajach, które pomyślnie wdrożyły ten proces, była czymś zdecydowanie więcej niż odgórnie zarządzoną zmianą polityki w obszarze zdrowia publicznego oraz pomocy społecznej i usług społecznych. Stanowiła wyraz znacznie szerszej zmiany społeczno-kulturowej, bazującej bardziej na wykorzystaniu zasobów społeczno-kulturowych niż na „dosypywaniu” pieniędzy do systemu ochrony zdrowia. Do tego zaś często próbuje się sprowadzić problem w Polsce, tak w debacie publicznej, jak i w realnych działaniach, gdzie za zmianą wyceny procedur medycznych zwiększających finansowanie często nie idą wystarczające gwarancje dla wymuszenia odpowiednich zmian jakościowych przekładających się na efekty leczenia.

⁴⁵ W. Skiba, *Uwarunkowania wdrażania...*

⁴⁶ Por. R. Putnam, *op. cit.*

⁴⁷ *Ibidem*, s. 251–276.

O jakości zmiany w znacznej mierze decydowały nie tylko parametry funkcjonowania instytucji publicznych, ale także określone cechy całego społeczeństwa i lokalnych społeczności⁴⁸. Należy mieć na uwadze, że omawiane właściwości danego społeczeństwa i jego kultury są kształtowane przez długotrwałe procesy społeczne, na które polityki publiczne z konieczności mogą wywierać stosunkowo niewielki wpływ⁴⁹.

Jak wskazano we wcześniejszej analizie⁵⁰, z wymienionych powyżej względów ocena uwarunkowań deinstytucjonalizacji i jej perspektyw wymaga wyjścia poza abstrahujące od przyczyn systemowych ramy analizy dokonanej przez Najwyższą Izbę Kontroli⁵¹. Należy jednak zauważyć, iż jest to prawdopodobnie najgłębsza i jedyna całościowa analiza, przeprowadzona na bazie określonej metodyki. Jej krytyczny i demaskatorski wydźwięk obnażył pozorność działań instytucji publicznych, w tym Ministerstwa

⁴⁸ W. Skiba, *Uwarunkowania wdrażania...*, s. 96.

⁴⁹ Pomimo pewnego niedookreślenia pojęcia kapitału społecznego i różnych wieloznaczności w jego definiowaniu, które mogą stanowić pewien mankament w badaniu wpływu tego zasobu na jakość rządzenia, na co zwraca uwagę m.in. I. Breuskin: *Social Capital and Governmental Institutions*, 2012, https://ethz.ch/content/dam/ethz/special-interest/gess/cis/cis-dam/CIS_DAM_2015/WorkingPapers/Living_Reviews_Democracy/Breuskin.pdf (dostęp: 29.10.2021). Zob. P. Sztompka, *Zaufanie. Fundament społeczeństwa*, Kraków 2007, s. 295–298. Należy wskazać na bardzo prawdopodobny bezpośredni związek kapitału społecznego z efektywnością rządzenia i wielkością ryzyka efektywnego wdrażania reform, co sygnalizuje m.in. wyżej wymieniona publikacja. Interesującym uzupełnieniem koncepcji Roberta Putnama, w części dotyczącej związków kapitału społecznego i efektywności rządzenia, jest np. opracowanie C. Boix i D. N. Posner, w którym autorzy wskazują m.in. na bezpośrednie powiązanie pomiędzy kapitałem społecznym a zdolnością rządów do wprowadzania innowacji i bardziej elastycznego podejścia do tworzenia różnych polityk. Zob. Boix C., Posner D. N., *Making Social Capital Work: A Review of Robert Putnam's Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*, 1996, <https://web.mit.edu/posner/www/papers/9604.pdf> (dostęp: 29.10.2021).

⁵⁰ W. Skiba, *Uwarunkowania wdrażania...*, s. 96.

⁵¹ W przeprowadzonej kontroli NIK negatywnie oceniła realizację założonych celów i niezrealizowanie większości zadań zaplanowanych w NPOZP na lata 2011–2015. Negatywna ocena odnosiła się zarówno do administracji rządowej, jak i samorządowej. NPOZP zakładał m.in. zmianę organizacji i poprawę efektywności opieki psychiatrycznej, tymczasem w ogóle nie zabezpieczono środków finansowych na rozpoczęcie realizacji zakładanych zadań. Minister zdrowia nie zrealizował pilotażu wdrożenia środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej, a nawet nie opracował niezbędnych procedur i standardów opieki medycznej i środowiskowej, które były niezbędne, aby takie wdrożenie w ogóle mogło się rozpocząć. Minister nie podjął żadnych kroków, aby przeszkolić kadry potrzebne do rozpoczęcia wdrażania modeli psychiatrii środowiskowej. Niemal zupełny brak aktywności cechował także inne instytucje mające, zgodnie z NPOZP, zadania do wykonania w reformie psychiatrii. Minister edukacji narodowej nie opracował programów promocji i profilaktyki zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży, pomimo narastania takich problemów zdrowotnych w tej części populacji, a samorządy cechował brak jakiegokolwiek aktywności ukierunkowanej na osiągnięcie przypisanych im celów NPOZP, takich jak upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrii, rozwoju zróżnicowanych form wsparcia dla osób z problemami psychicznymi, w tym aktywizacji społeczno-zawodowej. Samorządy, jako organy założycielskie przytłaczającej większości zakładów opieki zdrowotnej prowadzących leczenie szpitalne w psychiatrii, nie angażowały się w zakładane w NPOZP tworzenie warunków realizacji świadczeń zdrowotnych zgodnych z modelem psychiatrii środowiskowej. W szczególności nie prowadzono reorganizacji szpitali psychiatrycznych, których celem byłoby stopniowe lokowanie oddziałów podstawowej psychiatrycznej opieki stacjonarnej do szpitali ogólnych. Za: NIK, *Informacja o wynikach kontroli. Realizacja zadań narodowego programu ochrony zdrowia psychicznego*, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,12692,vp,15090.pdf> (dostęp: 30.10.2021), s. 4–52.

Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), odgrywających czołową rolę w procesie, i – jak się wydaje – przyczynił się do dość szybkiego powrotu do wdrażania zmiany w psychiatrii.

Tym razem proces reformy wygląda na lepiej przygotowany. Oprócz opracowania i przyjęcia dokumentów strategicznych wdrożono również akty wykonawcze określające szczegółową mapę drogową reformy i rozpoczęto jej pilotaż. Jednakże zarówno określony przepisami prawa kształt reformy, jak i omawiane w dalszej części pracy pierwsze efekty wskazują, że potrzebne jest uwzględnienie najistotniejszych kontekstów i uwarunkowań wdrażania tak głębokiej zmiany, aby zarządzać procesem wdrożenia i maksymalizować szansę na osiągnięcie założonych celów. Wydaje się, że takim istotnym determinantem oceny szans zmiany instytucjonalnej jest ciągle niski poziom kapitału społecznego cechujący polskie społeczeństwo. Na istotne deficyty zasobów kapitałowych w tym względzie wskazywały wyniki diagnozy społecznej. W trakcie jej realizacji w latach 2000–2015 kapitał społeczny rozumiano w sposób bardzo zbliżony do ujęcia Roberta Putnama – jako „sieci społeczne regulowane normami moralnymi lub zwyczajem (a nie, lub nie tylko, formalnymi zasadami prawa), które wiążą jednostkę ze społeczeństwem w sposób umożliwiający jej współdziałanie z innymi dla dobra wspólnego”⁵². Był on przedmiotem cyklicznego pomiaru (poprzez takie wskaźniki jak uogólnione zaufanie interpersonalne, przynależność do dobrowolnych organizacji i pełnienie w nich funkcji, wolontariat, pozytywny stosunek do demokracji) i analiz, także pod kątem wpływu na rozwój społeczno-gospodarczy. Autorzy raportu z 2015 r. konkludują: „Jeśli odpowiednio wysoki poziom kapitału społecznego jest istotą społeczeństwa obywatelskiego, zdolnego do wspólnotowego rozwoju w coraz bardziej konkurencyjnym otoczeniu rynkowym, to Polska z bardzo niskimi wskaźnikami czynników składających się na kapitał społeczny nie ma najlepszych perspektyw”⁵³. Zgodnie z cytowanym w diagnozie badaniem European Social Survey Polska zajmuje jedno z ostatnich miejsc wśród krajów objętych badaniem. Z opinią, iż „większości ludzi można ufać”, zgadzało się w Polsce kilkakrotnie mniej respondentów niż np. w Danii (w przypadku tego kraju aż czterokrotnie mniej)⁵⁴.

W ciągu ostatnich lat nie zaszły w tym względzie istotne zmiany, co potwierdza sondaż CBOS z 2020 r. wskazujący na uogólnioną nieufność na poziomie 76%, podobnie jak rok wcześniej⁵⁵. Uwzględnienie w założeniach reformy psychiatrii niskiego poziomu kapitału społecznego jako czynnika wpływającego na szansę wdrożenia zgodnie

⁵² *Diagnoza społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków. Raport*, red. J. Czapiński, T. Panek, 2015, http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2015.pdf (dostęp: 15.09.2017), s. 351.

⁵³ *Ibidem*.

⁵⁴ *Ibidem*.

⁵⁵ CBOS, *Zaufanie społeczne*, nr 43/2020, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K_043_20.PDF (dostęp: 12.10.2021).

z przyjętymi założeniami powinno stać się częścią strategii wdrażania reformy psychiatrii w Polsce. W psychiatrii środowiskowej określonej jakości relacje są równie ważnym elementem procesu terapeutycznego, mogą stanowić jej element, niezastępowalny inną formą terapii (np. farmakoterapią, pobytem szpitalnym). Nie sposób spodziewać się sukcesu przedsięwzięcia w sytuacji, w której na poziomie realizowanego pilotażu trudno uzyskać właściwe parametry funkcjonowania zmienionej organizacyjnie psychiatrii (centrum zdrowia psychicznego zamiast dotychczasowego szpitala). Poza zmianą formalno-prawną dokonaną dzięki wejściu w życie odpowiednich przepisów niewiele bowiem (lub nic) zmieniło się w zasadach funkcjonowania personelu i oferowanych usługach, gdyż zmiana angażuje dotychczasowych aktorów, dla których realizacja partykularnych interesów zakłada zachowanie *status quo*. (Zwłaszcza dotyczy to personelu medycznego, ale także osób zarządzających, dla których zmiana głęboka oznacza zawsze istotne ryzyko, którym trzeba odpowiednio zarządzać).

Brak silnych sieci społecznych reprezentujących interesy osób z problemami psychicznymi i prezentujących punkt widzenia ich oraz ich otoczenia społecznego wydają się być jedną z przyczyn dominacji narracji środowisk medycznych skupionych – z racji dotychczasowej organizacji systemu – w szpitalach psychiatrycznych, które w dalszym ciągu dominują w definiowaniu tego problemu społecznego i określaniu najlepszych metod jego rozwiązywania. Stąd dominująca paradoksalnie w dyskursie teza o kluczowej roli szpitali psychiatrycznych w reformie, choć odejście od tej formy leczenia w zasadzie stanowi jedno z założeń reformy⁵⁶. Słuszne wydają się więc założenia przedstawione w *Ogólnoeuropejskich wytycznych...* dla zbudowania wysokiej jakości wsparcia psychiatrii środowiskowej⁵⁷.

Przed przystąpieniem do wdrożenia zmiany w danym układzie lokalnym istotna jest ocena wskaźników charakteryzujących zasoby społeczno-kulturowe składające się na kapitał społeczny. Niski poziom zaufania społecznego sam w sobie wydaje się być wyznacznikiem postaw względem osób z doświadczeniem choroby psychicznej, na co

⁵⁶ Raport z pierwszego etapu pilotażu Ministerstwa Zdrowia wskazuje, że pomimo znacznego zwiększenia finansowania i formalnego zobowiązania podmiotów realizujących pilotaż do głębokiej reformy sposobu udzielania świadczeń zmiany są niewielkie. Pomiar dotyczący wskaźników ilościowych wskazuje na poprawę dostępności do świadczeń, ale nie na zmianę modelu leczenia, bo trudno za taki uznać niewielkie zmniejszenie liczby hospitalizacji bez wdrożenia integrowanych usług społecznych i z fasadową jedynie koordynacją opieki. Symptomatyczna jest lista podmiotów realizujących pierwszy etap pilotażu zdominowana przez szpitale psychiatryczne i kryteria kwalifikacji do uczestnictwa w pilotażu bezwzględnie faworyzujące ten typ placówek. Patrz: M. Balicki, *Analiza udzielonych świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej w pierwszym okresie pilotażu*, 2020, https://czp.org.pl/wp-content/uploads/docs/Analiza%20-%20ocena%20realizacji%20pilota%C5%BC%87u_prezentacja.pdf (dostęp: 29.10.2021).

⁵⁷ Zob. Europejska Grupa Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki świadczonej na poziomie Lokalnych Społeczności, *op. cit.*, s. 93–113, 158–166.

wskazują wyniki badań nad polskim społeczeństwem⁵⁸. Zapewne postawy tego typu wzmagają nieufność względem osób cechujących się pewną odmiennością (a więc w szczególności tych, których elementy zachowania odbiegają od zwyczajowej normy), potęgują uprzedzenia i stereotypy. Tym samym istotnie utrudniają terapię, chociażby przez wydatne utrudnienie tworzenia i wdrożenia części narzędzi i metod terapii uznanych powszechnie za efektywne, jak procedura otwartego dialogu czy udział ekspertów przez doświadczenie, których funkcjonowanie wydaje się być ściśle skorelowane z istnieniem sieci powiązań i wysokim poziomem zaufania. Doświadczenia włoskie wskazują, że samo zastąpienie atmosfery nieufności, wyobcowania i osamotnienia, w której funkcjonuje osoba dotknięta problemem psychicznym, atmosferą zrozumienia i akceptacji uzyskaną w procesie zaspokajania potrzeby afiliacji wydatnie ogranicza rozwój stanów psychicznych uznawanych za patologiczne, w tym w szczególności ciężkich psychoz, i sprzyja zdrowieniu⁵⁹. Z drugiej strony, jak już dowiódł Putnam i co przyznaje w odniesieniu do polskich warunków Janusz Czapiński, brak wskazanych zasobów zwiększa ryzyko niepowodzenia efektywnego wdrażania reform usług publicznych. Niski kapitał społeczny działa więc destrukcyjnie na reformę psychiatrii tak w wymiarze terapeutycznym, jak i organizacyjnym (systemowym).

Skoro nie możemy w łatwy sposób szybko zwiększyć zaufania czy skłonności do kooperacji w ramach struktur sieciowych zarówno w skali kraju, jak i układów lokalnych, możemy chociaż spróbować zarządzać tak zdefiniowanym ryzykiem niepowodzenia wdrażania reformy ze względu na deficyt wskazanych kapitałów. Wspomnieć tu należy o omawianej przez Piotra Sztompkę roli państwa w kreowaniu zaufania poprzez choćby stanowienie jasnego, przewidywalnego i trwałego prawa⁶⁰. Innym przedsięwzięciem w skali odpowiadającej w przybliżeniu terenowi działania centrów zdrowia psychicznego powinna być inwentaryzacja potrzebnych zasobów kulturowych i angażowanie ich w projekt zmian. Dotyczyć to powinno organizacji pozarządowych, grup samopomocowych, wolontariatu w lokalnej społeczności, liczby placówek charakterystycznych dla modelu środowiskowego: środowiskowych domów samopomocy, ośrodków interwencji kryzys-

⁵⁸ Zob. CBOS, *Stosunek do osób chorych psychicznie*, BS/147/2012, https://cbos.pl/PL/wydarzenia/79_spotkanie/MG_Stosunek_do_osob_chorych_psychicznie_6_11_2019.pdf (dostęp: 29.10.2021).

⁵⁹ Na bezpośredni związek pomiędzy jakością wsparcia społecznego (w szczególności szybkiej interwencji polegającej na udzieleniu szybkiego wsparcia społecznego –wszechstronnego zaopiekowania) a w razie potrzeby także wsparcia medycznego wskazywały w trakcie wielu odbytych wizyt studyjnych osoby odpowiedzialne za organizację i prowadzenie opieki nad osobami z problemami psychicznymi na terenie Triestu i Modeny we Włoszech. W szczególności podkreślano rolę szybkiej i spełniającej zdefiniowane kryteria jakościowe interwencji społecznej w zapobieganiu rozwojowi ciężkich stanów psychotycznych, co ma bezpośredni wpływ na liczbę hospitalizacji i umożliwia utrzymywanie szokująco niskiej, jak np. na polskie standardy, liczby łóżek szpitalnych (np. dla Triestu 6 łóżek psychiatrycznych w szpitalu ogólnym).

⁶⁰ P. Sztompka, *op. cit.*

wej, spółdzielni socjalnych oraz innych form wsparcia prowadzonych przez podmioty niepubliczne. Stworzenie na podstawie takich danych map infrastruktury społecznej pozwoliłoby ocenić, na ile reprezentowane są wszystkie konieczne formy świadczenia usług, a tym samym oszacować szanse stworzenia kompleksowego systemu wsparcia środowiskowego. Opis zasobów i diagnoza powinny poprzedzać proces wdrażania zmiany instytucjonalnej na danym terenie i skutkować dostosowaniem rozwiązań do lokalnej specyfiki, a także działaniami mającymi na celu uzupełnienie zasobów koniecznych dla realizacji przedsięwzięcia. Pełna charakterystyka wsparcia zasobów i środków istotnych dla psychiatrii środowiskowej pozwoli odpowiedzieć na pytanie, które społeczności są lepiej przygotowane na wdrożenie nowego modelu wsparcia, a które gorzej⁶¹. W przypadku braków w zasobach potrzebne byłyby właściwe działania animacyjne, choćby w zakresie wspierania tworzenia lokalnych organizacji pomocowych, inicjowania wolontariatu i podobnych przedsięwzięć, wraz z oceną ich efektów przed rozpoczęciem wdrożenia reformy w danym układzie lokalnym. Tworzenie nowej jakości w psychiatrii powinno odbywać się ze świadomością zależności od tych działań towarzyszących, które kreują warunki społeczno-kulturowe stanowiące swoiste podglebie dla efektywnej opieki środowiskowej.

3.3. Psychiatria środowiskowa – model docelowy. Dokąd zmierzamy?

Polski źródłosłów psychiatrii środowiskowej nie oddaje w pełni angielskiego odpowiednika *community psychiatry*. Wiele autorytetów dziedziny zaangażowanych w proces zmiany, w tym Jacek Wciórka, podkreśla ten niuans, wskazując, iż lepszą nazwą byłaby psychiatria wspólnoty lokalnej. Wspomniany badacz chyba najpełniej nakreślił zasady, na których powinna bazować psychiatria środowiskowa⁶². Rozwiązania przyjęte przez ustawodawcę czy też w konkursie na opracowanie modelu psychiatrii środowiskowej w ramach finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS) programu PO WER również w dużej mierze powielają te modelowe rozstrzygnięcia, choć tu występują istotne różnice, co będzie przedmiotem analiz w dalszej części pracy.

Wyróżnić możemy kilka poziomów, na których następuje wyraźne odcięcie od dotychczasowego, azylowego modelu organizacji systemu wsparcia. Pierwszym istotnym wyróżnikiem jest bez wątpienia wyróżnik terytorialny. Obszar funkcjonowania zintegrowanego systemu wsparcia powinien pokrywać się z obszarem aktywności życiowej większości mieszkańców, jednocześnie nie powinien być ani zbyt rozległy, ani zbyt mały. Drugi ma wymiar kulturowy i najdobitniej znajduje wyraz w zmianie moralnej

⁶¹ Por. W. Skiba, *Uwarunkowania wdrażania...*, s. 96.

⁶² J. Wciórka, *Psychiatria środowiskowa: idea...*

i transformacji lokalnej społeczności od wrogości czy obojętności otoczenia sąsiedzkiego do zaangażowanej, empatycznej wspólnoty. Z racji swojego charakteru jest niemożliwy do odgórnego zaordynowania, wymaga bardzo złożonych oddziaływań i czasu. Kolejny wyróżnik wiąże się ze zmianą organizacyjną, w wyniku której znika lub zostaje bardzo gruntownie zmodyfikowana i ograniczona w zakresie swojej aktywności onnipotentna instytucja-zakład, jaką jest szpital psychiatryczny, a w jej miejsce pojawia się sieć instytucji wsparcia inteligentnie dostosowująca się do diagnozowanych w codziennych interakcjach potrzeb członków lokalnej wspólnoty. W całkowitym budżecie wsparcia maleje ranga instytucji *stricte* medycznych, a rośnie rola wsparcia społecznego, w tym zwłaszcza zaangażowania wolontariackiego. Zaangażowanie członków lokalnej wspólnoty w proces terapeutyczny bywa nawet wymuszane odpowiednimi mechanizmami instytucjonalnymi, jak w przypadku fińskiej procedury otwartego dialogu⁶³. Ta zmiana, jeśli ma być głęboka i skuteczna, powinna wynikać ze zmian w sferze kulturowej. Czwarty wyznacznik odnosi się do metod leczenia. Można zadać retoryczne pytanie, czy wielomiesięczna izolacja i przedmiotowe traktowanie, zgodne z pozytywistycznym paradygmatem nauki w medycynie, to najlepsza droga leczenia pacjenta, u którego tłem rozwoju zaburzeń psychicznych były problemy w zakresie budowania i utrzymywania więzi społecznych? Czy człowiek odczuwający narastający lęk społeczny, ale wciąż realizujący, choć z dużym trudem, wymogi odgrywanych ról społecznych będzie to robił efektywniej po wielotygodniowym pobycie w szpitalu, wynikającej z tego izolacji, stygmatyzacji i zawężeniu pola interakcji społecznych do personelu i osób w podobnej lub gorszej kondycji zdrowotnej? Jak wskazuje Wciórka, w psychiatrii środowiskowej terapia społeczna staje się nie uzupełnieniem, lecz jedną z podstaw leczenia, co ilustruje rysunek 1. Główne etapy tak rozumianej terapii to zwiększanie kompetencji (np. ćwiczenie kluczowych umiejętności, w tym zmywania napiętnowania czy samonapiętnowania i deinstytucjonalizacja losu), poszerzanie oparcia, gdzie kluczową rolę odgrywa pomoc w ramach społeczności i nawiązywanie relacji społecznych, a następnie wzmacnianie (samopomoc, własny głos, podjęcie pracy oraz podejmowanie ról terapeutycznych)⁶⁴.

Najważniejszym założeniem, powielającym dorobek wszystkich krajów, które wdrożyły analizowany model organizacji wsparcia dla osób z problemami psychicznymi, jest kompleksowość wsparcia i ścisłe złączenie go z geograficzno-społecznym środowiskiem życia danej osoby. Model zakłada tworzenie komplementarnych, względem istniejących, rozwiązań, głównie w formie tworzenia sieci poziomych korelacji w postaci

⁶³ R. Lakeman, *op. cit.*

⁶⁴ J. Wciórka, *Psychiatria środowiskowa. Czym jest, a czym nie jest?*, wystąpienie podczas Dolnośląskiego Forum Psychiatrii Środowiskowej „Dać nadzieję”, Wrocław, 16 października 2014 r.

zorientowanych na potrzeby osób z problemami psychicznymi wzorów wsparcia świadczonych w ramach posiadanych kompetencji przez dane typy instytucji (podmioty lecznicze, pomocy społecznej, służb zatrudnienia) zarządzane przez samorząd, przy merytorycznej koordynacji zespołów zdrowia psychicznego⁶⁵.

Rysunek 1. Model psychiatrii środowiskowej według Jacka Wciórki



Źródło: J. Wciórka, *Psychiatria środowiskowa. Czym jest, a czym nie jest?*, wystąpienie podczas Dolnośląskiego Forum Psychiatrii Środowiskowej „Dać nadzieję”, Wrocław, 16 października 2014 r.

⁶⁵ W. Chow, S. Priebe, *op. cit.*

4. Wdrożenie reformy. Dwie koncepcje centrów zdrowia psychicznego. Model środowiskowy EFS a pilotaż rządowy

Fiasko NPOZP, które po prezentacji raportu z kontroli NIK stało się przedmiotem debaty wykraczającej poza środowisko osób i podmiotów związanych z obszarem zdrowia psychicznego, spowodowało szybkie przyjęcie kolejnego programu oraz aktów prawnych umożliwiających rozpoczęcie procesu przebudowy modelu polityki państwa w tym zakresie. W znacznej mierze usunięto więc mankamenty będące jednymi z istotniejszych przyczyn braku osiągnięcia celów określonych w poprzednim NPOZP. Trudności realizacyjne „starego” programu wynikały w znacznej mierze z tego, iż zakładał on zmianę form prowadzenia leczenia psychiatrycznego przede wszystkim na podstawie zasobów konstruowanych, mobilizowanych i koordynowanych lokalnie, a tylko częściowo wymuszał taki bieg zdarzeń rozwiązaniami prawnymi. Większość obowiązujących norm prawnych była przeciwnie skuteczna⁶⁶. Kluczowe przepisy prawa, dotyczące zasad finansowania i form świadczeń zdrowotnych z zakresu psychiatrii, często nie służyły realizacji założonych celów i skutecznie uniemożliwiały funkcjonowanie układów lokalnych. Ponadto NPOZP prawie zupełnie abstrahował od problemu charakterystyki ilościowej i jakościowej lokalnych sieci społecznych. Postulował co prawda finansowanie działań samopomocowych i wsparcia społecznego organizowanego przez organizacje pozarządowe (NGO), jednak nie dostrzegał, iż zdecydowana większość terytorium kraju nie posiadała niezbędnej infrastruktury społecznej w tym zakresie i należałoby podjąć w pierwszej kolejności czynności animacyjne, aby ten cel zrealizować. W konsekwencji o przestrzennej dystrybucji ośrodków leczenia środowiskowego decyduje nadal rozmieszczenie szpitali psychiatrycznych – znaczna ich część zlokalizowana jest poza ośrodkami miejskimi, co w kontekście założeń współczesnej psychiatrii nie ma pozytywnego wpływu terapeutycznego na pacjentów i sprzyja utrzymywaniu się uprzedzeń i stereotypów dotyczących chorób psychicznych.

⁶⁶ Zob. NIK, *Informacja o wynikach kontroli. Realizacja zadań narodowego programu...*, s. 38–56; W. Skiba, *Uwarunkowania wdrażania...*

Próba przezwyciężenia tego problemu wydają się być zasady pilotażu 4.1 PO WER, w ramach którego zaplanowano dwustopniowy konkurs. W pierwszym etapie przedmiotem rywalizacji startujących podmiotów było wypracowanie koncepcji funkcjonowania centrów zdrowia psychicznego, w drugim – dla koncepcji uznanych przez ekspertów za najlepiej rokujące – było testowanie rozwiązań założonych w ramach tychże koncepcji. Efektem miało być wybranie modelu bądź modeli do upowszechnienia w skali całego kraju.

Początkowo spójna koncepcja wypracowania i testowania w ściśle kontrolowanych warunkach modeli i wybór najlepszych do szybkiego upowszechnienia, bo przed rozpoczęciem testowania, zyskała alternatywę, której przyznano polityczne pierwszeństwo. Stało się tak wskutek wycofania się Ministerstwa Zdrowia ze wspólnego z Ministerstwem Rozwoju projektu realizowanego w ramach wspomnianego działania 4.1 PO WER i przygotowania własnego pilotażu CZP na podstawie bardziej monocentrycznego scenariusza określonego rozporządzeniem ministra zdrowia. Przewidywał on z góry określony schemat funkcjonowania CZP, a przede wszystkim zawęził do szpitali pulę podmiotów uprawnionych do aplikowania o utworzenie centrów. Z racji takiej, a nie innej struktury leczenia psychiatrycznego w praktyce były to niemal wyłącznie szpitale psychiatryczne.

W efekcie doszło do sytuacji, w której realizowane są dwa programy pilotażu psychiatrii środowiskowej, poniekąd niezależnie od siebie. Pierwszy określany jest dalej jako model pluralistyczny. Z racji założeń, w dużej mierze zgodnych z europejskimi wytycznymi w tym obszarze⁶⁷, dopuszcza on różne kategorie podmiotów, a przede wszystkim nie uzależnia głównej roli w programie od prowadzenia leczenia zamkniętego w psychiatrii. Model ten przyciągnął wiele aktywnych i działających na rzecz zmiany instytucjonalnej podmiotów, w tym organizacji pozarządowych. W przypadku drugiego programu monopol na start zagwarantowany został w wielu regionach *de facto* „lokalnym monopolistom”, czyli szpitalom psychiatrycznym. Praktyka realizacji świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków NFZ w dalszym ciągu nie uwzględnia postulatów deinstytucjonalizacji.

Poniżej omówiono zasady prowadzenia obu pilotaży i dokonano ich oceny z punktu widzenia najważniejszych założeń psychiatrii środowiskowej.

4.1. Model pluralistyczny. Deinstytucjonalizacja psychiatrii w projektach wypracowanych w ramach programu PO WER

Zgodnie z założeniami przyjętymi w momencie tworzenia aktualnego NPOZP działanie 4.1 PO WER miało być poligonem doświadczalnym, w ramach którego wypracowane zostałyby modele deinstytucjonalizacji polskiej psychiatrii, a następnie

⁶⁷ Por. Europejska Grupa Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki świadczonej na poziomie Lokalnych Społeczności, *op. cit.*, s. 8–40.

przetestowane, w drodze realizacji wieloletnich projektów, w formie pełnego wdrożenia. Etap testowania powinien zostać zakończony ewaluacją testowanych modeli i przedstawiony, po naniesieniu korekt, w formie gotowego do wprowadzenia produktu Ministerstwu Rozwoju. Przedstawione poniżej założenia dla modeli deinstytucjonalizacji, z racji przewidzianego źródła finansowania, musiały być zgodne z modelem deinstytucjonalizacji opracowanym przez Komisję Europejską i jednocześnie zgodne z regulacjami krajowymi⁶⁸. Te jednakże w swoich założeniach są znacznie bardziej ogólne od wytycznych europejskich i stosowane bez tego europejskiego kontekstu umożliwiają, co zostanie przedstawione w dalszej części pracy, wdrażanie rozwiązań *de facto* niezgodnych z założeniami procesu.

4.1.1. Założenia procesu deinstytucjonalizacji według koncepcji PO WER w kontekście uwarunkowań społeczno-systemowych reformy

Uzasadnieniem dla zmian w polskiej psychiatrii wskazywanym w dokumentacji konkursowej jest konstatacja bardzo niskiej efektywności dotychczas obowiązujących rozwiązań systemowych. Pomimo istotnych ułatwień, w stosunku do innego rodzaju świadczeń, w dostępie do publicznej opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń psychiatrycznych (np. brak konieczności skierowania do poradni zdrowia psychicznego przez lekarza pierwszego kontaktu) rząd w uzasadnieniu konieczności wdrażania nowych rozwiązań stwierdza, iż mamy do czynienia ze stałym trendem wzrostowym liczby osób z problemami i chorobami psychicznymi. Szacuje też, że liczba ta wynosi do 8 mln osób, przekraczając tym samym 20% populacji, z czego ponad milion osób korzysta z publicznego systemu ochrony zdrowia. Ponadto autorzy opracowania stwierdzają, iż w wyniku zachodzących zmian w sferze kultury i struktury społecznej ryzyka dla zdrowia psychicznego jednostek będą narastać. Wynikać ma to przede wszystkim z atrofii wartości wspólnoty na rzecz wartości indywidualistycznych, pociągających pośrednio za sobą zmiany modelu rodziny oraz coraz większy odsetek osób dorosłych funkcjonujących w ramach jednoosobowych gospodarstw domowych⁶⁹.

W uzasadnieniu konkursu wskazano, iż w związku z postępującym rozwojem cywilizacyjnym rośnie poziom różnych zagrożeń dla zdrowia psychicznego, często kryjących się pod zdefiniowanymi już starymi bądź nowymi problemami społecznymi. Autorzy wskazują w tym kontekście m.in. na bezrobocie, ubóstwo, przemoc, a także na

⁶⁸ Porównaj: Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz.U. 2011 poz. 24).

⁶⁹ *Regulamin konkursu na makro-innowacje w temacie: „Deinstytucjonalizacja usług świadczonych na rzecz osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi”*, 2015, https://www.power.gov.pl/media/12250/Regulamin_konkursu_30_11_15.pdf (dostęp: 18.10.2021), s. 8–9.

wynikające z przemian kulturowych ostatnich dziesięcioleci rozluźnienie więzi społecznych i singularyzację życia. Intensyfikacja ekspozycji na różne czynniki społeczno-ekonomiczne w kontekście indywidualizacji życia niesie szczególne ryzyko dla zdrowia psychicznego. Autorzy wydają się być świadomi narastających zagrożeń i braku adekwatnej odpowiedzi na narastające potrzeby w zakresie zdrowia psychicznego, które do tej pory, pomimo alarmujących sygnałów ze strony kręgów fachowych, nie znajdowały przełożenia na zmiany organizacyjne czy poziom finansowania psychiatrii w kolejnych budżetach NFZ⁷⁰. Jednocześnie, jak zauważono, wielkość podaży świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego, a także ich forma nadal oparte są na paradygmacie oddziały psychiatricznego⁷¹.

Dokument zawiera rzetelną ocenę obecnej sytuacji w obszarze ochrony zdrowia psychicznego. Słusznie wskazano, że na początku lat 90. odnoszono sukcesy – znacznie udało się ograniczyć liczbę osób hospitalizowanych dzięki wdrożeniu zasad przymusowego leczenia szpitalnego opartych na kryteriach stanowienia zagrożenia dla siebie bądź dla otoczenia społecznego oraz stworzeniu zrębów wsparcia środowiskowego poprzez wypracowanie formuły i rozpoczęcie tworzenia środowiskowych domów samopomocy. Te zaś w początkowym okresie reformy stanowiły wsparcie dla osób opuszczających szpitale psychiatryczne. Później reforma, pomimo ambitnych założeń planistycznych⁷², nie posuwała się naprzód. W efekcie formy wsparcia środowiskowego należały do rzadkości, a te finansowane ze środków NFZ, jak zespoły leczenia środowiskowego, oprócz domowej terapii nie zawierały żadnych innych konstytutywnych dla psychiatrii środowiskowych elementów⁷³. W szczególności procedury realizacji powyższego świadczenia nie wymuszały integracji działań w ramach różnych form wsparcia (np. wsparcia społecznego będącego w gestii służb socjalnych). Praktyka realizacyjna tego świadczenia sprowadzała się więc przede wszystkim do porady lekarskiej lub psychologicznej w miejscu zamieszkania⁷⁴. Funkcjonujące procedury nie przewidywały żadnej indywidualizacji terapii w ramach rozumienia tego terminu na bazie psychiatrii środowiskowej i dostosowania do specyficznych wymogów danej osoby. Praktycznie zupełnie lub niemal zupełnie nieznane i niedostępne były inne formy instytucjonalnego wsparcia, szeroko rozwijane w innych krajach Unii Europejskiej, takich jak Włochy czy Finlandia.

⁷⁰ Finansowanie psychiatrii i leczenia uzależnień pochłaniało rocznie ok. 3,5% wydatków NFZ, np. w 2017 r. 2,7 mld zł z 77,7 mld zł wydatków NFZ na leczenie; istotnie mniej niż w innych krajach UE. Por. <https://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz>.

⁷¹ *Regulamin konkursu na makro-innowacje...*, *op. cit.*

⁷² Rozporządzenie w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, *op. cit.*

⁷³ Zarządzenie Prezesa NFZ nr 79/2013/DOS w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzania-prezesa/zarzadzania-prezesa-nfz/zarzadzanie-nr-792013dsoz,5831.html> (dostęp: 10.10.2020).

⁷⁴ *Ibidem*.

Brakuje inteligentnego, współpracującego z systemem medycyny rodzinnej i pomocy społecznej systemu opieki, skoncentrowanego na wyłapywaniu wczesnych faz schorzeń psychicznych. Podstawową i często pierwszą formą wsparcia i kontaktu pacjenta z leczeniem jest szpital psychiatryczny. Inaczej niż w innych krajach system psychiatrycznego leczenia szpitalnego w Polsce nie został włączony w ramy szpitalnictwa wielospecjalistycznego⁷⁵.

Argumentem na rzecz rozwoju psychiatrii środowiskowej ma być fakt, iż takie rozwiązania systemowe sprawdzają się w innych krajach, zwłaszcza w krajach skandynawskich, Niemczech, Włoszech i Wielkiej Brytanii. W szczególności zwraca się uwagę, że wsparcie środowiskowe pozbawione cech „zakładu” zwiększa szanse uzyskania strategicznych celów terapii, czyli zdrowia w przypadku zaburzeń i schorzeń psychicznych oznaczającego powrót do normalnego funkcjonowania – pełnienia ról społecznych charakterystycznych dla danego okresu życia. Równie ważnym elementem co swoista „deinstytucjonalizacja” rozumiana jako terapia osadzona w środowisku życia – a więc w społeczności lokalnej z partycypacją w procesie terapeutycznym osób/obiektów znaczących dla osoby z problemami psychicznymi – jest koordynacja wsparcia i zindywidualizowane zarządzanie przypadkiem. W chwili rozpisania konkursu w Polsce całkowicie brak było systemowych instrumentów takiego wsparcia. Jeśli już jakieś namiastki takich rozwiązań działały, to ich pojawienie się nie było zasługą inwencji instytucji publicznych, a często długotrwałej presji ze strony społecznej podejmowanej przez organizacje pozarządowe – głównie o samopomocowym charakterze – pracujące na rzecz osób z niepełnosprawnością intelektualną i schorzeniami psychicznymi. Działania te jednakże były prowadzone w mikroskali przez pojedyncze NGO, które starały się integrować różne systemy wsparcia (głównie ochrony zdrowia i pomocy społecznej), uzupełniając na zasadzie komplementarności ich ofertę oraz wprowadzając elementy indywidualizacji zarządzania przypadkiem. Czynności takie finansował przede wszystkim PFRON w ramach art. 36 ustawy o rehabilitacji⁷⁶. Z reguły jednakże takie wsparcie dotyczyło szerszych kategorii osób niepełnosprawnych, a nie było poświęcone jedynie osobom z problemami psychicznymi. Przykładowo elementy takiego wsparcia we Wrocławiu oferowało stowarzyszenie „Ostoja” i było ono zorientowane na prowadzenie ścieżki usamodzielniająco-aktywizującej zawodowo. W tym zakresie opracowano i rozwijano instytucję trenera pracy, która w integracji z innymi elementami systemu rehabilitacji społecznej, zawodowej (m.in. WTZ,

⁷⁵ Taki system funkcjonuje w większości krajów. Przykładowo we Włoszech przepisami prawa doprowadzono do całkowitej likwidacji szpitali psychiatrycznych i utworzenia oddziałów psychiatrycznych w szpitalach wielospecjalistycznych. Dodatkowo, dzięki dobrze funkcjonującemu systemowi zintegrowanego wsparcia środowiskowego, liczba łóżek na tych oddziałach jest istotnie niższa niż w Polsce. Por. F. Starace, *Italian Community Mental Health: Headway. A new road for mental health*, Brussels 2020.

⁷⁶ Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2011 nr 127 poz. 721 z późn. zm).

ZAZ, ŚDS) oraz ochrony zdrowia i pomocy społecznej umożliwiła osiągnięcie rezultatów, czego nie były w stanie zrobić wspomniane instrumenty systemu, funkcjonując w – założonej przez ustawodawcę – separacji

Kolejny z argumentów uzasadnienia dotyczy efektywności ekonomicznej tej części systemu ochrony zdrowia. Zakłada się, że – pomimo początkowego istotnego wzrostu nakładów finansowych w modelu środowiskowym w porównaniu z obecnymi rozwiązaniami – w dłuższej perspektywie obniży koszty zarówno bezpośredniego leczenia (dzięki spadkowi kosztów hospitalizacji i bardziej selektywnemu aplikowaniu leków), jak i wydatki z nimi powiązane, m.in. z ubezpieczenia społecznego (koszty rent z tytułu niezdolności do pracy, zwolnień chorobowych), pomocy społecznej oraz rehabilitacji społecznej i zawodowej. Doświadczenia innych krajów zdają się potwierdzać te oczekiwania. Wymaga to jednakże akceptacji znaczącego wzrostu jednostkowych kosztów terapii w krótkim przedziale czasu jako koniecznej konsekwencji intensyfikacji i indywidualizacji oddziaływania terapeutycznego, jego kompleksowości i wyczerpującego charakteru ze względu na potrzeby pacjenta, a także dużej rozpiętości kosztów jednostkowych w zależności od jednostkowych wymogów co do koniecznej ścieżki terapeutycznej i towarzyszącego jej wsparcia uzupełniającego⁷⁷.

4.1.2. Organizacja procesu zmiany instytucjonalnej i definiowanie innowacji

Ze względu na brak wypracowanych, dostępnych w Polsce „dobrych praktyk”, które spełniałyby kryteria założonego w ramach NPOZP modelu psychiatrii środowiskowej, a także wcześniejsze negatywne doświadczenia z inicjowaniem zmiany instytucjonalnej w psychiatrii zdecydowano się na dwuetapowy proces projektowania i wdrażania zmiany instytucjonalnej. Pierwszą fazą było opracowanie w trybie konkurencyjnym modeli kompleksowych ośrodków psychiatrii środowiskowej według wytycznych bazujących za założeniami europejskich w sprawie deinstytucjonalizacji i doświadczeń innych krajów, a także krajowej specyfiki (głównie uwarunkowania w obszarze ochrony zdrowia, pomocy społecznej). W drugim etapie, dla wybranych najlepiej ocenionych modeli, miały zostać opracowane dokładne projekty wykonawcze, które po ocenie zostały zaakceptowane do realizacji w formie pilotaży. Wybór formuły dwuetapowej wydaje się optymalny z punktu widzenia zakładanego celu – wypracowania makroinnowacji społecznej. Pierwszy z etapów pozwolił również, w trakcie tworzenia modeli centrów zdrowia psychicznego, na identyfikację krajowego potencjału innowacyjnego w tym zakresie, rozpoczęcie konsolidacji zasobów istotnych z punktu widzenia celów procesu oraz wyłonienie, na bazie zaangażowania płynącego z silnej reformatorskiej motywacji,

⁷⁷ J. Botti, T. Hagdorn, *op. cit.*

naturalnych liderów wprowadzania tej zmiany. Partnerstwa tworzące się wokół przygotowywania modeli cechowała silna orientacja na cel i ich zgodność z celami określonymi przez inicjującego proces – polski rząd⁷⁸.

W efekcie realizacji pierwszego etapu konkursu do kolejnego, polegającego na pilotażowym wdrożeniu przygotowanego modelu, wybrano 16 projektów⁷⁹. Powinny one być prowadzone w ścisłej współpracy z Ministerstwem Rozwoju – Instytucją Organizującą Konkurs, decydentami politycznymi oraz innymi ekspertami współpracującymi w ramach Grupy Sterującej. Do Grupy Sterującej zaproszeni zostaną przedstawiciele m.in.: Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwa Infrastruktury i Rozwoju, Narodowego Funduszu Zdrowia, organizacji pacjenckich oraz eksperci z obszaru merytorycznego konkursu⁸⁰.

W konkursie na potrzeby wdrażania innowacji społecznych odwołano się do koncepcji opracowanej przez konsorcjum TEPSIE na potrzeby Komisji Europejskiej, zgodnie z którą za niezbędne elementy towarzyszące wdrażaniu takich innowacji uznaje się: międzysektorowość, nawiązywanie nowych relacji, współdziałanie oparte na zaufaniu, założenie prosumpcji i koprodukcji, oddolność, współzależność, tworzenie nowych możliwości oraz efektywniejsze wykorzystanie środków i zasobów⁸¹. Zdecydowaną większość z wymienionych cech, a w zasadzie wszystkie odnoszące się do innowacji społecznych, można identyfikować w założeniach realizacji projektów. Brak jedynie wskazań do projektowania działań o charakterze prosumenckim i koprodukcyjnym, ale te elementy w odniesieniu do inkubacji innowacji społecznych byłyby trudne do spełnienia.

4.1.3. Minimalny zakres i zakładane rezultaty projektów

Jednym z najważniejszych obszarów charakterystyki projektowanych działań są zakładane rezultaty, w tym sposób ich pomiaru, monitoringu i ewaluacji. W przypadku wielu polityk publicznych w Polsce wdrażane i prowadzone przez wiele lat działania realizowane są bez z góry określonych, mierzalnych celów. Skutkuje to sytuacją, w której

⁷⁸ Przykładem mogą być, oprócz analizowanego dalej partnerstwa z liderem – WCZ SPZOZ, projekty realizowane w ramach tzw. projektu horyzontalnego: *Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę*. Por. I. Ciuńczyk, *PO WER 4.1 z perspektywy PILOTAŻU spectrum doświadczeń Centrum Zdrowia Psychicznego w Koszalinie*, wystąpienie na konferencji online Środowiskowy model wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi w projektach finansowanych ze środków UE (PO WER) – cele, zadania, efekty, Biuro ds. Pilotażu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, 22 kwietnia 2021 r.

⁷⁹ Pełna lista znajduje się pod adresem: <https://www.power.gov.pl/strony/o-programie/projekty/innowacje-spoeczne-rezultaty/deinstytucjonalizacja-w-psychiatrii#Deinstytucjonalizacja%20us%C5%82ug%20%C5%9Bwiadczonych%20na%20rzecz%20os%C3%B3b%20z%20zaburzeniami%20i%20chorobami%20psychicznymi>.

⁸⁰ *Regulamin konkursu na makro-innowacje...*, op. cit., s. 14–20.

⁸¹ J. Caulier-Grice et al., *Defining Social Innovation*, part 1, 2012, <https://youngfoundation.org/wp-content/uploads/2012/12/TEPSIE.D1.1.Report.DefiningSocialInnovation.Part-1-defining-social-innovation.pdf> (dostęp: 12.06.2021).

każdy rezultat danej polityki może być przedstawiany jako sukces, a polityka jako właściwie prowadzona. Dzieje się tak także w pokrewnych obszarach, które zorientowane są na wspieranie osób z problemami psychicznymi, jak np. w rehabilitacji społecznej i zawodowej, a także leczniczej⁸². Po blisko 20 latach funkcjonowania w obrębie wielu polityk ze środków unijnych wciąż widoczny jest rozdźwięk pomiędzy operacjonalizacją działań w ramach polityk publicznych realizowanych za środki krajowe i za środki pochodzące z UE. W tym drugim przypadku cele są bardzo jasno wyeksplikowane, mierzalne, określone w czasie przez zdefiniowane kategorie wskaźników⁸³. W przypadku rzeczzonego pilotażu w rezultacie realizacji projektu musi powstać gotowy model leczenia środowiskowego zaburzeń psychicznych oraz musi dojść do zawiązania partnerstwa. Na pierwszym etapie rezultatem miał być opracowany i kompletny model, niezawierający jedynie budżetu i dokładnego wykazu zasobów, w tym kadrowych. Weryfikacji podlegały założenia, w tym te kluczowe dotyczące spełnienia kryteriów przyjętych dla konstruowania modeli.

W przypadku drugiego etapu osiągnięte musiały być takie wskaźniki jakościowe, jak np. realizacja modelu zgodnie z przyjętymi założeniami, przy czym testować planowano wszystkie funkcjonalności modelu przy ciągłej ich ewaluacji pod kątem spełniania założonych funkcjonalności. W przypadku stwierdzenia rozbieżności model powinien być, w porozumieniu z grupą sterującą, zmodyfikowany. Końcowym rezultatem, w wymiarze jakościowym, powinien być przetestowany i odpowiednio zmodyfikowany model, potencjalnie gotowy do wdrożenia w innych ośrodkach, które spełniają dane warunki brzegowe. W wymiarze ilościowym konieczne jest osiągnięcie określonych, przyjętych przed rozpoczęciem realizacji projektu, wielkości w odniesieniu do wszystkich obszarów minimalnego wsparcia. Pomiarowi podlega zwłaszcza liczba pacjentów korzystających z poszczególnych rodzajów świadczeń, dostępność usług w ujęciu czasowym, czas oczekiwania na przyjęcie (założenie udzielania bezzwłocznego wsparcia). Przy komplementarnym charakterze projektów i warunków, aby efektem był zinstytucjonalizowany lokalny system wsparcia, należy uznać osiągnięcie wskaźników jakościowych i zarazem ilościowych za bardzo duże wyzwanie merytoryczne i organizacyjne, choćby ze względu na dotychczasowe przyzwyczajenia pacjentów czy funkcjonowanie w otoczeniu starej rzeczywistości instytucjonalnej – będącej dla korzystających tą „normalną”, w kontekście której projekt jawi się jako pewien eksperyment.

Na wspomniany minimalny obszar wsparcia składają się następujące dziedziny⁸⁴:

a) Wsparcie rodziny oraz najbliższego otoczenia osoby chorej. Do tej pory system ochrony zdrowia i systemy społeczne praktycznie w ogóle nie koncentrują się na tym

⁸² Por. W. Skiba, *Analiza efektywności kluczowych instrumentów systemu rehabilitacji zawodowej*, „Studia Oeconomica Posnaniensia” 2019, 7(1), s. 25–44.

⁸³ Szczegółowe cele i mierzalne wskaźniki ich realizacji określa w każdym przypadku umowa o realizację projektu.

⁸⁴ *Regulamin konkursu na makro-innowacje...*, op. cit., s. 14–20.

obszarze, pomimo jego fundamentalnego znaczenia w terapii⁸⁵. W sposób naturalny stanowi on pole działań komplementarnych, zwłaszcza ze względu na rolę wsparcia społecznego (zaopiekowanie zamiast postaw separacyjnych) w przeciwdziałaniu hospitalizacji.

b) Przeciwdziałanie izolacji w różnych obszarach życia, w tym w odniesieniu do pełnienia najważniejszych ról życiowych: pracy, edukacji, życia rodzinnego, spędzania czasu wolnego. Model powinien określać mechanizmy przywracania odgrywania ról społecznych czy też wchodzenia w te role w przypadku osób, które nigdy nie partycypowały w danym wymiarze życia, np. w pracy zawodowej, co w Polsce jest w odniesieniu do osób z chorobą psychiczną bardzo częste. Model powinien zakładać kooperację wielu podmiotów z różnych obszarów działalności w osiąganiu tych celów.

c) Czynności prewencyjne, które wydają się jednym z najtrudniejszych elementów, bowiem w momencie startu pilotażu stopień nasycenia takimi formami wsparcia był w skali kraju bardzo niezadowalający. Inicjowanie i rozwijanie w ramach ograniczonych czasowo i terytorialnie działań polegających na tworzeniu sieci wsparcia (ruchy samopomocowe, organizacje pozarządowe, zmiana społeczna, w tym zmiana postaw społecznych) w obrębie społeczności lokalnej, rodziny jest bardzo trudne i często zdecydowanie przekracza możliwości oddziaływania takich projektów.

d) Koordynacja usług zdrowotnych i społecznych, której brak identyfikowany jest jako jedna z zasadniczych przeszkód ograniczających skuteczność polskiego leczenia w tym zakresie. Separacja różnych obszarów polityki ma w Polsce ugruntowaną pozycję, wynikającą z niedostatecznej orientacji na cel danej polityki i zastępującą go fiksację na procedurach, choć koordynacja wsparcia od wielu lat stanowi „złoty standard” właściwie we wszystkich krajach Zachodu⁸⁶. Przewycięzanie „silosowości” polityki wymaga jednak szeregu skoordynowanych czynności, zarówno prawnych, tworzących warunki pod integrację, jak i oddziaływań socjo-psycho-kulturowych, w celu wymuszenia zmiany postaw personelu. W projektach takie działania z konieczności musiały mieć ograniczony charakter, nie znosiły bowiem w pełni separacji prawnej. Brak wsparcia centralnego w skutek przystąpienia do drugiego „konkurencyjnego” pilotażu spowodował, że strona rządowa nie była zainteresowana sygnałami dotyczącymi możliwych modyfikacji prawnych, które ułatwiłyby koordynację różnych kategorii usług. „Model powinien uwzględniać podejście podmiotowe, które stawia osobę z zaburzeniami lub chorobą psychiczną w centrum uwagi. Jej indywidualne potrzeby powinny być zasadniczym punktem odniesienia i wyznaczać

⁸⁵ A. Caqueo-Urizar et al., *The role of family therapy in management of schizophrenia: challenges and solutions*, „Neuropsychiatric Disease and Treatment” 2015, 11, s. 145–151.

⁸⁶ B. Hannigan et al., *Care coordination as imagined, care coordination as done: findings from a cross-national mental health systems study*, „Health Systems Study. International Journal of Integrated Care” 2018, 18(3), s. 1–14.

kierunek koordynacji poszczególnych usług świadczonych przez różne podmioty. Nowy mechanizm powinien działać na zasadzie formuły zdeinstytucjonalizowanej, tworzyć warunki do współpracy różnych służb i gwarantować sprawny system przepływu informacji, w którym w centrum uwagi jest osoba z zaburzeniami lub chorobą psychiczną⁸⁷ – bez wspomnianego wsparcia wymóg nałożony na modele okazywał się trudny do pełnej realizacji, z uwagi na szereg unormowań prawnych utrudniających integrację w odniesieniu do każdego z wymienionych obszarów (np. monopol szpitali psychiatrycznych uniemożliwiający uzyskanie formuły zdeinstytucjonalizowanej, utrudnienia prawne w wymianie informacji pomiędzy ochroną zdrowia i innymi obszarami).

e) Wykorzystanie jednego, wspólnego źródła finansowania dla czynności z obu zakresów (opieki zdrowotnej i pomocy społecznej) lub zapewnienie zarządzania dostępnymi funduszami na przedmiotowe działania przez jeden podmiot lub montaż finansowy. To założenie w części pierwszej pozostało *de facto* martwe, a modele mają nie jedno, a kilka źródeł finansowania, przy czym dominującym jest dotacja ze środków programu PO WER. Model finansowania jest zdecydowanie najsłabszą stroną pilotażu. Po pierwsze układ dotacyjny uniemożliwia jakąkolwiek elastyczność realizacji projektu, która na etapie pilotażu jest konieczna. Jej brak powoduje niemożność adekwatnej reakcji na diagnozowane problemy z testowaniem modelu. Konieczność uzgadniania każdej zmiany wywołuje często paraliż realizacji danego wycinka projektu. Brak czynności prawnych wpływa z kolei na brak możliwości wypracowania docelowego modelu finansowania zmian w polskiej psychiatrii. Aspekt sposobu finansowania zadań trudno oderwać od działań merytorycznych.

f) Minimalny standard świadczenia kompleksowych usług wysokiej jakości – ten wymóg sprowadza się do określenia mierzalnych kryteriów jakości świadczonych usług. W praktyce spełniany jest w projektach przede wszystkim przez kryterium czasu dostępu, procedur realizacji poszczególnych usług określających m.in. wymogi kwalifikacyjne i kadrowe, metodykę postępowania.

4.2. Program pilotażowy w centrach zdrowia psychicznego na postawie rozporządzenia ministra zdrowia⁸⁸

4.2.1. Założenia procesu deinstytucjonalizacji w ramach pilotażu ministra zdrowia

Wydaje się, że należało by przyjąć, iż założenia pilotażu Ministerstwa Zdrowia powinny być w pełni zgodne z NPOZP i koncepcją deinstytucjonalizacji propagowaną

⁸⁷ *Regulamin konkursu na makro-innowacje...*, op. cit., s. 17.

⁸⁸ Rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego, op. cit.

przez jego twórców. Aby to stwierdzić, należy jednak przeanalizować zapisy rozporządzenia oraz ustawy⁸⁹ pod kątem realizacji celów określonych w NPOZP i deklarowanej koncepcji tworzenia CZP. Najważniejszym założeniem organizacyjnym jest tworzenie CZP na bazie istniejącej infrastruktury udzielania świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego. Pierwotna wersja przepisów obowiązująca do 2021 r. dopuszczała możliwość tworzenia CZP wyłącznie przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w czterech obligatoryjnych zakresach: stacjonarnych, w tym izby przyjęć, dziennych psychiatrycznych, ambulatoryjnych psychiatrycznych i leczenia środowiskowego. W ten sposób wykluczano podmioty udzielające świadczeń ambulatoryjnych i dziennych, a nieprowadzące leczenia zamkniętego. W 2021 r. nastąpiła istotna zmiana umożliwiająca podwykonawstwo w udzielaniu świadczeń z zakresu leczenia zamkniętego i pomocy doraźnej, co dopuszcza do pilotażu szersze grono podmiotów spoza szpitali psychiatrycznych.

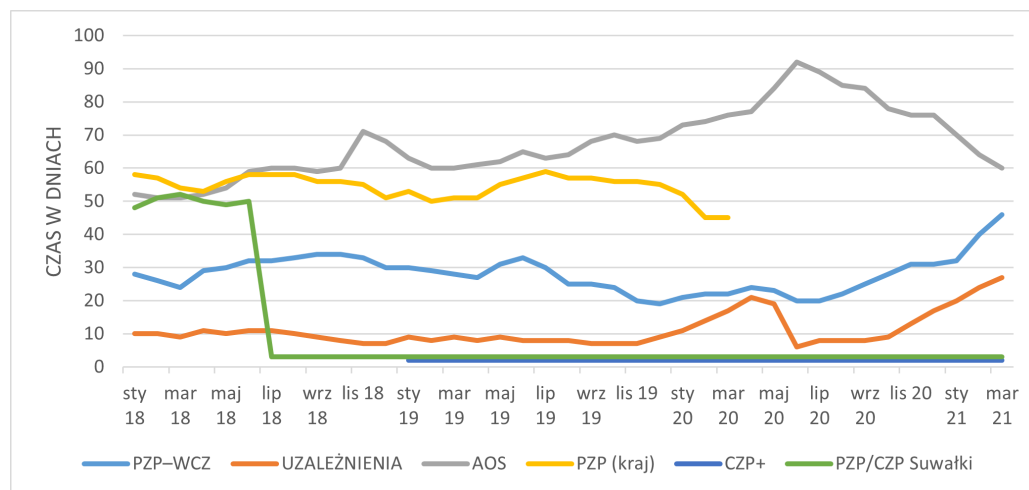
Zgodnie z NPOZP centrum zdrowia psychicznego powinno realizować środowiskową opiekę psychiatryczną w sposób, który gwarantuje:

- a) poprawę jakości leczenia psychiatrycznego, mierzonej jako zwiększenie dostępności, ciągłości, kompleksowości, dostosowania do potrzeb, możliwej do osiągnięcia skuteczności i godziwości warunków świadczenia pomocy;
- b) wsparcie chorych w odzyskiwaniu zdrowia, powrotu do odgrywanych ról społecznych, poprawy jakości życia;
- c) inicjowanie warunków do społecznej integracji osób z zaburzeniami psychicznymi oraz przeciwdziałanie stygmatyzacji i wykluczeniu;
- d) ograniczenie rozmiarów i negatywnych skutków hospitalizacji;
- e) uruchomienie inicjatyw i zasobów lokalnej społeczności na rzecz ochrony zdrowia psychicznego⁹⁰.

W kwestii poprawy jakości leczenia wskazane rozporządzenie wymusza zwiększenie dostępności do świadczeń. Są to jednak tylko wymienione świadczenia obecnie kontraktowane przez NFZ. Limit czasu włączenia do terapii w przypadkach pilnych wynosi 72 godziny i istotnie zmniejsza średni czas oczekiwania na dostęp do leczenia poza CZP. Poprawie dostępności służy także wprowadzenie minimalnych norm zatrudnienia personelu medycznego w przeliczeniu na liczbę mieszkańców. Zmianę dostępności ilustruje poniższy wykres 1.

⁸⁹ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. nr 111 poz. 535).

⁹⁰ Opracowano na podstawie dokumentu Biura ds. pilotażu: *Zestawienie zasad funkcjonowania CZP w ramach pilotażu NPOZP*, Warszawa 2017.

Wykres 1. Średni czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne na wybranych przykładach

Źródło: opracowanie własne. Dane: Wrocławskie Centrum Zdrowia (pozycje PZP WCZ, CZP, AOS), CZP Suwałki (PZP/CZP Suwałki), basiw.mz.gov.pl (PZP kraj)

Bez względu na rodzaj pilotażu CZP radykalnie skróciły czas oczekiwania na poradę lekarza psychiatry w poradni zdrowia psychicznego, tożsamej z kontraktowaną przez NFZ poza pilotażem (pilotaż Ministerstwa Zdrowia), bądź na wizytę diagnostyczną, będącą podstawową formą wsparcia w ramach pilotażu PO WER. W przypadkach obu pilotaży podmioty prowadzące CZP, zgodnie z założeniami, muszą zapewnić niezwłoczną pomoc zgłaszającym się pacjentom. Niezależnie od różnic w oferowanych formach wsparcia i znacznie bardziej rozbudowanej oferty pilotażu PO WER zdecydowanie lepsza dostępność pomocy istotnie różnicuje oba pilotaże na tle dotychczasowych form organizacji wsparcia. I tak według bazy danych map potrzeb zdrowotnych⁹¹ średni czas oczekiwania na wizytę w poradni zdrowia psychicznego na koniec pierwszego kwartału 2020 r. wynosił 45 dni (w chwili pisania publikacji brak było nowszych danych), a w poradniach WCZ SPZOZ w tym samym czasie (średnia dla trzech poradni) – około 23 dni. Rok później średni czas oczekiwania w WCZ SPZOZ wzrósł do 46 dni. Mając na względzie, iż pomiędzy czasem oczekiwania w WCZ SPZOZ i ogółem w kraju występuje umiarkowana korelacja (0,44), możemy z bardzo dużym prawdopodobieństwem założyć, że czas oczekiwania na wizytę w PZP w skali kraju podobnie się wydłużył. Wydaje się, że na istotne pogorszenie dostępności poza CZP wpływ miał przedłużający się lockdown i pandemia COVID-19. W odniesieniu do niektórych innych świadczeń zdrowotnych udzielanych w trybie ambulatoryjnym, a więc poddanym podobnemu oddziaływaniu czynników związanych z pandemią

⁹¹ Za: basiw.mz.gov.pl (dostęp: 12.04.2021).

i lockdownem, możemy zauważyć nawet poprawę dostępności, jak np. w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej⁹².

Powyższe dane wskazują, że deklarowana i prawdopodobnie faktyczna dostępność świadczeń w CZP bez względu na typ pilotażu jest zdecydowanie lepsza i mieści się w przyjętych kryteriach bezzwłocznej dostępności (48/72 godz.). Dzieje się tak pomimo wzrostu czasu oczekiwania w poradniach zdrowia psychicznego funkcjonujących poza CZP w ramach kontraktów z NFZ. Brak jednakże dostatecznych gwarancji poprawy jakości świadczeń dla pozostałych obszarów. W szczególności zapisy rozporządzenia nie wprowadzają żadnych norm prawnych umożliwiających finansowanie ze środków przeznaczonych na leczenie pacjentów świadczeń społecznych ani tworzenia nowych produktów, które – tak jak w pilotażu ze środków PO WER – miałyby być komplementarne względem dotychczas udzielanych świadczeń. Rozporządzenie *de facto* nie wymusza większej kompleksowości udzielania świadczeń niż dotychczas, bowiem minimalny poziom gwarantowany to zakres świadczeń będący formalnym warunkiem utworzenia CZP przez dany podmiot. Kompleksowość miałaby być poprawiana także na drodze koordynacji i indywidualizacji wsparcia. W ramach opieki świadczonej przez CZP w przyszłości ma ona polegać na:

a) indywidualizacji – tj. przygotowaniu i realizacji indywidualnego planu postępowania (IPP), uwzględniającego rodzaj zaburzeń (wg ICD) i ocenę funkcjonowania (wg ICF);

b) zróżnicowaniu – tj. udostępnianiu zróżnicowanych świadczeń zdrowotnych oraz kompetencji profesjonalnych, odpowiednio do nasilenia i fazy zgłaszanych potrzeb zdrowotnych;

c) koordynacji – tj. uzgadnianiu i monitorowaniu pomocy udzielanej w ramach CZP oraz na współdziałaniu w pozyskiwaniu pomocy poza nim;

d) dostosowaniu – tj. organizacji infrastruktury pomocowej odpowiadającej potrzebom i możliwościom lokalnej wspólnoty społecznej⁹³.

W rozporządzeniu brak jednakże wytycznych co do sposobu realizacji wskazanego standardu, czego przykładem jest np. określenie zadań koordynatora niezawierające wytycznych jakościowych przy tworzeniu i ewaluacji planów terapii (np. wykorzystania ICF). Dlatego też podmioty mają w tym względzie pełną dowolność, co przy braku doświadczeń w tym zakresie na pewno nie sprzyja ani osiągnięciu odpowiedniej jakości, ani standaryzacji działań. Cel działań terapeutycznych w zakresie wsparcia zdrowia i powrotu do odgrywanych ról społecznych wydaje się spełniany w trudnym do oszacowania

⁹² W tym zakresie dane pochodzą jedynie z WCZ SPZOZ i są uśrednionym czasem oczekiwania do następujących poradni: okulistycznej, leczenia jaskry, laryngologicznej, alergologicznej, ginekologicznej.

⁹³ *Ibidem*.

stopniu, jeśli obie jego składowe realizować łącznie, brak bowiem przedsięwzięć, które zgodnie z wiedzą dotyczącą kompleksowej rehabilitacji są efektywne w tym zakresie.

Brakuje również mechanizmów wymuszających zmianę struktury udzielania świadczeń, w szczególności dążenie do ograniczenia hospitalizacji, choć wydaje się, że przyjęcie ryczałtu kapitacyjnego jako zasady finansowania świadczeń powinno służyć alokowaniu udzielanych świadczeń w stronę mniej kosztochłonnych. Najistotniejszą zmianą jest tu likwidacja związku pomiędzy poziomem zapełnienia łóżek szpitalnych a wynikami ekonomicznymi placówki, który nadal występuje w podmiotach kontraktujących świadczenia psychiatryczne poza pilotażem. Informacji o realizacji tych celów będziemy szukać w ewaluacji przebiegu wdrożenia CZP.

4.2.2. Organizacja procesu zmiany instytucjonalnej

Proces zmiany instytucjonalnej ma charakter odgórny i polega na testowaniu tego samego rozwiązania w różnych podmiotach szpitalnych. Program zostawia dość dużą swobodę w dookreślaniu niektórych zadań, zwłaszcza w zakresie koordynacji opieki nad pacjentem, jednakże nie daje w tym względzie dodatkowych wytycznych. Możemy wyodrębnić kluczowe wyróżniki procesu tworzenia CZP.

Pierwsza z istotnych cech to zdefiniowana funkcjonalność. W warunkach określonych rozporządzeniem często nie stanowi ona jednak elementu zmiany, bowiem wszystkie podmioty tę funkcjonalność zobowiązane są posiadać, inaczej nie mogą uzyskać statusu CZP. Najistotniejszą zmianą jest odejście od systemu punktowego rozliczania świadczeń na rzecz standardu zapewnienia dostępu do leczenia, z określonym minimalnym czasem oczekiwania, który finansowany jest na podstawie stawki kapitacyjnej. Kolejnym elementem zmiany jest terytorialność udzielanych świadczeń realizująca postulat psychiatrii środowiskowej, wraz z określeniem dopuszczalnej wielkości centrum. Przyjęto podział zgodny z podziałami administracyjnymi i bazą TERYT w celu łatwiejszego określania populacji na danym obszarze, obejmującym od 50 tys. do 200 tys. dorosłych mieszkańców. Liczby te mogą być odpowiednio dostosowane do szczególnych uwarunkowań lokalnych lub do innych uzasadnionych okoliczności występujących na danym terenie, przy czym w przepisach prawa brak zapisu określającego maksymalną populację objętą opieką jednego CZP. Przepisy precyzują jedynie maksymalny limit mieszkańców przypadających na jeden punkt zgłoszeniowo-kontrolny utworzony w ramach CZP na 80 tys. osób⁹⁴. Nadmienić należy, iż CZP są tworzone tylko dla osób po 18. roku życia; dzieci i młodzież obejmie wsparcie w osobnej sieci CZP. Nie rozstrzygnięto w ten sposób problemu ciągłości leczenia młodych dorosłych.

⁹⁴ Rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego, *op. cit.*

Ustalono, że utworzenie CZP wiąże się z odpowiedzialnością za zapewnienie udzielenia podstawowej pomocy psychiatrycznej na danym terytorium wszystkim jego dorosłym mieszkańcom z zaburzeniami psychicznymi. Ponadto wyłączono niektóre procedury wysokospecjalistyczne zarezerwowane dla regionalnych ośrodków referencyjnych, które zostaną utworzone w przyszłości. CZP współdziała też w ramach udostępnienia świadczeń opiekuńczych i społecznych, ale nie zastępuje ich istniejących lub nieistniejących, choć koniecznych form⁹⁵ – taki zapis, w przeciwieństwie do CZP tworzonych w ramach programu PO WER, chwilowo blokuje powstawanie form wsparcia, które powinny być traktowane jako element procesu terapeutycznego, jeśli nie kwalifikuje się ich do działań *stricte* zdrowotnych.

Obszary działalności CZP muszą być rozłączne, przy czym podmiot tworzący CZP na danym terenie, zgodnie z podziałem terytorialnym określonym przez samorządy wojewódzkie, zobowiązany jest do proponowania współpracy przy realizacji CZP wszystkim innym podmiotom, które posiadają umowy z NFZ na udzielanie świadczeń w zakresach wchodzących w obszar merytorycznej działalności CZP. Powinien przy tym proponować finansowe warunki współpracy nie mniej korzystne, niż te wynikające z umowy z NFZ. Dopiero odmowa zawarcia umowy zwalnia podmiot tworzący ze współpracy z danym świadczeniodawcą, przy czym w określonej perspektywie czasowej traci on możliwość dalszej realizacji świadczeń w ramach dotychczasowego kontraktu⁹⁶. CZP powinno być zlokalizowane na terenie swojej działalności. Wyjątkiem jest sytuacja, w której na danym obszarze brakuje potencjalnych świadczeniodawców spełniających warunki ubiegania się o utworzenie centrum.

Podobnie jak w przypadku CZP finansowanych z PO WER centra mogą być tworzone przez podmioty lecznicze. Inaczej niż w pilotażu PO WER, podmioty te nie muszą działać w partnerstwie (konsorcjum). W szczególności nie jest wymagany udział podmiotów sektora usług społecznych (jednostki pomocy społecznej czy NGO), co w sytuacji zawężenia oferowanych usług do zdrowotnych, w dodatku zdefiniowanych przez kody rejestrowe odpowiadające świadczeniom finansowanym przez NFZ, nie daje gwarancji ani nie uprawdopodobnia – przy obecnych zapisach prawnych – zmian jakościowych założonych w modelu, który służył jako wzór do formowania CZP (zob. rysunek 2 poniżej). W szczególności dostępność pakietu świadczeń społecznych, bez prawno-instytucjonalnych mechanizmów włączenia sektora usług społecznych we wdrożenie pilotażu, zależna jest od czynników osobistych, a nie systemowych.

⁹⁵ *Ibidem*; Zestawienie zasad funkcjonowania CZP, w ramach pilotażu NPOZP, op. cit.

⁹⁶ *Ibidem*.

Rysunek 2. Model centrum zdrowia psychicznego według Jacka Wciórki



Źródło: J. Wciórka, *Reforma opieki psychiatrycznej: stan aktualny?*, materiały z I Kongresu Zdrowia Psychicznego, Warszawa, 8 maja 2017 r.

Wymóg koordynacji działań realizowany jest poprzez utworzenie punktów zgłoszeniowo-koordynacyjnych, w ramach których pacjenci są rejestrowani, informowani oraz uzgadniane są działania z innymi formami wsparcia funkcjonującymi w CZP. Brak jednakże takiej delegacji do uzgadniania wsparcia z koniecznymi bądź pożądanymi formami wsparcia poza CZP, a więc lokalnie działającymi organizacjami pozarządowymi, grupami samopomocowymi czy wreszcie jednostkami pomocy społecznej i służb zatrudnienia, gdzie, w sytuacji wielokrotnie opisanej awersji polskich instytucji do współpracy⁹⁷, jej zasady powinny być z góry narzucone.

Zadania z zakresu współpracy i tworzenia sieci powiązań powinny według modelu być realizowane w ramach opieki środowiskowej. Wymienia się tu interwencje socjalne, pracę z rodziną i budowę sieci oparcia społecznego, jednakże obecne przepisy nie lokują tego po stronie działań finansowanych z ryczału w ramach CZP, choć wytyczne europejskie wskazują na jedno źródło finansowania jako na jedną z zasad deinstytucjonalizacji, podobnie jak na prymat przedsięwzięć społecznych nad medycznymi. Pewne zmiany w tym względzie zawierają, dopiero konsultowane, standardy opieki w CZP, które mają wejść w życie prawdopodobnie w 2022 r.⁹⁸ W przypadku standardu dziennego

⁹⁷ NIK, *Informacja o wynikach kontroli. Realizacja kontraktów socjalnych przez miejskie i gminne ośrodki pomocy społecznej*, 2013, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,5611,vp,7265.pdf> (dostęp: 20.08.2020).

⁹⁸ *Zestawienie zasad funkcjonowania CZP, w ramach pilotażu NPOZP*, op. cit.; Rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego, op. cit.; Biuro ds. pilotażu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, *Standard organizacyjny opieki w Centrum Zdrowia Psychicznego – założenia projektu*, z. 1, 2020, <https://czp.org.pl/wp-content/uploads/2021/03/Standard-organizacyjny>

opieki psychiatrycznej brakuje połączenia funkcjonalności obecnych dziennych oddziałów psychiatrycznych ze środowiskowymi domami samopomocy. Jednocześnie koncepcja centrum nie zakłada tworzenia świetlic terapeutycznych ani innych pozamedycznych form wsparcia dziennego budujących ciągłość wsparcia.

4.2.3. Minimalny zakres usług, definiowanie innowacji

Innowacyjność podejścia polega na wymuszeniu koordynacji świadczeń na poziomie już zdefiniowanych przepisami rozporządzenia procedur działania, przy zachowaniu bez zmian kluczowych świadczeń zdrowotnych, które oferowane są pacjentom, i bez oczekiwania kreowania nowych usług bądź doskonalenia istniejących. Innowatorem jest tu ministerstwo, od podmiotów wdrażających oczekuje się przede wszystkim wdrożenia.

Za innowacyjną usługę uznać należy obowiązkowe objęcie pacjenta koordynacją udzielanego wsparcia. Trudno jednak postrzegać tę usługę jako przełomowy krok w kierunku poprawy jakości świadczeń bez wprowadzenia nowych, brakujących świadczeń zdrowotnych i społecznych, określenia schematu tej koordynacji i włączenia do niej istniejących usług, np. pomocy społecznej, różnicowania intensywności zarządzania przypadkiem w zależności od diagnozowanych problemów pacjenta, a także relacji pomiędzy osobą koordynującą pacjenta a personelem udzielającym wsparcia. Należy w tym miejscu dodać, że procedury dookreślające wiele innowacyjnych sfer działalności CZP zostały na przełomie lat 2020/2021 opublikowane w formie *Standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w CZP*⁹⁹ celem konsultacji. Dokument oprócz zdefiniowanych standardów usług, w tym usług w zakresach, które zgodnie z rozporządzeniem nie są do tej pory obligatoryjne w CZP (hostel, asystenci zdrowienia), i wymogów względem kadry zawiera także rekomendacje dotyczące stworzenia systemu telemedycznego oraz – co szczególnie istotne – zapewnienia dostępności do leczenia w dobie cyklicznych lockdownów związanych z pandemią COVID-19.

Innowacyjność dotyczy także sposobu finansowania CZP. Zasadą jest ryczałtowe finansowanie na podstawie stawki kapitałowej obliczonej na mieszkańca obszaru działania centrum. Przyczynia się to z jednej strony do zwiększenia finansowania, z drugiej powinno skłaniać podmioty do wyboru najefektywniejszych metod leczenia i przesunięcia akcentów z dotychczas często preferowanej hospitalizacji na formy środowiskowe. Inaczej niż w podstawowej opiece zdrowotnej nadwyżka pieniędzy pomiedzy ryczałtem kapitałowym a całkowitymi kosztami świadczenia usług zdrowotnych nie stanowi zysku podmiotu leczniczego. Jedynie 5% kwoty potencjalnej nadwyżki

[-opieki-zdrowotnej-w-Centrum-Zdrowia-Psychicznego-za%C5%82o%C5%BCenia-projektu1.pdf](#) (dostęp: 30.10.2021).

⁹⁹ *Ibidem*.

przychodów nad kosztami może stanowić zysk bądź być wydane na inne rodzaje działalności, pozostała część podlega zwrotowi do NFZ. Przyjęto, iż wstępnie szacowana stawka kapitacyjna powinna zakładać możliwość corocznej korekty w przypadku jej znaczącego przeszacowania lub niedoszacowania.

Szczegółowy zakres świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach pierwszego pilotażu CZP (dla dorosłych)¹⁰⁰ przedstawia poniższe zestawienie (tabela 1). Należy zwrócić uwagę na brak niektórych świadczeń zakwalifikowanych jako wysokospecjalistyczne, zarezerwowane dla ośrodków referencyjnych¹⁰¹, a także na wyłączenie z pilotażu CZP uzależnień.

Tabela 1. Zakres świadczeń medycznych realizowanych w ramach CZP

1.	diagnostyka podstawowa i rozszerzona	F0, F2-F99, Z00-Z04
2.	konsultacja podstawowa i rozszerzona	F0, F2-F99, Z00-Z04
3.	doraźna interwencja diagnostyczno-terapeutyczna (bez potrzeby dalszego leczenia)	F0, F2-F99, Z00-Z04
4.	leczenie krótkoterminowe (epizod/nawrót) zaburzeń psychicznych	F0, F2-F99
5.	leczenie długoterminowe przewlekłych/nawracających zaburzeń psychicznych	F0, F2-F99
6.	leczenie czynne, środowiskowe przewlekłych/nawracających zaburzeń psychicznych	F0, F2-F99
7.	leczenie chorób somatycznych współwystępujących z zaburzeniami psychicznymi	F0, F2-F99
8.	leczenie stanów zagrażających, w warunkach braku współpracy lub zgody pacjenta	F0, F2-F99

Źródło: opracowanie własne

¹⁰⁰ Zestawienie zasad funkcjonowania CZP, w ramach pilotażu NPOZP, *op. cit.*, s. 5.

¹⁰¹ Realizacja świadczeń referencyjnych i profilowanych będzie, na obszarze działalności CZP, gwarantowana w ponadlokalnych programach zdrowotnych realizowanych przez ośrodki dysponujące podwyższonymi kompetencjami (np. ośrodki akademickie, naukowe) lub szczególnym instrumentarium terapeutycznym o różnym stopniu zaawansowania i innowacyjności (np. długoterminowe leczenie nerwicy i zaburzeń osobowości, leczenie zaburzeń i preferencji seksualnych, zaburzeń snu, zaburzeń odżywiania, zaburzeń potraumatycznych, spektrum autystycznego, zaburzeń „lekoopornych”, leczenie elektrowstrząsowe, leczenie neuromodulacyjne, terapia z wykorzystaniem rzeczywistości wirtualnej); źródło: Biuro ds. pilotażu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, *op. cit.*

5. Od założeń do realizacji wdrożenia. Przykład wdrożenia modelu centrum zdrowia psychicznego na przykładzie projektu „Program zintegrowanych działań zdrowotnych, społecznych i socjalnych w procesie zdrowienia osób z doświadczeniem choroby psychicznej” WCZ SPZOZ¹⁰²

W tym rozdziale przedstawiony zostanie jeden z wdrażanych modeli, realizowany we Wrocławiu przez WCZ w partnerstwie z Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej (MOPS) oraz dwiema organizacjami pozarządowymi – stowarzyszeniem „Ostoja” i Fundacją Opieka i Troska w ramach konkursu nr 04.01.00-12.00-00-00Z/15 – „Deinstytucjonalizacja usług świadczonych na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi”. Jednocześnie na podstawie dostępnych danych porównawczych przedstawione zostanie odniesienie do założeń i wstępnych wyników ewaluacji projektu pilotaży realizowanych w ramach pilotażu Ministerstwa Zdrowia. Okres wdrożenia jest już mocno zaawansowany, niektóre projekty realizowane w PO WER zakończyły się, a reszta dobiega końca, brak jednak miarodajnych danych o osiągniętych efektach, w szczególności o wynikach testowania innowacyjnych rozwiązań i ocen na temat przydatności poszczególnych instrumentów.

Wybór analizowanego modelu psychiatrii środowiskowej z listy projektów wdrażanych w ramach PO WER był w znacznej mierze arbitralny. Przystępując do analizy przed zakończeniem realizacji projektów polegających na pilotażowym wdrożeniu wybranych w konkursie innowacyjnych modeli deinstytucjonalizacji, bazowaliśmy na dokonanej ocenie zgodności modeli z zasadami konkursu ogłoszonego przez Ministerstwo Rozwoju. Na tym etapie uprawnione wydaje się być założenie, że każdy z 16 modeli wybranych przez Ministerstwo¹⁰³ do przeprowadzenia pełnego testowania opracowanych teoretycznie założeń

¹⁰² Wrocławskie Centrum Zdrowia – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, *Program zintegrowanych działań zdrowotnych, społecznych i socjalnych w procesie zdrowienia osób z doświadczeniem choroby psychicznej. Model wdrażania*, cz. 1: Opis, cz. 2: Procedury, [2017], <https://www.power.gov.pl/strony/o-programie/projekty/innowacje-spoleczne-rezultaty/deinstytucjonalizacja-w-psychiatrii/> (dostęp: 10.10.2020).

¹⁰³ Lista projektów wybranych do dofinansowania w ramach konkursu POWR 04.01.00-12.00-00-00Z/15, https://www.power.gov.pl/media/17976/Lista_projektow_wybranych_do_dofinansowania_Deinstytucjonalizacja.pdf (dostęp: 29.09.2021).

spełniał w stopniu zadawalającym wymagania konkursowe, a więc odpowiadał merytorycznym wymogom założonego w konkursie procesu deinstytucjonalizacji. Modele te z konieczności różnią się niektórymi szczegółowymi rozwiązaniami, w tym sposobem organizacji partnerstw realizujących projekty. W części z nich, tak jak w wybranym modelu, liderem partnerstwa jest podmiot leczniczy świadczący usługi zdrowotne w zakresach związanych z psychiatrią, w części są to organizacje pozarządowe działające statutowo na rzecz osób ze schorzeniami psychicznymi, a w jednym przypadku – ośrodek pomocy społecznej. Jednakże bez względu na podmiot zarządzający całością projektu w każdym z przypadków musiały zostać spełnione minimalne wymogi co do składu partnerstwa (obecność podmiotu leczniczego, organizacji pozarządowej oraz samorządu). Ze względu na wskazaną potwierdzoną zbieżność modeli co do celów i sposobów ich osiągnięcia uznaliśmy za wystarczającą analizę jednego z nich. Istotnym czynnikiem była tu także dostępność do informacji na temat modelu i jego bieżącej realizacji. Poniższy rozdział stanowi omówienie modelu.

Jeżeli w przypadku centrów zdrowia psychicznego wdrażanych w ramach pilotażu Ministerstwa Zdrowia realizowane rozwiązania są bardzo zbliżone do siebie ze względu na dość ściśle dookreślone zasady pilotażu i bazowanie na głębszej konsolidacji działań wokół dotychczas udzielanych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, to w przypadku projektów PO WER mieliśmy do czynienia z bardzo daleko idącą swobodą kreowania form wsparcia. Warunkiem była komplementarność względem istniejących instrumentów polityk społecznych oraz wykazanie, że planowane działania bazują na ugruntowanej wiedzy, która wstępnie indukuje ich skuteczność. Co za tym idzie, wdrażane rozwiązania cechują się dość dużą różnorodnością form udzielania świadczeń, a zwłaszcza szczegółami procedur ich realizacji.

5.1. Charakterystyka projektu

Z racji uczestnictwa w przygotowaniu projektu wdrożenie omówionych wcześniej założeń deinstytucjonalizacji w ramach PO WER zostanie omówione na przykładzie projektu „Program zintegrowanych działań zdrowotnych, społecznych i socjalnych w procesie zdrowienia osób z doświadczeniem choroby psychicznej” realizowanego w partnerstwie przez WCZ SPZOZ. Zgodnie z założeniami konkursu instytucja ta opracowała gotowy do testowego wdrożenia innowacyjny model leczenia środowiskowego oraz zawiązała partnerstwa niezbędne do skutecznego przetestowania modelu na terenie Wrocławia. Opracowany we Wrocławiu model pozwoli na udoskonalenie systemu opieki psychiatrycznej, proponując zmiany, które przyczynią się do szybszego powrotu do zdrowia jego odbiorców. Podstawowym celem opracowania modelu było stworzenie formuły wsparcia medyczno-społecznego dla osób dorosłych zapadających na schorzenia

psychiczne niebędące uzależnieniami, która – będąc komplementarną wobec rozwiązań już funkcjonujących – jednocześnie wprowadzałaby efektywniejsze rozwiązania dla osób ze schorzeniami psychicznymi w środowisku ich życia, ograniczając tym samym konieczność podejmowania hospitalizacji lub minimalizując czas jej trwania.

Spodziewanym efektem wdrożenia wypracowanego we Wrocławiu modelu opieki psychiatrycznej jest integracja działań realizowanych przez oba sektory zaangażowane w pomoc osobom z doświadczeniem choroby psychicznej – medyczny i społeczny. Cel stanowi także skoordynowanie innych usług świadczonych przez podmioty na terenie miasta poprzez zmianę podejścia do pacjenta z przedmiotowego na podmiotowy, wieloaspektową diagnozę społeczno-zdrowotną opracowaną przez interdyscyplinarny zespół terapeutyczny (ZT) oraz przejście od modelu opieki instytucjonalnej do środowiskowej.

Model opieki środowiskowej kładzie większy nacisk na interwencje podejmowane w okresach między epizodami zaostrzeń choroby, wychodząc z założenia, że właśnie one zapobiegają nawrotom choroby, utrwalaniu dysfunkcji społecznych, pogorszeniu funkcjonowania w środowisku. Zmiana dotyczyć będzie także zrównoważenia usług szpitalnych i środowiskowych, co wiąże się z reorientacją perspektywy na taką, która koncentruje się na personalizacji usług, włączaniu użytkowników i członków ich rodzin we wszelkie decyzje podejmowane przez zespół terapeutyczny. Znaczna część interwencji zaplanowanych w proponowanym modelu opieki psychiatrycznej jest już stosowana, jednak zasadnicza różnica polegać będzie na zmianie instytucjonalnej perspektywy interwencji na perspektywę środowiskową, co oznacza:

- większą koncentrację na usamodzielnieniu użytkowników,
- zindywidualizowaną opiekę, leczenie,
- integrację działań terapeutycznych i społecznych,
- większą elastyczność dotyczącą czasu i miejsca udzielanych świadczeń oraz ich planowania,
- łączenie interwencji farmakologicznych, psychologicznych, społecznych,
- podkreślanie wagi ścisłej współpracy – pacjent, rodzina, terapeuta,
- zwiększenie poczucia odpowiedzialności za działania użytkowników systemu,
- koncentrację na mocnych stronach odbiorców usług oraz identyfikowanie ich potrzeb, wspieranie procesu zdrowienia,
- wspólne planowanie interwencji przez użytkowników usług i terapeutów, negocjowanie, podejmowanie wspólnych decyzji,
- podkreślanie wagi usamodzielniania się odbiorców usług,
- włączanie do zespołu terapeutycznego specjalistów z różnych dziedzin, jak również osób po kryzysach psychicznych, przygotowanych wcześniej do podjęcia określonych zadań i mających odpowiednie przeszkolenie,

- mniejszą koncentrację na objawach choroby, postrzeganie zachowań chorobowych w określonych kontekstach i sytuacjach,
- uznanie naturalnego środowiska uczestnika modelu, tj. domu i rodziny, za preferowane miejsce udzielania interwencji¹⁰⁴.

Wszystkie elementy zaproponowanego modelu stanowią odpowiedź na diagnozowane w wielu krajach, także w Polsce, potrzeby pacjentów i zostały stworzone w celu zapewnienia im łatwego dostępu do pełnej oferty świadczeń zdrowotnych, socjalnych i społecznych poprzez ich odpowiednią koordynację w wymiarze procesowym, lokalizacyjnym i podmiotowym¹⁰⁵.

5.2. Formuła organizacyjna realizacji projektu

Zgodnie z wymogami konkursu w modelu założono formułę realizacji projektu w ramach multidyscyplinarnego partnerstwa. Zostało ono utworzone z podmiotami, z którymi współpraca w sposób bezpośredni wpływa na skuteczność udzielania wsparcia. Głównym uzasadnieniem dla partnerstwa jest konieczność integracji usług z różnych, niezbędnych obszarów wsparcia (zdrowia, pomocy społecznej, mieszkalnictwa, rynku pracy) i brak podmiotów, które miałyby doświadczenie i niezbędne know-how na wszystkich tych polach. Założono także udział organizacji pozarządowych w projekcie, ze względu na posiadanie przez te podmioty unikalnych doświadczeń i know-how w określonych obszarach wsparcia (np. w przypadku Wrocławia zatrudnienia wspieranego osób z problemami psychicznymi, usług hostelowo-usamodzielniających). Wszyscy partnerzy musieli spełniać warunki wynikające z ustawy wdrożeniowej i Szczegółowego opisu osi priorytetowych PO WER co do utworzenia partnerstwa i braku powiązań. Partnerzy nie podlegają wykluczeniu z możliwości ubiegania się o dofinansowanie¹⁰⁶. Wybór partnerów nastąpił na podstawie art. 28a ust. 4 pkt 1 ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (tj. Dz.U. z 2016 r. poz. 383). Nabór partnerów spoza sektora finansów publicznych odbywał się w trybie konkurencyjnym na drodze otwartego naboru. Wyłoniono dwóch partnerów spoza sektora finansów publicznych oraz MOPS jako partnera merytorycznego.

WCZ SPZOZ to jednostka samorządu terytorialnego, której organem tworzącym jest gmina Wrocław, i obecnie stanowi jeden z największych na Dolnym Śląsku publiczny zakład opieki zdrowotnej prowadzący ambulatoryjną działalność zdrowotną, w tym największy podmiot udzielający ambulatoryjnych świadczeń z zakresu ochrony zdrowia psychicznego

¹⁰⁴ Za: Wrocławskie Centrum Zdrowia – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, *op. cit.*, cz. 1.

¹⁰⁵ World Health Organization, *Improving health systems and services form mental health*, 2009, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44219/9789241598774_eng.pdf (dostęp: 25.05.2021), s. 20–26.

¹⁰⁶ Wrocławskie Centrum Zdrowia – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, *op. cit.*, cz. 1.

w ramach kontraktów z NFZ. Podmiot posiadał niezbędne doświadczenie w zakresie udzielania świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych i środowiskowych, zbudował także doświadczony zespół, który – wykorzystując zasoby podmiotu – zorganizował dzienny oddział psychiatryczny. Szczególnie istotna jest koncentracja podmiotu na leczeniu otwartym oraz łączenie w swojej działalności różnych obszarów świadczeń zdrowotnych. WCZ od lat posiada nieprzerwanie jedną z najliczniejszych populacji pacjentów objętych podstawową opieką zdrowotną, udziela świadczeń zdrowotnych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, rehabilitacji leczniczej oraz leczenia uzależnień, w tym jako jeden z trzech ośrodków na Dolnym Śląsku prowadzi terapię substytucyjną oraz jako jeden z dwóch na tym obszarze obejmuje kompleksowym leczeniem pacjentów zakażonych wirusem HIV. W obu ostatnich kategoriach częstym zjawiskiem jest współistnienie zaburzeń psychicznych. Ponadto WCZ realizuje szereg programów zdrowotnych, w znacznej części adresowanych do osób uzależnionych oraz do sprawców przemocy domowej. Pracownicy WCZ, jako reprezentanci systemu ochrony zdrowia, zasiadają w gminnym zespole interdyscyplinarnym koordynującym procedurę „Niebieskiej karty” związanej z przemocą domową.

Deficyt kompetencji podmiotu dotyczył głównie obszarów wsparcia społecznego, w którym jako jeden z nielicznych podmiotów leczniczych udziela wprawdzie pomocy w formie specjalistycznych usług opiekuńczych. Ze względu na zakładane cele oddziaływania (pełną integrację społeczną) konieczne okazało się uzupełnienie potencjału w obszarze wsparcia procesu aktywizacji zawodowej oraz wsparcia społecznego w zakresie treningu umiejętności społecznych, organizacji środowiska życia.

Partnerem w zakresie aktywizacji zawodowej jest Dolnośląskie Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom i Młodzieży z MPDz „Ostoja”. Głównym celem statutowym stowarzyszenia istniejącego od 1993 r. są działania zmierzające do stworzenia równych praw i szans życiowych w społeczeństwie dla dzieci, młodzieży i dorosłych osób z niepełnosprawnością oraz ich rodzin, zwłaszcza w zakresie rehabilitacji, terapii, edukacji, wychowania, integracji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej ze środowiskiem rówieśniczym, a także dążenie do ich pełnego uczestnictwa w życiu publicznym. Stowarzyszenie prowadzi szereg ośrodków rewalidacyjnych i rehabilitacyjnych dla osób z najcięższymi niepełnosprawnościami, w tym: Warsztaty Terapii Zajęciowej, Centrum Terapeutyczno-Rehabilitacyjne, Środowiskowy Dom Samopomocy, Ośrodki Rehabilitacyjno-Edukacyjne oraz dwie placówki Wczesnej Interwencji i Wspomagania Rozwoju. Kluczowe, ze względu na zakładaną rolę w projekcie, jest doświadczenie w zakresie aktywizacji zawodowej, poświęcone osobom z niepełnosprawnością intelektualną i psychiczną. Od kilkunastu lat instytucja realizuje unikatowy, w kontekście rozwiązań funkcjonujących w Polsce, program wspomagania zatrudniania osób z niepełnosprawnością na otwartym rynku pracy, a także ogólnopolskie szkolenia dla kadry warsztatów terapii zajęciowej i środowiskowych

domów samopomocy (ŚDS), w których licznie terapeutyzowane są osoby z niepełnosprawnością intelektualną i schorzeniami psychicznymi z wykorzystaniem, uwzględnionej w tym modelu, metodologii zarządzania procesem rehabilitacji opartej na klasyfikacji ICF¹⁰⁷. Stowarzyszenie „Ostoja” było pierwszym podmiotem w Polsce, który udanie wprowadzał model trenera pracy. W efekcie tych działań podjęto prace, aby profesja ta uznana została za oficjalny zawód¹⁰⁸, a rozwiązanie jest ugruntowaną dobrą praktyką w odniesieniu do aktywizacji zawodowej wspomnianych kategorii osób. W ramach projektu stowarzyszenie odpowiedzialne jest za aktywizację zawodową beneficjentów projektu w formie zindywidualizowanego wsparcia bazującego na instytucji trenera pracy i zatrudnienia wspieranego, integrowanego z pozostałymi elementami modelu.

Drugim partnerem, odpowiedzialnym za merytoryczne działania w sferze społecznej, jest wrocławska Fundacja Opieka i Troska, zajmująca się od wielu lat zintegrowanym wsparciem społeczno-zawodowym osób z doświadczeniem choroby psychicznej. Stowarzyszenie prowadzi w tym zakresie stałą działalność i wypracowało bądź wdrożyło wiele rozwiązań służących usamodzielnianiu się jego klientów, w tym aktywizacji zawodowej. Od lat prowadzi lokal handlowo-gastronomiczny Stara Piekarnia na wrocławskim Psim Polu oraz ośrodek usamodzielniający. W ramach projektu stowarzyszenie odpowiedzialne jest za prowadzenie tzw. domu wspólnego – placówki socjalizacyjno-usamodzielniającej dla beneficjentów projektu, w której funkcjonują także miejsca interwencyjne.

Partnerem merytorycznym projektu jest wrocławski MOPS łączący kompetencje gminnego ośrodka pomocy społecznej i powiatowego centrum pomocy rodzinie. Pomimo braku zadań merytorycznych realizowanego bezpośrednio w projekcie przez tego partnera współpraca ta odgrywa bardzo istotną rolę i ma duże znaczenie dla powodzenia projektu. Struktury pomocy społecznej powinny pełnić ważną funkcję w kreowaniu wsparcia dla osób z problemami psychicznymi. Wymóg komplementarności wymusza ustanowienie efektywnej współpracy ze strukturami pomocy społecznej. Niska aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych determinuje, w dużej mierze, socjalne źródła dochodów i pozostawanie pod kuratelą systemu pomocy społecznej. W projekcie podjęto stałą współpracę z terenowym ośrodkiem pracy socjalnej, w obszarze działania którego zlokalizowane jest CZP. Przedmiotem pilotażu jest tu przede wszystkim koordynacja wymiany informacji i podejmowanych czynności, włączanie wsparcia udzielanego przez struktury pomocy społecznej w zindywidualizowane plany działań, które są konstruowane dla osób ze zdiagnozowanym odpowiednio dużym poziomem deficytów kwalifikującym do objęcia procedurą intensywnego zarządzania terapią. Do zadań MOPS-u w zakresie wdrożenia przedmiotowego modelu będzie należało m.in.:

¹⁰⁷ *Ibidem*.

¹⁰⁸ Realizacja projektu: „Trener pracy jako sposób na zwiększenie zatrudnienia osób niepełnosprawnych”.

- umożliwienie klientom i ich rodzinom przezwyciężenia trudnych sytuacji życiowych, których sami nie są w stanie pokonać, wykorzystując własne środki, możliwości i uprawnienia, oraz zapobieganie powstawaniu takich sytuacji;
- wspieranie klientów i ich rodzin w wysiłkach zmierzających do zaspokojenia niezbędnych potrzeb i umożliwienia im życia w warunkach odpowiadających godności człowieka;
- prowadzenie pracy socjalnej rozumianej jako działanie skierowane do klienta i jego rodziny, wymagające jego udziału, aktywności i zaangażowania w proces prowadzący do korzystnych zmian, bez względu na sytuację materialną.

5.3. Opracowanie modelu. Uwzględnienie wytycznych dotyczących deinstytucjonalizacji i polityk horyzontalnych

Istotną kwestią metodologiczną wynikającą tak z zasad konkursu, jak i europejskich wytycznych dotyczących deinstytucjonalizacji usług publicznych jest uwzględnienie na wszystkich etapach prac nad modelem interesariuszy, a więc środowiska osób z doświadczeniem problemów psychicznych, a także podmiotów biorących udział w realizacji świadczeń w ramach dotychczasowego systemu wsparcia. Konsultacje odbywały się w formie spotkań, na które zapraszane były organizacje działające na rzecz osób ze schorzeniami psychicznymi, przedstawiciele podmiotów udzielających świadczeń, Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, a także powiązanych obszarów ochrony zdrowia, zwłaszcza medycyny rodzinnej. Partycypację na etapie wprowadzenia projektu zapewnić miała forma zakładająca testowanie modelu w partnerskiej formule jego realizacji. Na każdym etapie wszystkie instytucje i podmioty biorące udział w projekcie były zaangażowane w tworzenie modelu. Każdy z zainteresowanych mógł wyrazić swoją opinię i zgłosić uwagi do zaproponowanego rozwiązania. Zawartość merytoryczną modelu opracowali dyrekcja i pracownicy WCZ przy pomocy ekspertów zewnętrznych związanych z Instytutem Socjologii UW, personelu partnerów projektu, kierownictwa i pracowników merytorycznych Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego Wrocławia, wojewódzkiego konsultanta w obszarze psychiatrii oraz innych specjalistów. Przygotowane propozycje były dyskutowane na forum podmiotów zaproszonych do procesu jego tworzenia i konsultowania. Model powstał więc w trakcie wielostronnego dyskursu, w którym w ramach transparentnych procedur ścierały się argumenty i interesy różnych stron zaangażowanych w tę sferę ładu instytucjonalnego: podmiotów systemu polityki społecznej, samorządu terytorialnego, naukowców, środowiska medycznego (psychiatrzy, psycholodzy, terapeuci, średni personel), organizacji pozarządowych.

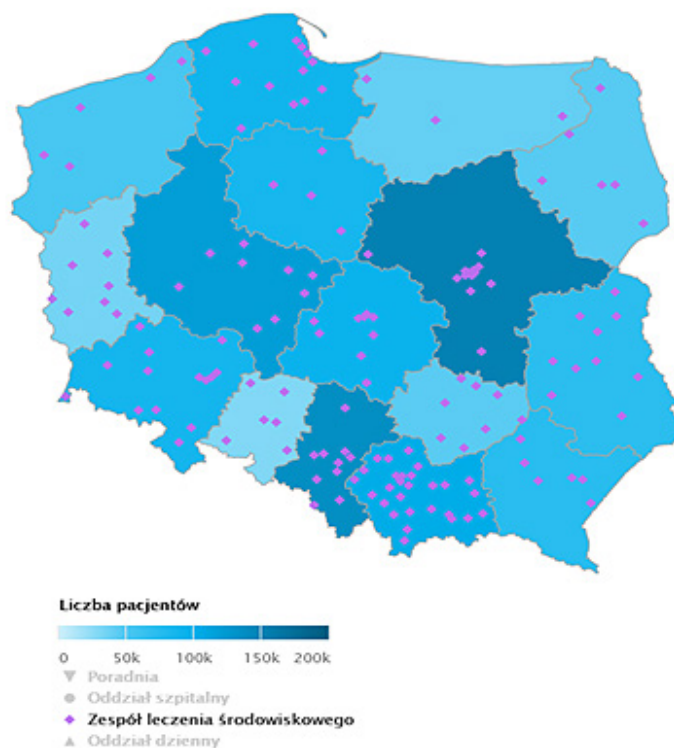
5.4. Diagnoza sytuacji i założenia modelu wrocławskiego

Jednym z głównych mankamentów polskiego systemu wsparcia osób z doświadczeniem choroby psychicznej jest niska efektywność pomocy wynikająca po pierwsze z utrudnionej dostępności do świadczeń, po drugie z braku integracji świadczeń finansowanych ze środków publicznych oraz braku wykraczającej poza kryteria ilościowe (czas oczekiwania, liczba udzielanych świadczeń itp.) ewaluacji poszczególnych elementów systemu i jego całości. To, co na poziomie makro oznacza niską efektywność polityki społecznej, na poziomie mikro przekłada się na brak możliwości uzyskania dobrego jakościowego wsparcia przez osobę w trakcie kryzysu czy po przebytych kryzysie psychicznym – czy to z powodu braku integracji działań sektora medycznego lub społecznego, czy też braku odpowiednich usług w tych obszarach, względnie długiego czasu oczekiwania, a często wszystkich tych czynników jednocześnie. Przykładem może być świadczenie zdrowotne w postaci funkcjonujących w ramach umów finansowanych przez NFZ zespołów leczenia środowiskowego (domowego). Sposób przestrzennej dystrybucji tego świadczenia wskazuje, iż znaczna część mieszkańców Polski mieszka dalej niż 100 km od najbliższego takiego zespołu (rysunek 3). Jeszcze gorzej sytuacja wygląda w usługach hostelowych. W wielu województwach nie są one świadczone w ogóle.

WCZ SPZOZ jako podmiot realizujący świadczenia z tego zakresu było w pełni świadome wszystkich niedostatków tej formy wsparcia i *de facto* pozornego środowiskowego jej charakteru. Jedynym czynnikiem kształtującym ową środowiskowość było miejsce udzielania świadczenia zdrowotnego. Ponadto, oprócz „domowej” lokalizacji udzielania świadczenia, w pozostałych jego aspektach niczym zasadniczym nie różni się ono od psychiatrycznej/psychologicznej porady ambulatoryjnej. W praktyce realizacji świadczeń częstą przesłanką do wyboru tej formy wsparcia, w opinii osób odpowiedzialnych za wykonywanie tych świadczeń, była niemożność przybycia pacjenta do przychodni i korzystny sposób rozliczania świadczenia czyniący poradę względnie opłacalną dla świadczeniodawcy¹⁰⁹. Pomimo potencjalnych możliwości rozszerzenia zespołu terapeutycznego o dodatkowych specjalistów, np. pracowników socjalnych, poziom wyceny procedury sprawia, iż porada zwykle odbywa się w minimalnym składzie personalnym. Silosowy model organizacji polskiego systemu wsparcia powoduje także brak możliwości łączenia usług zdrowotnych i społecznych, a taka możliwość mogłaby generować faktyczną wartość dodaną w leczeniu środowiskowym w porównaniu z wizytą w ramach poradni zdrowia psychicznego.

¹⁰⁹ Wynik analizy własnej na podstawie realizacji kontraktu z NFZ w zakresie realizacji świadczenia „zespół leczenia domowego” za okres 1 stycznia 2019 r. – 31 grudnia 2020 r.

Rysunek 3. Przestrzenna dystrybucja zespołów leczenia domowego



Źródło: basiw.mz.gov.pl (dostęp: 15.05.2021)

Założenia modelu starają się przewyżczyć wskazany mankament. Jego realizacja ma zapewnić uczestnikom wielowymiarową pomoc w środowisku ich przebywania poprzez integrację świadczeń zdrowotnych i usług z zakresu pomocy społecznej i szerzej całej sfery socjalnej, pozwalających na objęcie opieką poprawiającą jakość życia tych chorych, a tym samym lepsze funkcjonowanie społeczne. Działania te będą wymuszały wdrożenie współpracy personelu medycznego ze specjalistami o innych kwalifikacjach, takich jak psychologowie, terapeuci zajęciowi i środowiskowi, pracownicy socjalni. Przewidywane jest także wykorzystanie personelu w nowych dla polskiego systemu rolach zawodowych, w szczególności ekspertów przez doświadczenie, a więc specjalistów wspierających proces zdrowienia, którzy łączą wiedzę fachową z doświadczeniem płynącym z przeżycia choroby psychicznej. W wielu krajach zaangażowanie tego personelu stanowi ugruntowaną dobrą praktykę konstruowania wsparcia, która pozytywnie wpływa na efekty terapii¹¹⁰. Kluczowe założenia przyjęte przy opracowywaniu modelu:

¹¹⁰ W polskim systemie rehabilitacji społecznej i zawodowej ekspertów przez doświadczenie od lat wykorzystuje się w aktywizacji osób po urazie rdzenia kręgowego w implementowanej procedurze aktywnej rehabilitacji, którą w ramach powierzania zadań publicznych do realizacji organizacjom pozarządowym finansował PFRON.

a) Niezbędne są kompleksowe rozwiązania, obejmujące wszystkie obszary życia chorego i jego najbliższe otoczenie społeczne, w tym całe istotne środowisko życia, usuwające obecną fragmentaryczność wsparcia, która często nie tylko nie terapeutyzuje skutecznie, lecz może pogłębiać frustrację i zniechęcenie.

b) W szczególności konieczna jest koordynacja działań zdrowotnych oraz społecznych i niedopuszczalne będzie odsyłanie chorego pomiędzy instytucjami tak, by był on zmuszony informować o swojej sytuacji zdrowotnej kolejne, przypadkowe osoby, co tylko może pogłębiać stres i poczucie pozostawienia samemu sobie z problemem.

c) Model musi być uniwersalny i dostosowany indywidualnie do każdego uczestnika, z uwzględnieniem rodzaju choroby, zapewniając jednocześnie szybką pomoc dla chorego, a w razie potrzeby także dla jego środowiska życia (rodziny).

d) Wszystkie usługi muszą być świadczone na wysokim poziomie merytorycznym, a osoby zaangażowane w realizację modelu będą przyjazne i empatyczne, zaplanowana zostanie identyfikacja wizualna personelu z pominięciem ubioru charakterystycznego dla zakładów opieki leczniczej.

e) Pacjent powinien mieć poczucie wpływu na proces terapeutyczny, a rolą personelu jest kształtowanie u niego sprawczości, także poprzez współdecydowanie w procesie zdrowienia (*empowerment*); atmosfera spotkań z uczestnikami modelu będzie partnerska.

f) Model będzie uwzględniał horyzontalną zasadę równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności pomieszczeń i usług dla osób z niepełnosprawnościami¹¹¹.

g) Model będzie bardziej efektywny ekonomicznie i społecznie – proces zdrowienia odbywający się w środowisku pacjenta zmniejszy koszty społeczne związane z wystąpieniem kryzysu zdrowia psychicznego i ułatwi powrót do uprzednio odgrywanych ról społecznych (edukacji, pracy). W rezultacie zliczając wszystkie koszty, także te odległe, dotyczące innych systemów wsparcia (w tym zabezpieczenia społecznego), rozwiązanie zaproponowane w modelu będzie tańsze dla budżetu i instytucji niż obecny system wsparcia, gdyż koszty realizacji świadczeń modelowych zrekompensuje:

- spadek wydatków na leczenie szpitalne osób, które dzięki skorzystaniu z oferty modelu nie trafią do leczenia całodobowego;

- zmniejszenie kosztów związanych z rentami i dodatkami socjalnymi osób po kryzysie psychicznym, które za sprawą rehabilitacji społeczno-zawodowej wrócą do pracy zarobkowej oraz ról społecznych sprzed kryzysu.

h) Świadczone usługi będą spersonalizowane i kompleksowe oraz komplementarne względem funkcjonującego katalogu świadczeń, w tym system ochrony zdrowia i opieki społecznej (systemowy asystent rodziny), system wsparcia rodziny¹¹².

¹¹¹ Wrocławskie Centrum Zdrowia – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, *op. cit.*, cz. 1.

¹¹² *Ibidem*, s. 23–43.

5.5. Innowacyjność i komplementarność wobec istniejących rozwiązań instytucjonalnych

Zgodnie z założeniami wdrażany model powinien cechować się innowacyjnością na poziomie celów, organizacji procesów do nich prowadzących, aranżacji współpracy pomiędzy poszczególnymi aktorami działań. W celu realizacji przytoczonych powyżej założeń odnoszących się do wykreowania nowej jakości w opiece nad osobami z problemami psychicznymi, przy jednoczesnym założonym ewolucyjnym podejściu do wprowadzania zmiany organizacyjnej w ten obszar, konieczne było zaprojektowanie nowych instytucji zarówno w organizacyjnym, jak i procesualnym znaczeniu tego terminu. Nowe instytucje-organizacje musiały uzupełnić luki w dotychczasowym systemie opieki psychiatrycznej; najważniejszą z nich jest samo centrum zdrowia psychicznego oraz składające się nań komórki organizacyjne, realizujące zadania nieobecne do tej pory w polskim systemie ochrony zdrowia psychicznego. Najważniejsze, innowacyjne rozwiązania to: centrum koordynacji, zespół terapeutyczny, zespół koordynatorów procesu zdrowienia, dom wspólny, a także ośrodek dziennego wsparcia – hybrydowa forma wsparcia łącząca funkcjonalności oddziału dziennego psychiatrycznego, ŚDS typu A, ściśle współpracująca w procesie zdrowienia z pozostałymi elementami CZP. Instytucje-procesy stanowią nowe, innowacyjnie zdefiniowane wzory powtarzalnych interakcji określające schematy postępowania z pacjentem w CZP w zależności od szeregu zmiennych określających stan pacjenta. Najważniejszą instytucją jest tu ścieżka procesu zdrowienia oparta na stosowaniu metodologii ICF – międzynarodowej klasyfikacji funkcjonowania niepełnosprawności i zdrowia oraz zbudowanego na jej bazie procesualno-iteracyjnego modelu zarządzania procesem zdrowienia-rehabilitacji.

Nowe rozwiązania, które przedstawione zostaną w dalszej części rozdziału, musiały – zgodnie z ideą projektowanego działania – zostać wpisane w istniejący system wsparcia, zarówno w obszarze ochrony zdrowia, jak i pozostałych zakresów polityk publicznych, zwłaszcza pomocy społecznej. Projektowane działania nie mogły dublować funkcjonujących rozwiązań ani ich pomijać. Wyjątek stanowiły sytuacje, w których projektowane rozwiązanie (jak przewidziany w modelu Ośrodek Dziennego Wsparcia) łączyło funkcjonalności więcej niż jednej instytucji tradycyjnego systemu (w tym przypadku oddziału dziennego psychiatrycznego i ŚDS) oraz wprowadzało nowe rozwiązania, niemożliwe do zastosowania w obecnie działających elementach systemu (tu przede wszystkim zarządzanie procesem zdrowienia oparte na metodologii ICF)

Innowacyjność w zakresie celów zakłada zwłaszcza objęcie możliwym wsparciem nie tylko osoby bezpośrednio zgłaszające się z problemem, ale także, w zależności od ustaleń diagnostycznych, szersze środowisko społeczne, w przypadku gdy proces terapeutyczny wskazuje na taką potrzebę.

Charakteryzując pełne spektrum wsparcia w CZP, wyróżnić możemy trzy obszary działań: świadczenia zdrowotne, usługi społeczne i usługi socjalne, traktowane z jednej strony jako subkategoria usług społecznych, z drugiej jako pole, na którym istotną rolę odgrywa współdziałanie i koordynacja działań z obszarem świadczeń zdrowotnych. W wymiarze systemowo-organizacyjnym czynności te miały zostać zapewnione przez system powiązanych ze sobą instytucji. W szczególności w ramach poszczególnych obszarów na omawiany model CZP, którego schemat organizacyjny przedstawia rysunek 4, składają się¹¹³:

- a) Świadczenia zdrowotne
 - zespół terapeutyczny – szybkie wsparcie i diagnostyka w oparciu o działanie zespołu specjalistów
 - zarządzanie procesem zdrowienia – opieka koordynatora procesu zdrowienia (KPZ) dla zakwalifikowanych pacjentów
 - POZ – wstępna diagnoza psychiatryczna
 - POZ – wsparcie pacjentów w zakresie chorób towarzyszących
 - konsultacje lekarskie ze specjalistami w procesie zdrowienia
 - poradnia zdrowia psychicznego
 - ośrodek dziennego wsparcia
 - infolinia
 - grupa wsparcia
 - konsultacje indywidualne z terapeutą
 - edukacja zdrowotna i informacja
 - praca własna uczestnika modelu
- b) Działania socjalne (mieszkanie, praca, finanse)
 - edukacja i informacja
 - warsztaty
 - miejsca noclegowe typu T (treningowego)
 - miejsca noclegowe typu U (usamodzielniającego)
 - praca własna uczestnika modelu
 - specjalistyczne usługi opiekuńcze
 - ośrodek dzienny
 - poradnictwo zawodowe
 - trening pracy
 - zatrudnienie wspomagane
- c) Działania społeczne
 - edukacja i informacja

¹¹³ *Ibidem*, s. 127–148.

- praca własna uczestnika modelu
 - grupa wsparcia
 - klub pacjenta
 - działania dla środowiska
 - infolinia
- d) Świadczenia łączące cechy oddziaływania medycznego i społecznego
- koordynacja procesu zdrowienia
 - ośrodek dziennego wsparcia
 - grupy wsparcia.

Rysunek 4. Schemat organizacyjno-funkcjonalny centrum zdrowia psychicznego w ramach projektu PO WER we Wrocławiu



Źródło: E. Bartecka-Piłasiewicz, W. Skiba, *Wrocławski PO WER i jego miejsce w opiece psychiatrycznej Wrocławia*, wystąpienie na 46. Zjeździe Psychiatryków Polskich, Szczecin, 22–24 czerwca 2021 r.

5.6. Koordynacja usług zdrowotnych i społecznych

Obecnie funkcjonujące rozwiązania prawne utrudniają, jeśli nie uniemożliwiają, koordynację usług zdrowotnych i społecznych dla osób z chorobami psychicznymi. W ramach każdego z tych obszarów, a zwłaszcza w ochronie zdrowia, kolosalnym problemem bywa koordynacja usług. W opiece zdrowotnej główną przyczyną tego stanu

jest wielość podmiotów świadczących usługi ochrony zdrowia i tradycyjny, separacyjny model leczenia psychiatrycznego. W rezultacie hospitalizowani pacjenci psychiatryczni rzadko mogą liczyć na właściwe leczenie chorób towarzyszących. Również problem odpowiedniej diagnostyki zaburzeń psychicznych na poziomie lekarzy pierwszego kontaktu stanowi istotny problem. Najczęściej nie współpracują oni zbyt efektywnie z systemem leczenia psychiatrycznego. W związku z tym istnieje pilna potrzeba zmiany obecnie istniejącego systemu ochrony zdrowia i opieki społeczno-socjalnej. Nowy model pomocy osobom z doświadczeniem choroby psychicznej powinien uwzględniać podejście podmiotowe. Oznacza to, że najważniejszym elementem zmienionego systemu powinien być chory i jego potrzeby, które będą wyznaczały zakres świadczonych usług przez odpowiednie instytucje.

Cechami modelu, które powinny przewyciężyć opisane problemy w udzielaniu wsparcia, są:

- indywidualizowane, podmiotowe podejście do osób wymagających wsparcia;
- integracja wsparcia z zakresu ochrony zdrowia i pomocy społecznej w modelu w wymiarze procesowym, lokalizacyjnym i podmiotowym;
- lokalizacja świadczonych usług zdrowotnych i społecznych – centrum zdrowia psychicznego;
- integracja podmiotów świadczących usługi zdrowotne i społeczne w modelu – zawiązane partnerstwa;
- zindywidualizowany, bazujący na pełnej diagnozie proces terapeutyczny – zarządzanie procesem zdrowienia, w którym wyróżniamy: podstawowe zarządzanie terapią oraz intensywne zarządzanie procesem zdrowienia z wykorzystaniem ICF¹¹⁴.

Model przewiduje podmiotowe podejście do pacjenta oraz zaangażowanie – w tworzenie procesu zdrowienia i jego realizację – odbiorcy modelu i osób z jego najbliższego otoczenia stanowiących jego sieć społeczną. Każdy z odbiorców modelu otrzyma inny zakres wsparcia, który określony zostanie – przez zespół terapeutyczny przy czynnym udziale pacjenta i jego najbliższego otoczenia – na podstawie kompleksowej diagnozy jego indywidualnych potrzeb zdrowotnych, socjalnych i społecznych oraz posiadanego potencjału. Zaangażowanie pacjenta i jego bliskich w tworzenie planu zdrowienia daje mu nie tylko poczucie, iż traktuje się go jako partnera, a nie przedmiot terapii, ale przede wszystkim motywuje go i jego rodzinę do czynnego udziału w jego realizacji. Zespół terapeutyczny i koordynator zdrowienia będą traktować pacjenta jako partnera, co zmniejszy dystans pacjent–terapeuta i wzmocni efekt terapeutyczny. Ustalony, po kompleksowej diagnozie sytuacji zdrowotno-społecznej pacjenta, indywidualny dla każdego odbiorcy modelu proces zdrowienia podlega ciągłej ewaluacji przez pacjenta, koordynatora

¹¹⁴ *Ibidem*, s. 149–155.

zdrowienia i zespół terapeutyczny w celu zapewnienia mu optymalnych warunków do powrotu do zdrowia i odgrywanych – przed kryzysem psychicznym – ról społecznych. Integracja miejsca świadczenia usług została uzyskana poprzez koncepcję stworzenia centrum zdrowia psychicznego, w ramach którego świadczone będą wszystkie usługi medyczne oraz społeczne niezbędne do zaopatrzenia osoby z doświadczeniem choroby psychicznej w pomoc niezbędną dla utrzymania jej w środowisku¹¹⁵.

5.7. Integracja usług, komplementarność wsparcia

W CZP świadczone mają być zintegrowane usługi medyczne oraz społeczne oferowane w ramach obecnie funkcjonującego systemu wsparcia społeczno-zdrowotnego oraz finansowane z modelu – nowe formy wsparcia o charakterze innowacyjnym i komplementarnym względem funkcjonujących już na rynku. Jako usługi medyczne CZP posiadać będzie zakontraktowane przez tworzący centrum podmiot leczniczy produkty NFZ:

- poradnię psychiatryczną dla dorosłych – w jej ramach udzielane będą planowe porady psychiatryczne i prowadzona będzie psychoterapia;
- zespół leczenia środowiskowego, który będzie udzielał świadczeń jedynie tym pacjentom, których zdiagnozowane potrzeby terapeutyczne mogą zostać zaspokojone w tej formule świadczenia medycznego.

Uzupełnieniem opieki zdrowotnej realizowanej w domu pacjenta będą specjalistyczne usługi opiekuńcze, którą to formę wsparcia gwarantuje system pomocy społecznej. W ramach lokalizacji CZP funkcjonował będzie ośrodek zarządzania Specjalistycznymi Usługami Opiekuńczymi, które będą realizowane i finansowane na dotychczasowych zasadach jako zadanie zlecone z zakresu administracji rządowej w pomocy społecznej.

Usługi gwarantowane przez system zdrowotny w ramach kontraktu z NFZ zostaną uzupełnione o nowe usługi przewidziane w modelu, które będą w części adresowane do wszystkich pacjentów centrum zdrowia psychicznego, a częściowo ich beneficjentami będą jedynie pacjenci objęci intensywnym zarządzaniem procesem terapii według ICF.

Zgodnie z modelem następujące funkcjonalności dostępne będą dla każdego pacjenta:

- ośrodek koordynacji,
- całodobowa infolinia,
- zespół terapeutyczny i zespół mobilny,
- koordynatorzy zdrowienia,
- grupy wsparcia dla pacjentów i ich rodzin.

¹¹⁵ *Ibidem*.

Dla pacjentów objętych intensywnym zarządzaniem procesem terapii przewidziano dodatkowo następujące funkcjonalności¹¹⁶:

- ośrodek wsparcia dziennego – obejmujący funkcjonalność oddziału dziennego oraz środowiskowego domu samopomocy typu A/C wraz z łózkami interwencyjnymi,
- zespół koordynacji i zarządzania procesem zdrowienia,
- koordynacja procesu wspieranego zatrudnienia.

Nie wszystkie opisane w modelu innowacyjne formy wsparcia realizowane będą w centrum zdrowia psychicznego. Od stosowania zasady jedności lokalizacji usług wsparcia odstąpiono ze względu na kryteria:

- profesjonalne: prowadzenie działań wymaga stosowania specjalistycznej wiedzy, a odbiorcami tych działań będzie stosunkowo niewielka część uczestników modelu.
- związane z organizacją procesu terapeutycznego i formy leczenia.

Dotyczy to miejsc noclegowych typu treningowego i usamodzielniającego – usługi przewidzianej w modelu.

5.8. Zindywidualizowany, bazujący na pełnej diagnozie proces terapeutyczny – zarządzanie procesem zdrowienia

Zgodnie z najnowszą wiedzą z zakresu leczenia i rehabilitacji integracja oddziaływań terapeutycznych oraz zarządzanie procesem terapii stanowią często o sukcesie bądź porażce procesu leczenia lub rehabilitacji. Zastosowanie zindywidualizowanego, wieloaspektowego podejścia ma szczególne znaczenie w najtrudniejszych przypadkach, w których dotychczasowe formy terapii okazywały się mało skuteczne. W modelu przewidziano wprowadzenie dwóch form zarządzania procesem terapeutycznym.

Bazową formą zarządzania przypadkiem w modelu jest tzw. podstawowe zarządzanie terapią. W tej formule podmiotem aktywnym i odpowiedzialnym za całokształt procesu terapeutycznego jest pacjent, który samodzielnie będzie zawiadywał procesem zdrowienia. Proces zdrowienia opracowany zostanie na podstawie kompleksowej diagnozy zdrowotno-społecznej przez pacjenta i zespół terapeutyczny. Brak tu aktywnego zarządzania procesem zdrowienia oraz wsparcia koordynatora zdrowienia, tym samym nie będzie prowadzona dokumentacja procesu zgodnie z przyjętą metodyką bazującą na ICF. Zastosowanie tej formy organizacji procesu terapeutycznego wymaga uznania, iż pacjent będzie w stanie samodzielnie podołać obowiązkom wynikającym z organizacji procesu leczenia i rehabilitacji społecznej. W stosunku do dotychczasowych rozwiązań zadanie to będzie łatwe dzięki integracji świadczeń w ujęciu procesowym, lokalizacyjnym i podmiotowym oraz zaangażowaniu pracowników socjalnych i zespołu

¹¹⁶ *Ibidem*.

terapeutycznego. Według szacunków opartych na doświadczeniach niemieckich przyjęto, iż ta forma organizacji procesu terapeutycznego dotyczyć będzie około 90–95% osób zgłaszających się z problemem psychicznym. Rola koordynatora zdrowienia będzie w tym przypadku marginalna, będzie on spotykał się sporadycznie z pacjentem w celu oceny jego sytuacji zdrowotno-społecznej – okresowej i w razie potrzeby zgłaszanej przez samego beneficjenta wsparcia.

Drugą formą zarządzania przypadkiem w modelu jest intensywne zarządzanie terapią określane formułą „Zarządzanie Procesem Zdrowienia z wykorzystaniem ICF”. W jego ramach następuje integracja danych z diagnozy medycznej, stawianej zgodnie z obowiązującymi przepisami i standardami, z diagnozą społeczną. Pacjenci będą mieli, według zdiagnozowanych faktycznych potrzeb w tym zakresie, stawianą pełną diagnozę funkcjonalną oraz projektowany proces zdrowienia (leczenia i rehabilitacji), w którym elastycznie wykorzystywane będą dotychczasowe usługi zdrowotne i społeczne oraz niezbędne z punktu widzenia celu tworzenia modelu nowe usługi komplementarne, opisane w tym opracowaniu¹¹⁷. Całością zarządza koordynator procesu zdrowienia. Szczegóły projektowanego rozwiązania opisane są w dalszej części publikacji. W celu wsparcia koordynacji usług zdrowotnych i społecznych w modelu powołano komórkę nazwaną ośrodkiem koordynacji, która odpowiada za przekazanie pacjentowi informacji o kompletnej ofercie wsparcia socjalnego, społecznego i zdrowotnego dla osób z doświadczeniem choroby psychicznej i ich rodzin, zasadach przyznania i otrzymania poszczególnych jej form oraz pomocy w ich uzyskaniu. Ponadto każdemu pacjentowi przystępującemu do modelu zostanie przypisany koordynator zdrowienia, który będzie czuwał nad tym, w jakiej sytuacji społeczno-zdrowotnej znajduje się obecnie jego podopieczny, i pomoże mu w poruszaniu się w systemie wsparcia społecznego i zdrowotnego.

Wśród narzędzi służących poprawie koordynacji wsparcia społeczno-zdrowotnego dla osób z doświadczeniem psychicznym opracowanych w ramach modelu wymienić można:

- infolinię,
- system informatyczny dla instytucji realizujących świadczenia na rzecz odbiorców modelu,
- zawiązane partnerstwa w celu zapewnienia kompleksowej opieki nad pacjentem,
- przyjazną użytkownikowi stronę internetową z wyszukiwarką miejsc realizacji świadczeń zdrowotnych i innych usług wsparcia dla osób z doświadczeniem choroby psychicznej.

¹¹⁷ Tworzenie alternatywnych wobec leczenia szpitalnego form terapii bazujących na środowisku lokalnym, takich jak grupy wsparcia, działania dla rodzin, pomoc prawna, współpraca z POZ, działania usamodzielniające, w tym w formie stacjonarnych pobyków w miejscach typu treningowego i usamodzielniającego, działania włączające w rynek pracy.

5.9. Ośrodek koordynacji (OK)

Jednostką organizacyjną centrum zdrowia psychicznego sprawującą nadzór nad przebiegiem procesu zdrowienia pacjenta – uczestnika modelu jest ośrodek koordynacji. To strategiczny element CZP odpowiedzialny za koordynację działań w zakresie świadczeń zdrowotnych, socjalnych oraz społecznych. Ośrodek koordynacji stanowić będzie główne miejsce kontaktowe dla uczestników modelu, ich rodzin oraz środowiska, w którym funkcjonuje osoba z doświadczeniem choroby psychicznej. W celu zapewnienia kompletności świadczonych usług będzie tam przyjmował wykwalifikowany personel, posiadający doświadczenie w pracy z osobami dotkniętymi chorobami psychicznymi. Kadra OK składać się będzie z asystenta medycznego potencjalnych uczestników modelu (ang. *welcome person*), koordynatora procesu zdrowienia, zespołu terapeutycznego oraz personelu ds. społecznych i zawodowych. Personel funkcjonujący w strukturach OK będzie ściśle współpracował ze wszystkimi partnerami wchodzącymi w skład modelu CZP w celu uzyskania synergii działań systemu. OK jest miejscem, w którym następuje pierwszy kontakt pacjenta z CZP. Pacjent zgłasza się (lub robi to osoba trzecia) i informuje o potrzebach oraz sytuacji zdrowotnej/społecznej. Zgłoszenie odbywa się w siedzibie ośrodka koordynacji, telefonicznie lub mailowo. W wyniku kontaktu telefonicznego i mailowego następuje zaproszenie do ośrodka koordynacji. W dalszej kolejności asystent medyczny poznaje pacjenta, jego sytuację oraz wypełnia formularz informacyjny. W wyniku wstępnej kwalifikacji przekazuje informację do lidera zespołu terapeutycznego, który zwołuje spotkanie zespołu w celu przeprowadzenia wywiadu. Wskutek wstępnej kwalifikacji na podstawie wywiadu diagnostycznego i decyzji następuje przyjęcie do CZP i określenie form wsparcia. W sytuacji braku możliwości stawienia się w ośrodku, w tym ze względów medycznych, wsparcie odbywa się w formie zespołu mobilnego, w miejscu wskazanym przez pacjenta (najczęściej miejsce zamieszkania)¹¹⁸.

5.10. Zespół terapeutyczny¹¹⁹

Zadaniem zespołu terapeutycznego jest bezzwłoczne zapewnienie kompleksowej opieki zaraz po przyjęciu pacjenta do centrum i przeprowadzenie wstępnej kwalifikacji w ośrodku koordynacji. Zespół tworzą, według modelu, następujący specjaliści:

- psycholog, który będzie koordynatorem zdrowienia,
- pielęgniarki, w tym pielęgniarka psychiatryczna i środowiskowa,

¹¹⁸ Wrocławskie Centrum Zdrowia – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, *op. cit.*, cz. 1, s. 128–129.

¹¹⁹ *Ibidem*, s. 131–134.

- terapeuta środowiskowy,
- terapeuta zajęciowy,
- psychiatra,
- coach,
- opiekunka,
- doradca zawodowy,
- inni specjaliści w zależności od potrzeb.

Zespół terapeutyczny jest prowadzony przez lidera, który dobiera skład zespołu na wywiad odpowiednio do potrzeb pacjenta i jego sytuacji. Co do zasady ten etap przeprowadza dwuosobowy zespół, który może być poszerzony o dodatkowych specjalistów. Podczas wywiadu wypełniany jest formularz wywiadu diagnostycznego ZT opartego na metodologii ICF. W szczególności ZT prowadzi następujące, określone w modelu, działania na rzecz pacjentów:

- dokonuje wstępnej diagnozy, przeprowadza niezbędne badania pacjenta, dokonuje oceny jego stanu psychicznego i somatycznego, ocenia zagrożenie samobójstwem, agresją względem innych osób, identyfikuje inne zagrożenia zdrowotne;
- podejmuje krótkotrwałą psychoterapię uczestnika modelu, interwencje rodzinne;
- w razie potrzeby wdraża elementy psychoedukacji uczestnika modelu i rodziny (przekazanie podstawowych danych o chorobie, czynnikach wyzwalających nawrót, o stosowanych lekach, sposobach radzenia sobie z nawrotami choroby);
- realizuje interwencje pielęgniarские – podanie leków psychotropowych w formie doustnej i iniekcji, drobne zabiegi, edukacja w zakresie osobistej higieny;
- rozpoznaje sytuację rodzinną, zawodową beneficjenta projektu;
- opracowuje indywidualny plan terapii dla danego uczestnika modelu oraz przydziela koordynatora w procesie zdrowienia;
- podejmuje decyzje o skierowaniu do innych form opieki psychiatrycznej: oddział dzienny, zespół leczenia środowiskowego, łóżka kryzysowe zlokalizowane poza szpitalem, oddział psychiatryczny przy szpitalu ogólnym; decyduje o natychmiastowym wezwaniu zespołu pogotowia ratunkowego w celu przewiezienia chorego do oddziału psychiatrycznego przy szpitalu ogólnym lub na łóżko kryzysowe zlokalizowane poza szpitalem (dom kryzysowy);
- prowadzi intensywną, krótkotrwałą opiekę i leczenie w swojej siedzibie lub w domu pacjenta;
- ZT w formie zespołu mobilnego – zespół wyjeżdża do pacjenta w składzie co najmniej dwuosobowym i udziela świadczeń w miejscu zamieszkania, z uwzględnieniem oddziaływania na sieć społeczną świadczeniobiorcy;

– w realizacji swoich celów stosuje metodologię ICF, która strukturalizuje uzyskiwane informacje i stanowi zrab wdrożenia procesu zarządzania terapią pacjenta i wyznaczenie wielowymiarowych celów terapii.

Na podstawie rozmowy wstępnej z osobą, która trafiła do OK, przeprowadzonej przez asystenta medycznego oraz wywiadu diagnostycznego i pozostałych działań zespołu terapeutycznego kierownik ośrodka koordynacji podejmuje decyzję o poziomie intensywności terapii pacjenta w CZP. Wyróżnia się intensywny poziom zarządzania terapią, w którym pacjentowi przydzielone zostaje wsparcie w postaci koordynatora procesu zdrowienia, i zwykle zarządzanie terapią, gdzie koordynację wsparcia prowadzi ośrodek koordynacji.

5.11. Koordynacja procesu zdrowienia na podstawie ICF

Koordynacja zdrowienia i różnicowanie intensywności zarządzania procesem terapeutycznym stanowi jedną z najważniejszych przesłanek podniesienia efektywności terapii, w szczególności dla osób z najpoważniejszymi problemami zdrowotnymi¹²⁰. W modelu koordynacja procesu zdrowienia i zarządzanie procesem bazuje na wykorzystaniu metodologii zarządzania procesem rehabilitacji na bazie ICF i przydzielaniu pacjentowi indywidualnego opiekuna koordynującego, uzgadniającego, monitorującego, ewaluującego działania, w których partycypuje pacjent. Uczestnikowi przydziela się koordynatora procesu zdrowienia nie później niż w ciągu 24 godzin od zakwalifikowania do CZP. Funkcję tę pełnić powinna osoba z doświadczeniem w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi. W projekcie pierwotnie zaplanowano angażowanie do tej roli psychologów, później, także pod wpływem rozwiązań stosowanych w innych projektach, zdecydowano o poszerzeniu tej kategorii o osoby z doświadczeniem choroby psychicznej, które nabyły kwalifikacje eksperta przez doświadczenie bądź równoważne. Zadaniem koordynatora, według zapisu modelu, w relacji z pacjentem jest m.in.:

- nawiązanie partnerskiej relacji z uczestnikiem modelu, zapewnienie wsparcia,
- działanie na rzecz łagodzenia napięcia towarzyszącego kryzysowi,
- bliska współpraca z pozostałym personelem zaangażowanym w działania terapeutyczne na rzecz danego pacjenta,
- rozpoznanie sytuacji życiowej, nawiązanie kontaktu z rodziną, przyjaciółmi, środowiskiem pracy (po uzgodnieniu z pacjentem),
- przekazanie informacji o możliwościach, formach leczenia w CZP,
- współdziałanie przy opracowywaniu planu terapeutycznego,

¹²⁰ J. Botti, T. Hagdorn, *op. cit.*

– bieżące monitorowanie procesu terapeutycznego, prowadzenie dokumentacji w ramach procedury intensywnego zarządzania terapią.

KPZ towarzyszy pacjentowi w procesie zdrowienia poprzez koordynację działań zdrowotnych, społecznych i socjalnych, dla których wykorzystywany jest model zarządzania procesem rehabilitacji ICF. Po przygotowaniu planu zdrowienia, we współpracy z pacjentem, zespołem terapeutycznym i innymi komórkami centrum zaangażowanymi w diagnostykę danego pacjenta, uczestnik modelu podpisuje kontrakt procesu zdrowienia. Plan procesu zdrowienia obejmować powinien wszystkie konieczne czynności, które maksymalnie uprawdopodobniają osiągnięcie przyjętych i zaakceptowanych przez pacjenta celów. Przykładowo mogą być to, w zależności od uczestnika, następujące działania:

- zdrowotne – przyjmowanie leków, konieczne wizyty lekarskie (nie tylko psychiatryczne), profilaktyka innych chorób, edukacja zdrowotna (psychoedukacja);
- terapeutyczne – indywidualne i grupowe;
- uspołeczniające, w tym treningi umiejętności społecznych, także w warunkach mieszkalnictwa chronionego (dom wspólny), wyjścia do biblioteki, kina, muzeum itp.;
- sportowe/rekreacyjne, w tym terapia ruchem, tańcem, techniki relaksacyjne, sport indywidualny i grupowy;
- związane z rynkiem pracy, w tym spotkania z doradą zawodowym, wizyty w urzędzie pracy, centrach doradztwa zawodowego, trening pracy, wspierane zatrudnienie;
- sprawy socjalne, w tym ubezpieczenie, świadczenia¹²¹.

5.12. Ośrodek dziennego wsparcia (ODW)

Pod nazwą ODW kryją się funkcjonalności realizowane w ramach istniejącego systemu przez dwa typy placówek: dzienne oddziały psychiatryczne i środowiskowe domy samopomocy. W realiach projektu wszyscy uczestnicy ODW są pacjentami objętymi intensywnym zarządzaniem terapią, w związku z czym mają indywidualnie konstruowane programy wsparcia. W zależności od stanu zdrowia, postępów terapii program pobytu w ODW może mieć więcej cech wsparcia typowego dla oddziału dziennego bądź ŚDS.

Podstawowym wskazaniem do skierowania pacjenta jest pogorszenie, na skutek choroby, zaradności i samodzielności życiowej, a także alienacja społeczna. Wzrost umiejętności psychospołecznych stanowi ważną potrzebę u osób chorujących psychicznie, u których w efekcie zaburzeń doszło do samowykluczania się i stygmatyzacji. W trakcie pobytu w ramach terapii wzmacnia się mocne strony uczestników i pracuje nad eliminacją słabości. Uczestnicy są edukowani i przechodzą treningi umiejętności

¹²¹ Wrocławskie Centrum Zdrowia – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, *op. cit.*, cz. 1, s. 141–143.

społecznych. Oddziaływaniem objęte jest również najbliższe otoczenie społeczne. W powiązaniu z ODW funkcjonuje klub rodzin i bliskich prowadzący elementy terapii w środowisku życia klientów centrum.

Głównymi celami funkcjonowania ODW, określonymi w modelu, są:

- wspieranie uczestników i ich rodzin oraz kompensowanie skutków zdrowotnych w sferze zdrowia psychicznego;
- wytworzenie stałych mechanizmów wsparcia polegających na systematycznym, zaplanowanym i ukierunkowanym zespole działań skierowanych do grup pozostających na marginesie społecznym na skutek przebytego kryzysu psychicznego;
- stworzenie możliwości samodzielnego bądź w części samodzielnego funkcjonowania osób z zaburzeniami psychicznymi w ich środowisku przy jednoczesnym wsparciu ich opiekunów i rodzin;
- przedłużenie czasu remisji choroby i zmniejszenie skali hospitalizacji;
- stworzenie środowiska osób wzajemnie się wspierających oraz miejsca, gdzie mogą się spotykać i szukać pomocy (uczestnicy i ich rodziny);
- propagowanie modelu zdrowej rodziny¹²².

5.13. Dom wspólny (DW) i łóżka interwencyjne

Od wielu lat miejsca hostelowe to najmniej dostępna forma wsparcia dla osób z problemami psychicznymi; podkreślał to już w 2014 r. w swoim raporcie rzecznik praw obywatelskich¹²³. Według danych rządowych w tym zakresie nic się nie zmieniło. Na początku 2020 r. NFZ finansował w Polsce osiem ośrodków hostelowych, z czego trzy w województwie mazowieckim¹²⁴ (rysunek 5). W DW pacjenci objęci intensywnym zarządzaniem terapią będą uczestniczyć w profilowanych programach psychoterapeutycznych i rehabilitacyjnych prowadzonych w domowych warunkach chronionego zakwaterowania, pozwalających na przywrócenie umiejętności społecznych w codziennym funkcjonowaniu osobom z poważnymi problemami psychicznymi. W DW uczestnicy mają możliwość wykształcenia lub przywrócenia podstawowych umiejętności społecznych i zawodowych, takich jak sprzątanie, gotowanie, pranie, życie w grupie, poszukiwanie pracy itp. Skierowanie i szczegółowy program wsparcia będzie ustalany indywidualnie przez zespół terapeutyczny wraz z koordynatorem oraz innym personelem uczestniczącym w terapii. Jedną z form wsparcia będzie całodobowa opieka w mieszkaniu typu treningowego lub

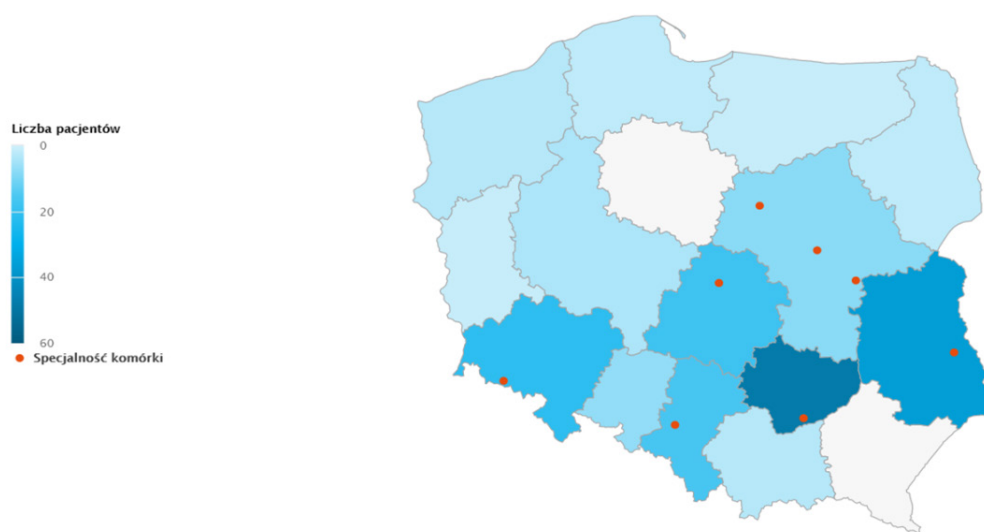
¹²² *Ibidem*.

¹²³ Rzecznik Praw Obywatelskich, *Ochrona Zdrowia Psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki*, 2014, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/ochrona-zdrowia-psychicznego-w-polsce-wyzwania-plany-bariery-dobre-praktyki-raport-rpo> (dostęp: 12.05.2021).

¹²⁴ Za: basiw.mz.gov.pl.

typu usamodzielniającego. Pobyt w mieszkaniach jest szczególnie pomocny w rozwijaniu umiejętności życia społecznego. Przez miejsce typu treningowego należy rozumieć „dom grupowy”, czyli miejsce, gdzie ludzie po kryzysach psychicznych mieszkają, a zarazem podejmują trening społeczny i uczą się życia na własny rachunek¹²⁵.

Rysunek 5. Sieć hosteli dla osób z zaburzeniami psychicznymi finansowanych ze środków NFZ



Źródło: Opracowanie DAIS na podstawie danych NFZ

Źródło: basiw.mz.gov.pl

W ramach ośrodka utworzono cztery miejsca noclegowe – tzw. łóżka interwencyjne dla uczestników modelu (łóżka I). Decyzja o pozostaniu w miejscu noclegowym podejmowana jest wspólnie przez uczestnika oraz prowadzący go zespół terapeutyczny. Uczestnik z miejsc noclegowych korzysta jako gość. Przy podejmowaniu decyzji, czy dana osoba potrzebuje skorzystać z całodobowego pobytu, bierze się pod uwagę nie tylko występowanie objawów i istniejące ryzyko, ale także charakter relacji terapeutycznej, a przede wszystkim potrzebę wdrożenia innych środków, gdy wcześniejsze zawiodły i nie przynoszą spodziewanych rezultatów zdrowienia. Miejsca typu treningowego będą miały 24-godzinną opiekę, a miejsca typu usamodzielniającego będą przyjaźnie nadzorowane każdego dnia przez co najmniej godzinę. Usługa będzie adresowana szczególnie do osób po pierwszych epizodach choroby, mających problemy mieszkaniowe bądź dla których zmiana środowiska życia będzie przesłanką terapeutyczną.

¹²⁵ Wrocławskie Centrum Zdrowia – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, *op. cit.*, cz. 1, s. 146.

6. Dwa pilotaże: podobieństwa i różnice.

Podsumowanie

Prezentacja przez Biuro ds. pilotażu raportu oceniającego pierwsze skutki funkcjonowania centrów zdrowia psychicznego organizowanych na podstawie rozporządzenia ministra zdrowia wskazuje na lekko zarysowujący się pozytywny trend zmian, jednakże jego wyniki trudno uznać za przełom. W szczególności zmniejszenie liczby i czasu trwania hospitalizacji uznać należy za symboliczne. Co prawda system przestał premiować szpitale za zwiększanie hospitalizacji i wydłużenie czasu ich trwania, jednakże zaproponowana formuła nie nagradza ich także za zmianę struktury udzielanych świadczeń w duchu idei deinstytucjonalizacji. Nie ma silnej motywacji ideologicznej, przeważa zaś orientacja pragmatyczna. W sytuacji braku możliwości transferowania zysków z prowadzenia CZP i znacznego zwiększenia finansowania psychiatrii w ramach stawki kapitałowej większość podmiotów zdaje się wyznawać filozofię, że obecnie, przy zastanej strukturze świadczeń, na wszystko wystarczy pieniędzy, nie ma więc potrzeby przeprowadzenia zmiany struktury udzielanych świadczeń. Zwłaszcza że często brakuje presji do podejmowania działania, a liczne środowiska, w tym część medycznego, przyjmują postawy zachowawcze, niechętnie zbyt szybkim zmianom. W szczególności w raporcie nie ma jakichkolwiek informacji o powstawaniu nowych usług, które uzupełniłyby diagnozowane w uzasadnieniu konkursu PO WER białe plamy systemu, nie dowiadujemy się nic o koordynacji świadczeń zdrowotnych i społecznych oraz nie znamy szczegółów na temat tego, czy i jak przebiega koordynacja samych usług zdrowotnych w ramach CZP. Reasumując, mamy bardzo niewielkie zmiany ilościowe w funkcjonowaniu CZP w kierunku postulowanej deinstytucjonalizacji i brak informacji o zmianach jakościowych.

Na podstawie założeń obu konkurencyjnych ścieżek polskiej deinstytucjonalizacji, a także informacji z przebiegu wdrażania Biura ds. pilotażu¹²⁶ oraz prezentacji ośrodków prowadzących pilotaż PO WER sporządzona została krótka charakterystyka porównawcza obu wdrożeń, uwzględniająca 10 istotnych dla procesu deinstytucjonalizacji wymiarów (tabela 2). Brak informacji o realizacji danej funkcji został zaklasyfikowany jako jej

¹²⁶ M. Balicki, *op. cit.*

faktyczny brak. Za optymalne rozwiązanie, zgodne z paradygmatem psychiatrii środowiskowej, dany model otrzymywał w tym zestawieniu jeden punkt.

Tabela 2. Charakterystyka modeli psychiatrii środowiskowej wdrażanych w Polsce

Cecha modelu	Pilotaże EFS	Pilotaż Ministerstwa Zdrowia	Optymalne rozwiązanie zgodne z paradygmatem psychiatrii środowiskowej
Bezwzględna dostępność świadczeń (do trzech dni)	TAK	TAK	TAK – 1 PKT
Posiadanie oddziału psychiatrycznego jako kryterium dopuszczające	NIE	TAK	NIE – 1 PKT
Pełna koordynacja udzielanych świadczeń zdrowotnych i społecznych	TAK	NIE	TAK – 1 PKT
Koordynacja terapii	TAK	TAK	TAK – 1 PKT
Stosowanie ICF lub innej określonej metodologii w diagnozowaniu i zarządzaniu procesem terapeutycznym	TAK	NIE	TAK – 1 PKT
Wykorzystanie jednego, wspólnego źródła finansowania dla działań zdrowotnych i społecznych	TAK	NIE	TAK – 1 PKT
Jasno zdefiniowany prymat działań prewencyjnych (zapobiegania hospitalizacji)	TAK	NIE	TAK – 1 PKT
Objęcie wsparciem rodziny i najbliższego otoczenia osoby z zaburzeniami lub chorobą psychiczną	TAK	TAK	TAK – 1 PKT
Funkcjonowanie zespołów mobilnych	TAK	TAK	TAK – 1 PKT
Realizowana funkcja hostelowo-treningowa	TAK	NIE	TAK – 1 PKT
OCENA	10	5	MAKS. 10 PKT

Źródło: opracowanie własne

Na podstawie powyższej, z konieczności dość pobieżnej oceny dokonywanej przed zakończeniem obu pilotaży stwierdzić można, iż model pilotażu realizowany w ramach PO WER w istotnie większym stopniu spełnia postulaty deinstytucjonalizacji psychiatrii. W szczególności zawiera jasno zdefiniowany prymat działań prewencyjnych i wsparcia środowiskowego. Wynika to przede wszystkim z odmiennych założeń i zupełnie różnych kategorii realizatorów obu pilotaży. W pilotażu „rządowym” dziś uczestniczą wyłącznie szpitale, w drugim szpitale, jeśli są, to w ramach partnerstw z organizacjami pozarządowymi i instytucjami sfery socjalnej. Odmienne założenia determinowały odmienny charakter działań realizowanych w każdym z nich. W ministerialnym *de facto* widać powielanie działań NFZ, tyle że w innej formule organizacyjnej i za zdecydowanie większe pieniądze (co samo w sobie może być traktowane jako nierówność podmiotów),

w pilotażu PO WER prymat mają przedsięwzięcia komplementarne i dopasowanie ich do istniejących form wsparcia.

W tym kontekście można pokusić się o stwierdzenie, że głównym realizowanym do tej pory celem pilotażu rządowego była budowa zinstytucjonalizowanej psychiatrii na bazie istniejącej infrastruktury instytucjonalnej szpitali psychiatrycznych. Przy braku twardych zapisów zmuszających szpitale do gruntownej reformy sposobu prowadzenia terapii nie mogą dziwić nie do końca zadawalające rezultaty opisane w raporcie Biura ds. pilotażu¹²⁷. Zresztą najlepiej oddaje to stwierdzenie z podsumowania cytowanej analizy działalności CZP, iż „podstawowe założenia pilotażu zostały wdrożone połowicznie”¹²⁸. Wydaje się, że dalsza reforma powinna w większym stopniu uwzględnić dorobek wypracowywany w pilotażu ściśle bazującym na unijnych wytycznych dotyczących deinstytucjonalizacji. Optymalnym rozwiązaniem mogłoby być włączenie najlepszych praktyk przygotowanych w ramach inicjatyw PO WER do szerokiego i cieszącego się politycznym wsparciem pilotażu rządowego, co – jak można stwierdzić, śledząc niektóre zapisy uzgadnianego obecnie standardu opieki – przynajmniej w części się dzieje.

¹²⁷ Według danych zaprezentowanych przez Biuro ds. Pilotażu hospitalizacja (mierzona jako liczba osobodni) spadła – w zależności od analizowanej kategorii CZP w pilotażu Ministra Zdrowia – o 1,8% lub 3,3% (w grupie kontrolnej spadek o 0,5%). M. Balicki, *op. cit.*

¹²⁸ *Ibidem*, s. 51.

Literatura

- Balicki M., *Analiza udzielonych świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej w pierwszym okresie pilotażu*, 2020, https://czp.org.pl/wp-content/uploads/docs/Analiza%20-%20ocena%20realizacji%20pilota%C5%BC%87u_prezentacja.pdf (dostęp: 29.10.2021).
- Boix C., Posner D. N., *Making Social Capital Work: A Review of Robert Putnam's Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*, 1996, <https://web.mit.edu/posner/www/papers/9604.pdf> (dostęp: 29.10.2021).
- Breuskin I., *Social Capital and Governmental Institutions*, 2012, https://ethz.ch/content/dam/ethz/special-interest/gess/cis/cis-dam/CIS_DAM_2015/WorkingPapers/Living_Reviews_Democracy/Breuskin.pdf (dostęp: 29.10.2021).
- Brodniak W. A., Welbel S., Środowiskowe domy samopomocy na tle systemu oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w latach 2000–2002, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2003, 12(4), s. 393–402.
- Caqueo-Urizar A. et al., *The role of family therapy in management of schizophrenia: challenges and solutions*, „Neuropsychiatric Disease and Treatment” 2015, 11, s. 145–151.
- Caulier-Grice J. et al., *Defining Social Innovation*, part 1, 2012, <https://youngfoundation.org/wp-content/uploads/2012/12/TEPSIE.D1.1.Report.DefiningSocialInnovation.Part-1-defining-social-innovation.pdf> (dostęp: 12.06.2021).
- Cechnicki A., Kaszyński H., *Programy rehabilitacji zawodowej i pracy dla osób chorych na schizofrenię – rozwiązania krakowskie*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2000, 9(3), s. 427–434.
- Cechnicki A., Wojciechowska A., *Zależności pomiędzy właściwościami sieci społecznej a wynikami leczenia osób chorujących na schizofrenię w siedem lat od pierwszej hospitalizacji*, „Psychiatria Polska” 2007, 41(1), s. 513–525.
- Chow W., Priebe S., *Understanding psychiatric institutionalization: A conceptual review*, „BMC Psychiatry” 2013, 13, s. 169–182.

- Dąbrowski S., *Decentralizacja leczenia psychiatrycznego*, „Psychiatria Polska” 1996, 30(4), s. 547–554.
- Diagnoza społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków. Raport*, red. J. Czapiński, T. Panek, 2015, http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2015.pdf (dostęp: 15.09.2017).
- Europejska Grupa Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki świadczonej na poziomie Lokalnych Społeczności, *Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności*, 2012, https://www.power.gov.pl/media/70778/ogolnoeuropejskie_wytyczne_deinstytucjonalizacja.pdf (dostęp: 18.10.2021).
- Goffmann E., *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*, tłum. J. Łaszcz, Gdańsk 2011
- Hannigan B. et al., *Care coordination as imagined, care coordination as done: findings from a cross-national mental health systems study*, „Health Systems Study. International Journal of Integrated Care” 2018, 18(3), s. 1–14.
- Jabłoński M. J. et al., *Nowe zagrożenia dla psychoterapii w Polsce po transformacji ustrojowej lat 80. XX wieku*, 2014, <https://journals.viamedica.pl/psychiatria/article/view/38984/32042> (dostęp: 29.10.2021).
- Koyanagi Ch., *Learning From History: Deinstitutionalization of People with Mental Illness As Precursor to LongTerm Care Reform*, 2007, <https://www.kff.org/wp-content/uploads/2013/01/7684.pdf> (dostęp: 29.10.2021).
- Lakeman R., *The Finnish open dialogue approach to crisis intervention in psychosis: A review*, 2014, <https://www.mentalhealthcarersnsw.org/wp-content/uploads/2016/06/The-Finnish-open-dialogue-approach-to-crisis-intervention-in-psychosis-A-review.pdf> (dostęp: 4.06.2021).
- Lamb H. R., Weinberger L. E., *Deinstitutionalization and other factors in the criminalization of persons with serious mental illness and how it is being addressed*, „CNS Spectrums” 2020, 25(2), s. 173–180.
- Majewski T., *Systemy rehabilitacji zawodowej w krajach Europy Zachodniej*, Warszawa 1999.
- Mokrzycka-Markowska M., Drozdowicz E., Nasierowski T., *Deinstytucjonalizacja psychiatrii włoskiej – przebieg i skutki. Część I. Działalność grupy Basaglii*, „Psychiatria Polska” 2015, 49(2), s. 391–401.

- Mokrzycka-Markowska M., Drozdowicz E., Nasierowski T., *Deinstytucjonalizacja psychiatrii włoskiej – przebieg i skutki. Część II. Skutki deinstytucjonalizacji*, „Psychiatria Polska” 2015, 49(2), s. 403–412.
- Pańczak A., Pietkiewicz I., *Aktywność zawodowa w procesie zdrowienia – interpretacyjna analiza fenomenologiczna doświadczeń pacjentów ze spektrum schizofrenii*, „Psychiatria Polska” 2016, 50(4), s. 805–826.
- Podogrodzka-Niell M., Tyszkowska M., *Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym*, „Psychiatria Polska” 2014, 48(6), s. 1201–1211.
- Prot K. et al., *Badanie satysfakcji pacjenta w warunkach opieki środowiskowej*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2005, 14(4), s. 299–304.
- Prot-Klinger K., *Psychiatria środowiskowa między romantyzmem a pozytywizmem – próba integracji podejść*, „Psychiatria” 2013; 10(3–4), s. 101–108.
- Putnam R., *Demokracja w działaniu. Tradycje obywatelskie we współczesnych Włoszech*, tłum. J. Szacki, Kraków 1995.
- Regulamin konkursu na makro-innowacje w temacie: „Deinstytucjonalizacja usług świadczonych na rzecz osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi”*, 2015, https://www.power.gov.pl/media/12250/Regulamin_konkursu_30_11_15.pdf (dostęp: 18.10.2021).
- Rzecznik Praw Obywatelskich, *Ochrona Zdrowia Psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki*, 2014, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/ochrona-zdrowia-psychicznego-w-polsce-wyzwania-plany-bariery-dobre-praktyki-raport-rpo> (dostęp: 12.05.2021).
- Shen G. C., Snowden L. R., *Institutionalization of deinstitutionalization: a cross-national analysis of mental health system reform*, „International Journal Mental Health Systems” 2014, 8(1), s. 47.
- Skiba W., *Analiza efektywności kluczowych instrumentów systemu rehabilitacji zawodowej*, „Studia Oeconomica Posnaniensia” 2019, 7(1), s. 25–44.
- Skiba W., *Uwarunkowania wdrażania deinstytucjonalizacji w obszarze ochrony zdrowia psychicznego w Polsce*, „Społeczeństwo i Ekonomia” 2017, 2(8), s. 94–103.
- Skiba W., *Wsparcie dla osób niepełnosprawnych w powiatowych strategiach rozwiązywania problemów społecznych: efektywna pomoc w rehabilitacji, czy przypadkowo dobrane działania?*, „Pogranicze – Studia Społeczne” 2016, t. 28, s. 117–134.
- Słupczyńska-Kossobudzka E., Boguszewska L., *Koordinacja leczenia – przegląd literatury światowej*, „Postępy Psychiatrii Neurologii” 2002, 11, s. 197–203.

- Starace F., *Italian Community Mental Health: Headway. A new road for mental health*, Brussels 2020.
- Sterna W., *Problemy środowiskowych domów samopomocy*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2000, 9, s. 435–441.
- Sztompka P., *Zaufanie. Fundament społeczeństwa*, Kraków 2007.
- Taylor Salisbury T., Killaspy H., King M., *The relationship between deinstitutionalization and quality of care in longer-term psychiatric and social care facilities in Europe: A cross-sectional study*, „European Psychiatry” 2017, 42, s. 95–102.
- Trembla K., *Sytuacja zintegrowanej i zorientowanej środowiskowo jednostki leczenia psychiatrycznego w nowych realiach finansowania*, „Psychiatria Polska” 2000, 34(5), s. 811–817.
- Uffing H. T., Ceha M. M., Saenger G. H., *The development of de-institutionalization in Europe*, „Psychiatric Quarterly” 1992, 63(3), s. 265–278.
- Vaughan G. F., Leiberman D. M., Cook L. C., *Chlorpromazine in psychiatry*, „The Lancet” 1955, 265(6874), s. 1083–1087.
- Wciórka J., *Psychiatria środowiskowa: idea, system, metoda i tło*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2000, s. 319–337.
- World Health Organization, *Improving health systems and services form mental health*, 2009, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44219/9789241598774_eng.pdf (dostęp: 25.05.2021).
- World Health Organization, *Mental health: New understanding, new hope*, 2001, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42390/WHR_2001.pdf?sequence=1&isAllowed=y (dostęp: 2.11.2021).
- Wrocławskie Centrum Zdrowia – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, *Program zintegrowanych działań zdrowotnych, społecznych i socjalnych w procesie zdrowienia osób z doświadczeniem choroby psychicznej. Model wdrażania*, cz. 1: Opis, cz. 2: Procedury, [2017], <https://www.power.gov.pl/strony/o-programie/projekty/innowacje-spoeczne-rezultaty/deinstytucjonalizacja-w-psychiatrii/> (dostęp: 10.10.2020)
- Załużska M., *Środowiskowy model leczenia psychiatrycznego a zmiany w strukturze leczenia w ostatnich latach w Polsce*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2006, 15(4), s. 277–285.
- Załużska M., Paszko J., *Znaczenie środowiskowych placówek rehabilitacji i oparcia społecznego dla ograniczenia hospitalizacji psychiatrycznych*, „Psychiatria Polska” 2002, 36(6), s. 953–966.

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

Cytowane akty prawne

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 roku w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz.U. 2018 poz. 852).

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

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).

Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 nr 111 poz. 535).

Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2011 nr 127 poz. 721 z późn. zm).

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135 z późn. zm).

Źródła internetowe

basiw.mz.gov.pl

www.cbos.pl

www.czp.org.pl/

www.nfz.gov.pl

www.nik.gov.pl

www.power.gov.pl

ISBN 978-83-63322-44-1