



DLA NAS

Czasopismo Środowisk Działających na Rzecz Osób Chorujących PsychicZNie



**KONSORCJUM PSYCHIATRII ŚRODOWISKOWEJ IMIENIA
PROFESORA ANTONIEGO KĘPIŃSKIEGO**

OD 50 LAT JESTEŚMY CZĘŚCIĄ TEGO MIASTA

Fotorelacja z wydarzeń Stowarzyszenia



Prof. Igor Gościński wręcza medal uznania za wieloletnią pracę Profesora Andrzeja Cechnickiego na rzecz nauki, edukacji i społeczeństwa.



„50-lecie psychiatrii środowiskowej w Krakowie” - wykład Profesora Andrzeja Cechnickiego w Collegium Novum UJ.



„50-lecie psychiatrii środowiskowej w Krakowie” - wykład Profesora Andrzeja Cechnickiego w Collegium Novum UJ.



20-lecie Środowiskowego Domu Samopomocy przy ul. Olszańskiej 5 w Krakowie.



20-lecie Środowiskowego Domu Samopomocy. Przewodnicząca Stowarzyszenia, mgr Anna Bielańska i prof. A. Cechnicki.



20-lecie Środowiskowego Domu Samopomocy; Terapeuci, goście i Kierowniczka ŚDS, Elżbieta Mosiewicz.

Słowem wstępu	1
Co zawdzięczam psychiatrii środowiskowej.....	2
Zmiana jest możliwa	4
Podstawowe idee i wartości psychiatrii środowiskowej.....	8
W Kościerzynie nie będzie tak jak w Krakowie..	9
Poezja.....	12
Moje spotkanie z terapią środowiskową	14
Reforma w doświadczeniu psychiatry praktyka..	15
Z mroku ku pełni: intymna opowieść o zdrowieniu	17
Pałaca się zapałka. Refleksja o tegorocznym bilansie	19
Godność człowieka.....	21
50 lat psychiatrii środowiskowej.....	22
Techniki radzenia sobie z wahaniami stanu zdrowia psychicznego.....	23
Kawa z misją. Posmakuj, pomagaj i zmieniaj świat	24



Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Wydawca:

Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne”
ul. Bałuckiego 6, 30-318 Kraków

Wydanie numeru jest współfinansowane ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych w ramach projektu pod nazwą:
Z czasopismem „Dla Nas” pokonamy bariery –
dostęp do informacji dla osób
chorujących psychicznie.

Słowem wstępu

Droгие Czytelniczki i Czytelnicy!

Gdy mowa o psychiatrii środowiskowej, może wicie, co kryje się pod tym określeniem, jednakże wielu z nas, nawet użytkowników pomocy psychiatrycznej, nie zawsze całkiem je rozumie. Nasuwa się myśl, że może to jakaś odmiana psychiatrii. Co to jest psychiatria każdy wie, ale na czym polega psychiatria środowiskowa? Otóż określenie pochodzi od angielskiego *community psychiatry*, a *community* oznacza daną społeczność lokalną ludzi mieszkających na danym terenie. W języku polskim zastosowano słowo „środowiskowa”, a chodzi tu właśnie o system usług psychiatrycznych dla danego rejonu i jego mieszkańców. Można by tu równie dobrze powiedzieć o psychiatrii lokalnej, czy jak jeden z autorów tego numeru mówi – o psychiatrii powiatowej, czyli Centrum Zdrowia Psychicznego opiekującym się zdrowiem psychicznym mieszkańców danego powiatu. W dużym mieście takim obszarem będzie dzielnica lub kilka dzielnic.

Chodzi też o to, że taka psychiatria działa nie tylko w swojej siedzibie poradni czy szpitala i czeka na pacjentów, którzy przyjdą po pomoc (albo i nie), ale wychodzi też sama do ludzi, do mieszkańców, do ich domów i rodzin, czyli do środowiska i pewnie dlatego w Polsce przyjęła się nazwa psychiatria środowiskowa. Chcemy w tym numerze przybliżyć Państwu czym ona jest, na jakich zasadach działa, co oferuje ludziom i jak się rozwija. Należy pamiętać, że w Polsce jest ona jednak pewnym *novum*, kolejnym stadium rozwoju psychiatrii tej dawniejszej, opartej głównie na leczeniu szpitalnym, całodobowym, raczej izolującym chorujących od społeczeństwa niż włą-



czającym z powrotem do świata. Takie postrzeganie psychiatrii zaczęło się pojawiać w latach powojennych ubiegłego wieku, w Polsce takim krakowskim prekursorem myśli był wybitny profesor Antoni Kępiński, który zwracał uwagę nie tylko na objawy i chorobę, ale interesował się też historią życia i przeżyciami pacjenta i widział w nim przede wszystkim człowieka.

Potem wybitni specjaliści w naszym kraju stworzyli Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego oparty na zasadach podmiotowości osoby w kryzysie i humanizacji systemu psychiatrii. Jednak przez dziesięciolecia nie był on realizowany, nie było woli zmian, a nawet chciano go w końcu zlikwidować, co wywołało konsolidację zwolenników i w efekcie doprowadziło to do rozpoczęcia reformy w Polsce wraz z Pilotażem Centrów Zdrowia Psychicznego w 2018 roku. Zmiany jednak następują wolno, napotykać liczne przeszkody formalne i te mentalne. Sytuacja nie napawa zbyt optymizmem, wywołuje też frustrację w nas. Jednakże trzeba być cierpliwym, nie poddawać się i działać dalej. Pacjenci chcą być traktowani z poszanowaniem, mieć dostęp do skutecznych form terapii i leczenia, a specjaliści środowiskowi chcą pomagać pacjentom wracać do zdrowia rozumianego nie tylko jako brak objawów klinicznych, ale też jako możliwie najpełniejsze uczestnictwo w życiu społecznym.

Monika Anna Syc
Redaktor Naczelna



Co zawdzięczam psychiatrii środowiskowej

Mam szczęście, że urodziłam się i mieszkam w Krakowie, mieście od dziesięcioleci wiodącym w skali nie tylko polskiej, ale i międzynarodowej, w działaniu na rzecz psychiatrii środowiskowej.

Wszystko zaczęło się w latach 50. ubiegłego wieku od „rewolucji” w psychiatrii krakowskiej, którą zawdzięczamy charyzmatycznemu profesorowi Antoniemu Kępińskiemu. Podchodził on do pacjenta z szacunkiem, holistycznie i był twórcą psychiatrii humanistycznej. Jako kierownik Kliniki Psychiatrii w Krakowie wprowadził „nowe porządki”; na przykład pacjenci chodzili w swoich ubraniach, a nie w szlafrokach, uczestniczyli w zebraniu społeczności (terapeuci i pacjenci), na którym każdy członek miał prawo wyrazić swoje zdanie. Profesor Kępiński zapraszał do Kliniki artystów krakowskich i różne ciekawe postaci z życia kulturalnego. Podkreślał, że pacjent też jest odpowiedzialny za swoje zdrowie, mobilizował do wysiłku.

Ja trafiłam do Kliniki Psychiatrii, wtedy mieszczącej się przy ul. Skarbowej (ze względu na remont obiektu przy ul. Kopernika) w czasie stanu wojennego (1981-1983), który zresztą bardzo przyczynił się do wywołania mojej choroby – schizofrenii paranoidalnej. Warunki panujące w klinice były dobre, ale ja w mojej chorobie czułam się jak w obozie koncentracyjnym. Byłam tam 6 miesięcy leczona przez lek, który nie dawał rezultatu, aż wreszcie pomogły elektrowstrząsy, oczywiście pod narkozą. Po czwartym elektrowstrząsie stał się cud: nagle i całkowicie wyzdrowiałam! Dopiero wtedy uwierzyłam, że wszystkie objawy, czyli omamy i urojenia były chorobą, a nie rzeczywistością, jak byłam przekonana do tej pory. Wróciłam na studia – polonistykę na Uniwersytecie Jagiellońskim, ale po dwóch latach choroba znowu dała znać o sobie. Zostałam skierowana na Oddział Dzienny przy ul. Zwierzynieckiej. Był to czas określany jako „psychiatria romantyczna”. Do terapeutów mówiliśmy na „Ty”, mieliśmy dużo ciekawych zajęć: psychoterapię, gimnastykę, malowanie, taniec. Wyjeżdżaliśmy na wycieczki, a nawet na obozy w góry. Wszyscy byli pełni entuzjazmu. Niestety ponieważ dalej nie można było dobrać skutecznego leku dla mnie, choroba powróciła na kilka lat. Zamknęłam się w swoim świecie wewnętrznym, izolowałam się od ludzi. Rodzice kupili mi pieska, sunię, którą musiałam wyprowadzać na spacer, inaczej nie wyszłabym za nic z domu. Abrusia (imię suczki) była wtedy jedyną moją przyjaciółką. Rodzice bardzo przeżywali moją chorobę (jestem jedynaczką) i nie wiedzieli, jak powinni się wobec mnie zachować. Zaczęli jednak chodzić na psychoterapię rodzin prowadzoną przez prof. Bogdana de Barbaro i dr

Krystynę Ostoję-Zawadzką. Brało w niej udział 5 rodzin i trzeba przyznać, że dała rezultaty. Szczególnie ważna była przyjaźń, jaką zawarli z panią Zofią Puchelak, która pierwsza w telewizji polskiej powiedziała, że ma chorującą psychicznie córkę. Potem pani Zosia założyła pierwsze w Polsce Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne”, w którym prężnie działała. Pani Zosia była jedynym człowiekiem, którego akceptowałam i lubiłam. Namówiła mnie na udział w psychoterapii grupowej przy Placu Sikorskiego 2/8. W tej psychoterapii uczestniczyli psychiatra, psycholog i około dziesięciu pacjentów. Jednocześnie mój lekarz prowadzący dobrał mi odpowiedni lek. Te dwa czynniki spowodowały, że zaczęłam zdrowieć. Poczułam się akceptowana przez grupę, zaczęły się pierwsze od lat przyjaźnie i ciepłe uczucie do kolegi. Po pewnym czasie pani psycholog zaproponowała mi udział w tworzonych przy ul. Miodowej 9 Warsztatach Terapii Zajęciowej (WTZ). Dały mi bardzo dużo. Po pierwsze ustawiły mi strukturę dnia. Nie siedziałam w domu rozmyślając o chorobie, tylko przyjeżdżałam MPK na ciekawe zajęcia. Podkreślałam, że jeździłam komunikacją miejską, bo z początku bardzo źle się czułam w autobusie i tramwaju i jeździła ze mną Mama, potem przyzwyczaiałam się i jeździłam samodzielnie. W WTZ odnalazłam się w pracowni biurowej, gdzie nauczyłam się obsługi komputera i poznałam wspaniałych ludzi. W tym czasie zaczęłam pisać wiersze, które drukowałam i wywieszałam na tablicy korkowej w pracowni. Terapeuci i uczestnicy czytali je i komentowali, co miało dla mnie duże znaczenie. Od tego czasu przyjaźnimy się z Dorotą Wypich, która rysowała piękne grafiki do moich wierszy. Przyjaźń przetrwała do dziś.

Do mojego zdrowienia przyczyniły się też: kontakt ze spowiednikiem – psychoterapeutą ojcem Antonim Jarnuszkiewiczem SJ, który pogodził mnie z Panem Bogiem i był moim kierownikiem duchowym przez wiele lat oraz przyjazd „na zawsze” do nas Babci Zosi (Mamy Mamy). Przyjazd Babci stał się „przewrotem kopernikańskim” w naszej rodzinie. Dotąd ja byłam w centrum, a Rodzice „orbitowali wokół”, teraz Babcia zajęła moje miejsce w centrum. Musiałam pomagać Jej w toalecie, podawać leki oraz jedzenie i słuchać, słuchać. Myślę, że Babci zawdzięczam więcej niż Ona mnie. Nauczyła mnie odpowiedzialności, brania życia z poczuciem humoru i modlitwy na różańcu św. Kiedy odeszła do Nieba w 1999 r., byłam w pełnej remisji. Wtedy moja Cio-cia Janina, która mieszkała na stałe w Niemczech, zaprosiła mnie i Mamę do siebie, aby pokazać nam „wielki świat” i w ten sposób podziękować nam za opiekę nad Babcią. To był wspaniały czas.



Niestety z powodu braku dostępności leku, który był dla mnie skuteczny oraz klęski w nauce księgowości komputerowej i odrzucenia mojego uczucia przez ukochanego mężczyznę nastąpił nawrót psychozy, która wytrąciła mnie ze społeczeństwa na 5 lat. W końcu sama poprosiłam o skierowanie do szpitala. W Szpitalu im. Rydygiera dobrali mi lekarstwa i w miesiąc postawili na nogi.

Wróciłam na WTZ i zaczęłam regularnie uczęszczać na zebrania Stowarzyszenia „Otwórzcie Drzwi”. Ile z tego było korzyści, nie tylko moich, trudno przecenić. Brałam udział w licznych wykładach dla studentów medycyny, psychologii, socjologii, fizjoterapeutów, psychologów, psychoterapeutów, lekarzy, biznesmenów, polityków. Uczestniczyłam w Dniach Solidarności z Osobami Chorującymi Psychiczenie, w Zjazdach Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego. Brałam udział w programach radiowych i telewizyjnych, między innymi w programie „Spotkajmy się” prowadzonym przez Annę Dymną.

Jednocześnie podjęłam pracę w Catering Cogito, gdzie byłam pracownikiem biurowym i logistyką. Odwiedzaliśmy mnóstwo ośrodków psychiatrycznych w województwach małopolskim, świętokrzyskim, lubelskim i podkarpackim. Czułam się spełniona w tej pracy i miałam własne pieniądze, zarobione, nie podarowane.

W 2006 r. Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Opieki i Psychiatrii Środowiskowej wydało mój i Doroty tomik poetycki „Zwierzenia Wierszem”. Był on „cegiełką” na WTZ, miałyśmy wiele spotkań z publicznością, która bardzo żywo reagowała na moje wiersze.

W 2007 r. dostałam od prof. Andrzeja Cechnickiego propozycję objęcia stanowiska redaktor naczelnej czasopisma „Dla Nas”, organu prasowego Stowarzyszenia „Otwórzcie Drzwi” i przez kilka numerów pełniłam tę funkcję. Odeszłam, gdy rozpoczęłam studia na krakowskiej Akademii Ignatianum.

W 48. roku życia podjęłam studia stacjonarne na kierunku: kulturoznawstwo. Studenci (dla mnie to były dzieciaki) okazali się sympatyczni, a nawet opiekowali się mną, szczególnie na informatyce.

Tempo nauki było dla mnie jednak za duże, odeszłam po pierwszym semestrze. W następnym roku akademickim podjęłam studia niestacjonarne na Papieskim Uniwersytecie Jana Pawła II na kierunku praca socjalna. Dobrze mi tam szło i byłam powszechnie lubiana.

Niestety, gdy raz niespodzianie przyjechałam w sobotę o godzinie 14.00 do domu, okazało się, że Rodzice jeszcze nie wstali, nie jedli, nie brali leków, a pies przeraźliwie wyje, bo nie był na spacerze i nie ma nawet wody w misce. Wtedy zrozumiałam, że przyszedł czas na opiekę nad Rodzicami.



Moya, Awar

W miarę jak się starzeli wszystko przechodziło w moje ręce: zakupy, gotowanie, pranie, sprzątanie, regulowanie opłat, np. czynszu. Oprócz tego jeżdżenie z Rodzicami do lekarzy, pilnowanie leków.

Tatuś zmarł niespodziewanie w nocy w 2015 r., a Mama w ZOL-u przy Olszańskiej 5 w 2017 r. W 2016 r. zaczęłam brać udział w zajęciach Środowiskowego Domu Samopomocy (ŚDS) przy Olszańskiej 5. Na początku dlatego, że tuż obok gościła w oczach moja najukochańsza Mama. Potem znalazłam w ŚDS oparcie i dziś nie wyobrażam sobie życia bez ŚDS. Mimo tęsknoty za Rodzicami daję sobie radę samodzielnie, bo wokół mam wielu przyjaznych ludzi i cel w życiu: pomagać innym przez pracę w Stowarzyszeniu „Otwórzcie Drzwi”, w redakcji „Dla Nas”, a zajęcia w ŚDS są bardzo ciekawe i w wielu rzeczach można znaleźć pomoc.

Obecnie mam kłopoty z poruszaniem się, ale nie poddaję się. Mam nadzieję, że przede mną jeszcze wiele dobrych dni.

Jak widzicie, drodzy czytelnicy, całe moje życie związane jest z ludźmi i ośrodkami psychiatrii środowiskowej.

Dziękuję wszystkim, których poznałam i od których otrzymałam dobro: terapeutom i beneficjentom.

Imiennie dziękuję Profesorowi Andrzejowi Cechnickiemu i mgr Danucie Łopalewskiej. Przyjmijcie Państwo podziękowanie za tyle lat wsparcia. I oby psychiatria środowiskowa rozwijała się i kwitła nam nadal, bo jest bardzo potrzebna.

Jolanta Janik
Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”
Kraków



Zmiana jest możliwa

- CZP naturalną częścią systemu
- Wzrost roli osób z doświadczeniem kryzysu
- Potrzeba dalszej mobilizacji w walce o reformę
- Rekomendacje Grupy roboczej

Wywiad z dr. Markiem Balickim, przewodniczącym Grupy roboczej Kongresu Zdrowia Psychicznego i Porozumienia na rzecz realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego

Redakcja (dalej Red.): Panie Doktorze, podsumujmy sześć lat pilotażu reformy. Co udało się zaobserwować i jakie są najważniejsze efekty tych zmian?

Marek Balicki: Bez wątplenia najważniejszym osiągnięciem jest pokazanie, że zmiany w opiece psychiatrycznej dla dorosłych są możliwe. Pierwsza edycja Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011–2015 zakończyła się fiaskiem – jak barwnie określiła to Najwyższa Izba Kontroli. W tym czasie powszechnie uważano, że brak kadr, nierówności terytorialne i inne przeszkody uniemożliwią wprowadzenie istotnych reform. Co więcej, kręgi działające na rzecz psychiatrii środowiskowej nie cieszyły się szerokim poparciem w środowisku psychiatrycznym – nawet rząd Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego nie był tu w pełni zaangażowany. Pilotaż jednak udowodnił, że mimo tych przeszkód zasadnicza transformacja systemu jest możliwa.

Red.: To dużo się zmieniło, prawda?

Marek Balicki: Tak, wiele w tym czasie się zmieniło. Pierwsze centra zdrowia psychicznego (CZP) wystartowały 1 lipca 2018 roku. Dzisiaj, po siedmiu latach są one traktowane jak naturalna część systemu i mają wysoki stopień akceptacji społecznej – to nasz największy sukces. Równocześnie udało się znacznie wzmocnić środowiska osób ko-



na zdjęciu Marek Balicki

rzystających z pomocy psychiatrycznej. Obserwujemy wzrost liczby ośrodków, które angażują zarówno profesjonalistów, jak i pacjentów oraz ich rodziny. Dowodem na szerokie poparcie dla reform był entuzjastyczny wręcz odzew na zwołanie Nadzwyczajnego Kongresu Zdrowia Psychicznego w grudniu ubiegłego roku oraz najliczniejszy w historii „żółty” marsz pod Sejm, w którym szli profesjonaliści, osoby korzystające z ich pomocy oraz rodziny. Kolejna sprawa wiąże się ze znacznym wzrostem roli osób z doświadczeniem kryzysu zdrowia psychicznego w nowym systemie pomocy. Asystenci zdrowia stali się codziennością, działając wspólnie z profesjonalistami w CZP i aktywnie uczestnicząc w kongresach oraz innych inicjatywach. To są osiągnięcia, które pokazują, że zmiana jest możliwa i że perspektywicznie zmierza w pożądanym kierunku, a wokół reformy powstało silne społeczne środowisko. Nie-

korzystne decyzje lub bierność Ministerstwa Zdrowia mogą czasowo wyhamować proces korzystnych zmian, ale kierunku nie są już w stanie odwrócić.

Od 2021 roku obserwujemy pewien regres, który wpływa niekorzystnie na rozwój psychiatrii środowiskowej i jakość pomocy. Mogliśmy w tym czasie zrobić więcej. Warto jednak podkreślić, że reforma opieki psychiatrycznej to proces, w ciągu którego dynamika zmian może się zmieniać, a nie jednorazowy akt. Nie da się przecież „zamknąć” na pewien czas całego systemu, przeprowadzić reorganizację oraz wyszkolić personel, i np. po roku otworzyć go na nowo. System musi działać nieprzerwanie, 24/7. Dlatego zmiany muszą być wdrażane etapowo i w różnym tempie w poszczególnych ośrodkach. Dzisiaj największym zagrożeniem staje się brak wyrażonej woli politycznej, aby tę reformę „dowieźć”.

Na co dzień nie dostrzegamy, jak wiele zależy od poszczególnych osób w strukturach władzy. Pokazuje to historia pilotażu. Wszystko zaczęło się w 2015 roku od protestów społecznych przeciwko zamiarom likwidacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego przez ówczesnego ministra zdrowia. Na szczęście zastąpił go wówczas Marian Zembala, który uratował program, a po wyborach kolejny dwaj ministrowie Konstanty Radziwiłł i Łukasz Szumowski przejęli pałeczkę i w efekcie doprowadzili do rozpoczęcia pilotażu. Ważną rolę odegrał także wiceminister Zbigniew Król. Później już tak dobrze nie było.

Red.: Czy mobilizacja środowiska, w tym grudniowe



protesty, miała wpływ na stanowisko decydentów wobec kontynuacji reformy?

Marek Balicki: To ciekawe pytanie. Ubiegłoroczne grudniowe protesty pokazały, że środowiska psychiatrii środowiskowej stały się silnym podmiotem – łączącym osoby, organizacje i instytucje, które chcą zabierać głos w sprawach dla nich ważnych. Było to zarazem spójne z zasadami psychiatrii środowiskowej, takimi jak podmiotowość i sprawczość.

Protesty odbiły się szerokim echem w mediach, co miało duże znaczenie – zarówno w środowisku ochrony zdrowia, jak i poza nim. Czy wpłyną na decyzje ministerstwa? Nie mogły zostać zignorowane, a minister Leszczyńska musiała się do nich odnieść, przynajmniej w sferze słów. Ale na czyny ciągle czekamy.

Widać, że walka o reformę jeszcze długo będzie wymagać mobilizacji. Historia pokazuje, że zmiany w psychiatrii nie przychodzą łatwo – np. lata zajęło wpisanie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego do ustawy. Grudniowy protest wzmocnił środowisko i dał nam pewność, że możemy razem wiele zdziałać. To dobrze rokuje na przyszłość.

Red.: Kluczową kwestią jest sposób finansowania Centrów Zdrowia Psychicznego i ich odpowiedzialność terytorialna. Dlaczego to takie ważne?

Marek Balicki: Wiemy, że pracuje zespół powołany przez minister Leszczyńską. Mówi się tam często o kompromisie. Jednak szukanie kompromisu tam, gdzie nie ma dla niego przestrzeni, nie prowadzi do niczego dobrego. Są kluczowe elementy modelu środowiskowego, testowane podczas pilotażu, które muszą być spełnione, aby dalej mówić o tym modelu, a nie jego atrapie. Nie uspokaja mnie to, że minister Leszczyńska i wiceminister Koniczny zapewniają, iż CZP pozostaną.

CZP niosą z sobą tak silne pozytywne skojarzenia, że żaden polityk nie odważy się wprost zaproponować ich likwidacji – podobnie jak w przypadku programu 800+. Chodzi jednak o to, żeby CZP nie stały się fasadą, za którą kryje się tak naprawdę stary model.

Red.: Chodzi o to, by sztyld CZP nie był pustą nazwą?

Marek Balicki: Dokładnie. Liczy się to, co kryje się za tym sztyldem. Fundamentem systemu jest finansowanie w drodze ryczałtu na populację powiązane z odpowiedzialnością terytorialną. Dzięki temu CZP może planować, organizować i odpowiadać za zapewnienie opieki dla wszystkich dorosłych mieszkańców na określonym obszarze.

W przeciwieństwie do starego systemu, gdzie pacjent w kryzysie trafiał na długie kolejki, CZP dysponuje punktem zgłoszeniowo-koordynacyjnym, który przyjmuje każdego zgłaszającego się pacjenta lub jego bliskiego. W nagłych przypadkach pomoc udzielana jest natychmiast, a w pilnych konsultacja psychiatryczna odbywa się w ciągu trzech dni. Bez odpowiedzialności terytorialnej taki model nie byłby możliwy, a pilotaż dowiódł, że działa – choć w niektórych miejscach wymaga poprawy. Stary system tego nie gwarantował.

Red.: To jest ogromna zmiana jakościowa.

Marek Balicki: Tak, wcześniej pacjent musiał czekać miesiącami albo szukać pomocy gdzie indziej. CZP działa inaczej – elastycznie i zgodnie z realnymi potrzebami. Szkoda, że zarząd Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego nie odgrywa już takiej roli jak 15-20 lat temu w działaniach na rzecz reformy. Potrzebny jest tu silny głos liderów polskiej psychiatrii. Firmy farmaceutyczne nie rozwiążą przecież problemów ochrony zdrowia psychicznego. Kiedy pilotaż ruszył, wielu twierdziło, że tego się

nie da zrobić. Okazało się, że jest możliwe. CZP wnoszą działania, które nie mieszczą się w starym katalogu świadczeń NFZ, jak np. koordynacja pomocy czy rozmowy z asystentem zdrowienia w poczekalni. Wiele z takich aktywności umyka w standardowych rozliczeniach. W starym biurokratyzowanym systemie wszystko musi być rozliczane na punkty. „Optymalizacja” przychodów jest ważniejsza niż troska o pacjenta. W takim systemie terminarz wizyt jest zwykle wypełniony i nikt nie może być przyjęty od razu. Wolne terminy oznaczałyby stratę dla placówki. W CZP tych obaw nie ma. Dlatego tak ważne jest, by reforma nie zatraciła swojego pierwotnego kształtu.

Red.: Zatem stary system zaprzecza idei środowiskowości?

Marek Balicki: Oczywiście! Stary system to zaprzeczenie idei opieki środowiskowej, ponieważ zmusza do skupiania się na rozliczaniu punktów, a nie na zapewnianiu pomocy tym, którzy w danym momencie najbardziej jej potrzebują. Stąd się wziął ryczałt na populację, czyli ustalona stawka pomnożona przez liczbę mieszkańców. CZP wie ile środków dostanie i samodzielnie może planować ich podział na różne formy opieki. Zapewnia to lepsze dopasowanie do potrzeb niż przy rozdzielaniu środków przez NFZ. W starym systemie placówki nie odpowiadają za zapewnienie ciągłej i kompleksowej opieki swoim pacjentom. Podam przykład z Warszawy, jeszcze sprzed pilotażu. Mieliśmy w Szpitalu Wolskim zespół leczenia środowiskowego i rozwiniętą opiekę domową. Pacjenci z innego dużego ośrodka psychiatrycznego wymagający intensywnej opieki środowiskowej zaczęli być kierowani do nas, bo „wy wykonujecie wizyty domowe”. Nie trzeba wyjaśniać, że intensywna opieka środowiskowa to większe koszty.



Red.: Jakie kluczowe rekomendacje wypracowała grupa robocza dla poprawnego funkcjonowania CZP?

Marek Balicki: Grupa robocza, powołana przez Kongres Zdrowia Psychicznego oraz Porozumienie na rzecz realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, składa się z osób bezpośrednio pracujących w CZP, ekspertów zaangażowanych w przygotowanie pilotażu oraz reprezentantów środowiska pacjenckiego. Dzięki temu, że grupa jest nieduża możliwe są otwarte i swobodne dyskusje, co jest trudniejsze w większych zespołach, jak np. w tym ministerialnym. Tam wiele kwestii rozstrzyga się za kulisami.

Zaczęliśmy od opracowania 40 rekomendacji dotyczących koniecznych zmian ustawowych. Mają one formę listy kontrolnej. Określiłiśmy m.in. zasady odpowiedzialności terytorialnej, model finansowania oparty na ryczałcie na populację, a także autonomię i elastyczność działania CZP. Odeszliśmy od podziału CZP na typ A i B. Jeśli CZP nie ma własnego oddziału psychiatrycznego, to musi współpracować z określonym pobliskim oddziałem u podwykonawcy. Postulujemy jasne zasady rozliczeń między placówkami oraz prawne umocowanie roli asystentów zdrowienia i punktów zgłoszeniowo-koordynacyjnych.

Kolejnym krokiem była propozycja przedłużenia pilotażu do końca roku wraz z ogłoszeniem harmonogramu dalszych działań. Obserwując prace zespołu ministerialnego widzimy, że przygotowanie nowego modelu do czerwca jest już niemożliwe. Słyszymy, że o przedłużeniu pilotażu mówi się już także w zespole ministerialnym. To dobrze. Zresztą nawet plan finansowy NFZ na ten rok nie przewiduje wdrożenia rozwiązań systemowych od 1 lipca, co pokazuje, że termin ten nie był dobrze przemyślany.

Obecnie pracujemy nad trzecią częścią rekomendacji, dotyczącą założeń standardu organizacyjnego CZP. Celem jest wysoka jakość świadczeń. Poza standardem organizacyjnym konieczne będzie jeszcze opracowanie wytycznych klinicznych, wskaźników jakości uwzględniających specyfikę psychiatrii oraz objęcie CZP systemem certyfikacji, który dzisiaj dotyczy szpitali i podstawowej opieki zdrowotnej.

Red.: Na czym powinno się skupić Ministerstwo Zdrowia, aby wprowadzenie reform było możliwe? Czy trzeba nowelizować ustawę o ochronie zdrowia psychicznego, czy wystarczą zmiany w rozporządzeniach?

„ Są kluczowe elementy modelu środowiskowego, testowane podczas pilotażu, które muszą być spełnione, aby dalej mówić o tym modelu, a nie jego atropie

Marek Balicki: Zmiany ustawowe są konieczne. Bez nich wdrożenie nowego modelu jest niemożliwe. Ale niektóre rozporządzenia można wydać na podstawie obecnych ustaw, np. długo oczekiwany standard organizacyjny CZP. Natomiast jeśli chodzi o ustawę, to zespół ministerialny powinien na wstępie rozstrzygnąć kluczowe kwestie wymagające regulacji i przedstawić założenia ustawy. To jak budowa domu – trzeba zacząć od fundamentów. Nie da się stworzyć dobrego projektu ustawy pomijając etap określenia jej założeń.

Mogą w tym pomóc rekomendacje naszej grupy roboczej,

oparte przecież na teorii i doświadczeniach psychiatrii środowiskowej. Ważne, aby praca zespołu ministerialnego prowadzona była w sposób przejrzysty i otwarty. Niestety, nie wiemy w jakim kierunku zmierzają jego prace, nierozstrzygnięte są kluczowe kwestie, a także brak odniesienia się do naszych rekomendacji. Bez jasnych uzgodnień i konsekwentnych działań nie ruszymy naprzód.

Red.: Mam wrażenie, że obecnie znajdujemy się w stanie zawieszania.

Marek Balicki: Rzeczywiście wiele wskazuje na to, że na poziomie politycznym mamy do czynienia z próbą przeczekania. Premier jest sprawnym politykiem, który unika kontrowersyjnych decyzji przed wyborami. Tymczasem zarówno rezygnacja z modelu środowiskowego, jak i decyzja o jego wdrożeniu w całym kraju, a przed takim wyborem stoimy, mogą budzić różne opory. Pierwsze wydaje się nie wchodzić w grę, ale nowy model w całym kraju burzy dotychczasowy porządek. Zmiany nieuchronnie obejmą przecież duże szpitale psychiatryczne, naruszą ich dominującą pozycję. Ale bez naruszenia starych struktur nie będzie prawdziwej reformy. Z perspektywy polityków okres przedwyborczy to nie jest czas na takie decyzje. To, że wiąże się to ze stratą dla interesu publicznego schodzi na dalszy plan. Gdyby nie zmarnowano ubiegłego roku bylibyśmy dzisiaj w zupełnie innym miejscu.

Red.: Czy istnieją zagrożenia, które mogą zahamować dalszy rozwój psychiatrii środowiskowej? Jak można im przeciwdziałać?

Marek Balicki: Tak, zagrożenia są realne – dziś wydają się nawet poważniejsze niż półtora roku temu. W ubiegłym roku poza kolejnym przedłużeniem pilotażu nic się nie wydarzyło,



a zespół ministerialny powołany został dopiero w grudniu. Postęp jego prac jest niewielki, co nie napawa optymizmem.

Ścieranie się różnych postaw i interesów jest dla demokracji naturalne. Ruch skupiony wokół Kongresu Zdrowia Psychicznego domaga się reformy. Jej przeciwnicy chcą zmian kosmetycznych, by utrzymać dotychczasowy system. Chodzi o to, by argumenty zwolenników zmian były na tyle przekonujące dla polityków, żeby nie ulegali naciskom instytucji obawiających się utraty swojej pozycji. Trzeba mówić o osobach doświadczających kryzysów psychicznych i ruchach obywatelskich, które działają na rzecz opieki środowiskowej – oni również mają prawo walczyć o swoje prawa. Największym zagrożeniem w najbliższym czasie może być zanik społecznej presji – bez niej politycy wybiorą łatwiejsze rozwiązanie, odsuwając reformy. Jeśli jednak nacisk będzie wystarczający, zmiany są nieuchronne. Może też pojawi się świątły minister, jak miało to miejsce w latach 2015–2018. To nie oznacza jednak, by siedzieć z założonymi rękami i czekać na lepszy czas.

Red.: Pan minister wspominał o roli osób z doświadczeniem kryzysu w systemie. Czy większe uwzględnienie głosu pacjentów oraz wprowadzenie asystentów zdrowienia pomoże lepiej dostosować opiekę psychiatryczną do potrzeb osób w kryzysie? Jak pan to widzi?

Marek Balicki: To długi i trudny proces, który wymaga przełamywania stereotypów. Przykładem może być ograniczanie uprawnień asystentów zdrowienia w dostępie do dokumentacji medycznej czy informacji o pacjencie, mimo że w rozmowie z osobą w kryzysie często zdobywają cenniejsze informacje niż te zawarte w dokumenta-

cji. Podobne uprzedzenia dotyczyły wcześniej innych zawodów medycznych, jak psychologów, których opinie w sprawie efektów farmakoterapii u pacjenta wywoływały różne reakcje u psychiatrów. To jest proces, który wymaga czasu.

Aby go przyspieszyć, potrzebujemy sieci CZP obejmującej całą Polskę i działających według ustalonego standardu organizacyjnego. Ważne jest tworzenie wokół CZP lokalnych grup wsparcia i samopomocy. Chcemy, by w powiatach funkcjonowały Rady ds. Zdrowia Psychicznego, wspierające inicjatywy angażujące osoby po kryzysie i ich bliskich. Każda pla-



Krzysztof Majewski

cówka powinna mieć przestrzeń klubową przy punkcie zgłoszeniowo-koordynacyjnym, gdzie pacjenci mogliby się spotykać i wymieniać doświadczeniami. Dobrym przykładem jest Triest, gdzie CZP integrują różne formy wsparcia – od hosteli po spółdzielnie. Takie podejście ułatwia też przełamywanie barier.

Red.: Panie doktorze, jakie są Pana przewidywania dotyczące rozwoju psychiatrii środowiskowej w Polsce w ciągu najbliższych 5-10 lat?

Marek Balicki: Uważam, że zmiana w psychiatrii jest nie-

uchronna; pozostaje tylko pytanie, czy uda się to osiągnąć w ciągu najbliższych 5-10 lat. Wierzę, że tak, ponieważ już dużo zrobiliśmy. Tempo transformacji zależy także od nas, dlatego zachęcam do wspólnego działania na rzecz wprowadzenia nowego modelu. Stanie z boku tu nie wystarczy. Polska ma tu unikalną szansę na szybkie zbudowanie nowoczesnej psychiatrii, większą nawet niż w krajach tak zasobnych jak Niemcy. Tak, jak np. upowszechnienie kart kredytowych było u nas szybsze niż w Niemczech. Przy dużych zapóźnieniach można dokonać skoku organizacyjnego pomijając etapy pośrednie. Tak może być również w psychiatrii.

Niestety, jest ciągle ryzyko wzmocnienia instytucji starego modelu. Do tego może prowadzić np. ministerialny konkurs na 3 mld złotych. Eksperti europejscy przestrzegają, żeby nie inwestować w stare struktury, bo wówczas transformacja może być trudna. Inwestować należy w nowe rozwiązania. Wynika więc z tego, że rekordowe 3 mld złotych na psychiatrię wydane przed ustaleniem kluczowych elementów reformy jest błędem, który utrudni przeprowadzenie zmian. Najpierw powinny być regulacje systemowe, a dopiero po nich decyzje finansowe. I tym również powinien się zająć ministerialny zespół.

Na zakończenie chcę jednak podkreślić, że mimo tych wszystkich zagrożeń ciągle mamy szansę, żeby najbliższe dwa lata były dla reformy przełomowe.

Wywiad przeprowadzili:

*Katarzyna Głowacka-Cieślicka
Michał Piętniewicz
Andrzej Karpień*

*Stowarzyszenie
„Otwórzcie Drzwi”
Kraków*



Podstawowe idee i wartości psychiatrii środowiskowej

Kiedy myślimy o psychiatrii środowiskowej, psychiatrii rozwijanej w wielu miejscach Europy, a od 50 lat także w Polsce, to dla zrozumienia jej istoty musimy sięgnąć do fundamentów, do przesłania humanistów i psychiatrów, którzy całe swoje zawodowe życie spędzili blisko ze swoimi pacjentami i ich rodzinami, wniknęli głęboko w przyczyny ich cierpienia i towarzyszyli im w zmaganiach nie tylko z chorobami, ale też z wysiłkiem zdrowienia. To dzięki nim zrozumieliśmy, że człowiek, przyczyny zaburzeń psychicznych, ich przebieg i wysiłek wzmacniający proces zdrowienia to więcej niż badania nad mózgiem. Leczenia w psychiatrii nie da się sprowadzić tylko do zmniejszenia nasilenia objawów i dobrze dobranych leków albo psychoterapii.

Trzeba uwzględnić szerszy kontekst życia, najbliższe i dalsze otoczenie. Uwzględnić sytuację ekonomiczną: ubóstwo, brak pracy, brak perspektyw, różnego rodzaju wykluczenia z uczestniczenia w życiu rodziny i społeczności. Sukces w leczeniu, przezwyciężenie kryzysu zdrowia psychicznego stają się możliwe, jeżeli kompleksowe i ciągłe leczenie oparte jest na stabilnych i pozytywnych relacjach. Dzięki sieci bliskich i życzliwych osób otwiera się możliwość godnej egzystencji i życia w lokalnej wspólnotie. Dzięki możliwości bezpiecznego miejsca do mieszkania. Dzięki sensownemu zajęciu, pracy, nauce.

Słynny psychiatra i humanista – profesor Antoni Kępiński – sformułował dwa ważne zalecenia: po pierwsze człowiek powinien być zawsze na pierwszym miejscu przed jego chorobą. To zalecenie nie tylko dla lekarzy i terapeutów. To zalecenie, którego istotą jest przypominanie wszystkim, że osoba to więcej niż tylko objawy, które czasem widzimy na pierwszym planie i tylko nimi się zajmujemy. Drugie zalecenie jest konsekwencją tego pierwszego. Mówi o tym, że celem leczenia nie może być tylko zmniejszenie objawów, ale musi nim być powrót do różnych ról społecznych i włączenie do lokalnej wspólnoty, do świata społecznego.

W XX wieku wizyta u psychiatry coraz bardziej upodabnia się do wizyty u innego specjalisty medycyny. Krótki wywiad dotyczący charakteru objawów i przepisanie leków. A potrzeby i oczekiwania pacjentów i rodzin są coraz większe i obejmują nie tylko pomoc w utrudniających życie dolegliwościach, ale też rozwiązanie problemów w nauce, pracy, związku. Tymczasem psychiatria przestaje być medycyną opartą na stabilnej relacji. Przestaje być medycyną opartą na rozmowie z pacjentem

i jego bliskimi. Staje się podobna stomatologii. Także przez to, że coraz częściej za jej usługi trzeba płacić na komercyjnych warunkach.

Psychiatria środowiskowa organizuje pomoc w problemach zdrowia psychicznego, publiczną, dostępną bezpłatnie w ramach NFZ, realizowaną w lokalnych społecznościach. Pomoc, która jest oferowana nie tylko przez lekarzy specjalistów psychiatrów, ale również przez połączonych w zespoły ludzi o wielu zawodach – terapeutki i terapeutów środowiskowych i zajęciowych, przez osoby, które same mają doświadczenie kryzysu – asystentki i asystentów zdrowienia, psycholożki i psychologów, trenerki i trenerów pracy, pielęgniarki i pielęgniarzy i wielu innych. Ich zadaniem jest pomagać, wspierać w codziennej egzystencji, w zrozumieniu swoich przeżyć i radzeniu sobie z nimi, w nadawaniu życiu sensu, w dochodzeniu do największej możliwej autonomii, czyli samodzielności i w kierowaniu swoim życiem. Posiadają umiejętności dostosowywania pomocy do potrzeb osób po bardzo głębokich kryzysach psychotycznych, którym często trzeba pomagać w budowaniu lepszych relacji i odyskiwaniu utraconego zaufania, w nabywaniu kompetencji w powrocie do nauki lub pracy zawodowej. Udzielają uważnego wsparcia w kryzysach życia codziennego po to, aby nie zamieniły się w problem przewlekły.

Psychiatria środowiskowa pamięta, że nie może być samotną wyspą. Stanowi część większej całości z podstawową opieką zdrowotną, z pomocą społeczną, a w przypadku dzieci i młodzieży ze szkołą. Dobrze wie, jak bardzo pomocna może być najbliższa rodzina, przyjaciele i znajomi. Jak ważna jest rozumiejąca postawa nas wszystkich i jej kształtowanie. Jak ważny jest sojusz psychiatrii z miejscem życia pacjentów, z działaniami samorządów, instytucji kultury, mediów. Sensowność tego podejścia potwierdzają relacje osób, które korzystają z pomocy, potwierdza praktyka kliniczna, potwierdzają badania ostatnich 50 lat w różnych miejscach w Europie i na całym świecie.

Profesor Jacek Wciórka napisał, że współcześnie psychiatria środowiskowa przestała być działem psychiatrii, a stała się psychiatrią, z całym sprawdzonym dorobkiem jej myśli i praktyki, ale uprawianym już nie w warunkach instytucjonalnej izolacji, ale w środowisku życia, zamieszkania osób poszukujących lub potrzebujących pomocy. Jeśli w „środowisku” – to trzeba podkreślić, że chodzi o środowisko w sensie międzyludzkim, wynikające z różnorodnych związków (więzi, zobowiązań,



przynależności, zależności) między mieszkańcami określonego terytorium, tworzących dzięki temu pewną umiejscowioną, lokalną społeczność lub nawet wspólnotę (ang. community) z jej słabościami, przeciwnościami i zagrożeniami, ale także z naturalnymi i organizowanymi zasobami wsparcia i pomocy.

Problemy zdrowia psychicznego powinny być wartością nadrzędną. Opierając się na Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego w 2018 roku wprowadziliśmy program Centrów Zdrowia Psychicznego, w którym szybko dostępna opieka, oparta na odpowiedzialności terytorialnej i zmianie systemu finansowania daje szansę na przewyższenie zapaści publicznego systemu opieki psychiatrycznej. Daje szansę na zatrzymanie odpływu kadr do systemu prywatnego. Daje szansę na osiągnięcie niezbędnego minimum finansowania psychiatrii, a przede wszystkim daje szansę na odejście od archaicznego systemu, w którego centrum nie znajduje się pacjent. Systemu, który jest fragmentaryczny, nie daje gwarancji ciągłości pomocy, nie zapewnia koordynacji różnych form pomocy w instytucjach i pomocy pozainstytucjonalnej. Systemu, który utrwała dyskryminację i wykluczenie osób dotkniętych kryzysem psychicznym.

Dzisiaj szansa na zreformowanie polskiej psychiatrii jest poważnie zagrożona i dlatego wystosowaliśmy list do Pana Premiera i politycznych decydentów, aby porozumieli się ponad politycznymi podziałami dla wartości wspólnej, jaką jest zdrowie psychiczne nas wszystkich.

Zaniechanie reformy nakładałoby na autorów takiej decyzji ogromną odpowiedzialność z powodu niespełnienia uzasadnionych oczekiwań społecznych, zlekceważenia potrzeb populacji i nie tylko cofnięcia rozwoju publicznie dostępnej opieki psychiatrycznej w Polsce, ale skazania jej w najbliższych latach na proces dalszej dezintegracji.

Dlatego walczymy o wprowadzenie modelu opieki psychiatrycznej opartej na jej lokalnej obecności, równym publicznym dostępie, użyteczności, kompleksowości i koordynacji. Taki system ochrony zdrowia psychicznego w Polsce może przynieść wymierne korzyści zdrowotne dla osób potrzebujących pomocy i dla całej populacji naszego kraju.

Wprowadzenie każdej zmiany jest trudne. Wymaga odważnych decyzji. Warunkiem sukcesu jest konsekwentna polityka zdrowotna i finansowa państwa w odniesieniu do wdrażanej zmiany. Wierzymy, że nie jest za późno. Potrzebują jej nasi pacjenci i ich rodziny. Wierzymy, że potrzebujemy tego wszyscy jako obywatele Rzeczypospolitej Polskiej. Wierzymy, że zasługują na to nasze dzieci. Domagamy się tego od naszego rządu. Możemy być liderem zmian w budowaniu skutecznego systemu opieki nad zdrowiem psychicznym i wiemy, jak to zrobić.

prof. Andrzej Cechnicki
Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii
i Opieki Środowiskowej
Kraków

W Kościerzynie nie będzie tak jak w Krakowie

Kiedy zwrócono się do mnie z prośbą o napisanie tekstu dotyczącego psychiatrii środowiskowej zdałem sobie sprawę, że niewiele o niej wiem. Zastanawiając się nad treścią artykułu cofnąłem się myślą do początków mojej pracy i rozpoczęcia specjalizacji z psychiatrii blisko 20 lat temu w dużym szpitalu psychiatrycznym w Gdańsku. Niedługo potem rozpocząłem szkolenie w kierunku certyfikatu psychoterapeutycznego. Praca nad poprawą zdrowia pacjentów, współpraca z rodziną, tworzenie więzi z pacjentem przebywającym w oddziale sprawiały, że przed wypisem do domu pojawiał się trudny moment rozstania i często czułem niemoc i niezgodę, że sko-

ro już się znamy, wspólna praca przyniosła efekty, nie mogliśmy tej pracy kontynuować ambulatoryjnie. Niewiele było poradni zdrowia psychicznego, a kolejki przeogromne. Miałem wrażenie, że słowa „Proszę się umówić do poradni na kontrolę” były wysyłaniem pacjenta w niebyt. Nie wiadomo gdzie, a czas oczekiwania na wizytę nieokreślony, długi.

W znacznej części rezydentury związany byłem z oddziałem dziennym, gdzie pacjenci po kryzysach psychotycznych kontynuowali leczenie, dojeżdżając z domu. Mogłem wtedy towarzyszyć pacjentom w zdrowieniu, pracować z rodzinami, prowadząc zajęcia psychoedukacyjne razem z koleżanką psycholog,

które przerodziły się naturalnie w długoterminową terapię. Zaangażowałem się wtedy w prace Stowarzyszenia na Rzecz Osób z Kryzysami Psychicznymi, konsultowałem realizowane wobec pacjentów usługi opiekuńcze w domach czy mieszkaniach chronionych. I tak powoli wsiąkałem w leczenie pozaszpitalne, mając jednocześnie kontakt z leczeniem szpitalnym. Czułem, że taki model leczenia jest mi bliski. Wielkie znaczenie dla wyboru takiej ścieżki zawodowej miały książki profesora Alana o leczeniu schizofrenii oraz o psychoterapii psychoz, które na początku ścieżki zawodowej polecał mi kolega psycholog.

Aktualnie kieruję Centrum



Zdrowia Psychicznego w Szpitalu Specjalistycznym w Kościerzynie. Historia, która doprowadziła do powstania Centrum Zdrowia Psychicznego na ziemi kościerskiej ma swój początek w 2005 roku, kiedy to zdecydowano o utworzeniu w Szpitalu Specjalistycznym w Kościerzynie Oddziału Psychiatrycznego i Poradni Zdrowia Psychicznego. W tym roku obchodzimy 20-lecie swojej działalności. W późniejszych latach rozpoczął działalność Zespół Leczenia Środowiskowego oraz Oddział Dzienny. Stopniowy rozwój psychiatrii w powiecie kościerskim ma swój wyraz w uzyskaniu akredytacji do prowadzenia specjalizacji z psychiatrii i, co najistotniejsze, do zakwalifikowania się do uczestnictwa od 2018 roku w programie pilotażowym w centrach zdrowia psychicznego Ministerstwa Zdrowia. W tamtych czasach byliśmy jedynym takim ośrodkiem w województwie pomorskim. W pomorskim aktualnie istnieje 6 oddziałów psychiatrycznych w szpitalach wielospecjalistycznych. Dysponują mniejszą liczbą łóżek i mają możliwość zapewnienia diagnostyki i leczenia chorób somatycznych u pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Program pilotażowy w centrach zdrowia psychicznego miał za zadanie przetestować nowy model opieki psychiatrycznej: środowiskowej, blisko domu pacjenta. Wnioski płynące z realizacji programu mają służyć reformie leczenia psychiatrycznego w Polsce. Nowością w realizacji programu pilotażowego jest zmiana formy finansowania świadczeń zdrowotnych w formie ryczałtu na populację, która zamieszkuje obszar objęty działaniem centrum, a nie jak dotychczas za usługę wykonaną, czyli za tzw. osobodzień w oddziale psychiatrycznym całodobowym czy dziennym oraz za punkt w świadczeniach ambulatoryjnych. Daje to stabilny i przewidywalny budżet i nakłada

na centrum obowiązek zorganizowania i zapewnienia mieszkańcom obszaru objętego pilotażem różnych form leczenia psychiatrycznego i profilaktyki zdrowia psychicznego.

Osobą wcześniej związaną z Oddziałem Psychiatrycznym w Kościerzynie był Roman Ludkiewicz, specjalista psychiatra, psychoterapeuta, superwizor Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, również zaangażowany w prace Stowarzyszenia na Rzecz Osób z Kryzysami Psychicznymi „Przyjazna Dłoń”, współpracownik Pomorskiej Koalicji na Rzecz Zdrowia Psychicznego. Roman Ludkiewicz współuczestniczył w rozwoju humanistycznego podejścia do pacjentów, ich rodzin i organizacji opieki psychiatrycznej bliżej domu. Objąwszy kierowanie Centrum Zdrowia Psychicznego w Kościerzynie mogłem kontynuować rodzaj myślenia o leczeniu zaburzeń psychicznych w mniejszym oddziale, mniejszej miejscowości i w szpitalu wielospecjalistycznym.

Przybliżając czytelnikom ideę Centrum Zdrowia Psychicznego w Kościerzynie należy zwrócić uwagę na jego lokalny charakter. Niektórzy mogliby go nazwać środowiskowym i pewnie mieliby rację. Powiat kościerski i okoliczne gminy to nieco ponad 70 tys. dorosłych mieszkańców. To obszar naszej odpowiedzialności za opiekę psychiatryczną nad mieszkańcami, leczenie zaburzeń psychicznych i profilaktykę zdrowia psychicznego. Wykorzystujemy możliwość opieki stacjonarnej i ambulatoryjnej. Ważne jest udzielenie pomocy dostosowanej do potrzeb, możliwości pacjenta, rodziny w sposób zintegrowany, elastyczny, kompleksowy.

Pacjent leczony w przychodni, w razie kryzysu, pogorszenia zdrowia psychicznego może być leczony w oddziale całodobowym lub w oddziale dziennym

i pozostaje, co uważam za kluczowe w leczeniu, pod opieką tych samych terapeutów, lekarzy, psychologów, pielęgniarek. Czyli jeden zespół terapeutyczny zajmuje się pacjentem. Prowadzi to do koordynacji opieki nad pacjentem uwzględniającej możliwość opieki czynnej, długoterminowej, krótkoterminowej, doraźnej i konsultacyjnej.

Często, jak to bywa w mniejszych miejscowościach, personel Centrum zna bliżej pacjentów, czy to ze szkoły, podwórka, bliskiego sąsiedztwa. To również zbliża pacjenta, rodzinę i zespół terapeutyczny. Mniejsza anonimowość to większa bliskość i większe poczucie bezpieczeństwa dla pacjenta i rodziny, co często zmniejsza już i tak wysoki poziom stresu u pacjentów i sprzyja, że oddział może stać się dobrym azylem i miejscem zdrowienia. Ta większa bliskość, mniejsza anonimowość, to z drugiej strony większa odpowiedzialność zespołu terapeutycznego za leczenie pacjenta. Myśląc w sposób środowiskowy o rozpoznawaniu i leczeniu zaburzeń psychicznych w Kościerzynie, czyli począwszy od pierwszego zgłoszenia, czy to w Izbie Przyjęć, czy w Poradni Zdrowia Psychicznego, planujemy terapię w przyszłości, uwzględniając nasze wszystkie możliwości dotyczące wyboru metody leczenia w zależności od potrzeb pacjenta. Powoduje to, że pacjent jest w centrum uwagi, a zespół terapeutyczny podąża za jego terapią, rozwojem, życiem osobistym i zawodowym, odpowiednio reagując, zmieniając formy leczenia i opieki i dopasowując się do jego potrzeb. Istotne jest wzięcie pod uwagę również zdrowienia w swoim środowisku, miejscu zamieszkania, w środowisku rodzinnym, społecznym czy zawodowym. Centrum Zdrowia Psychicznego daje takie możliwości dzięki wprowadzeniu w ramach programu pilotażowego finan-



sowania ryczałtowego za populację, czyli stałego i przewidywalnego budżetu. Konieczność walki o punkty przy i tak niskiej ich wyliczenie powodowało, że zespół terapeutyczny bardziej skupiał się na swoim bycie i przetrwaniu niż na zdrowieniu pacjentów. Ryczałt daje komfort, stabilność i przewidywalność, poczucie bezpieczeństwa finansowego i pozwala planować przyszłość centrum, a to automatycznie przekłada się na jakość udzielanej pacjentom opieki.

Patrząc z perspektywy trzech lat uczestnictwa w programie pilotażowym uważam, że w Kościerzynie długo wcześniej myśleliśmy i staraliśmy się pracować w sposób środowiskowy, przyjazny pacjentom, kładąc większy nacisk na pozaszpitalne formy opieki, a program pilotażowy jest w pewien sposób kontynuacją naszego sposobu funkcjonowania. Dał nam swobodę, uprościł rozliczenia i dał narzędzia prawne do poruszania się wewnątrz struktury Centrum. Program pilotażowy, uczestnictwo w nim

i bezpośredni udział w reformie polskiej psychiatrii w Kościerzynie przebiega w sposób bardziej ewolucyjny niż rewolucyjny. Zmusza do bardziej wyłożonej pracy, nakłada większą odpowiedzialność za pacjentów, ale daje większą satysfakcję z sukcesów w postaci lepszego zdrowia naszych podopiecznych.

CZP w Kościerzynie ściśle współpracuje z Powiatowym Ośrodkiem Pomocy Społecznej, okolicznymi Gminnymi Ośrodkami Pomocy Społecznej, miejscowym Ośrodkiem Pomocy Rodzinie. Nawiązaliśmy współpracę z Powiatowym Urzędem Pracy, w którym wskazani są pracownicy do kontaktów z osobami po kryzysach psychicznych szukającymi zatrudnienia.

Chciałbym tutaj docenić współpracę wśród personelu Centrum Zdrowia Psychicznego i podziękować za zaangażowanie i wkład w rozwój Centrum, w opiekę nad pacjentami. Siłą Centrum są jego wszyscy ludzie. Przyjęty model pracy, komunikacji wewnątrz zespołu w satysfakcjonujący

sposób znajduje swoje odzwierciedlenie w zdrowieniu pacjentów. Wydaje mi się, że oprócz stosowanego leczenia większe znaczenie dla zdrowienia mają stworzone przez nas warunki ku temu, aby pacjenci sami i w relacji z personelem mogli rozwijać swoje zdrowe aspekty, stawali się bardziej twórczy, silniejsi i lepiej i zdrowiej funkcjonowali w swoim środowisku.

Myśląc o psychiatrii środowiskowej i porównując nasz sposób pracy i opieki z dokonaniem innych ośrodków, może bardziej zaawansowanych, innych, z tradycjami, jak np. krakowskie, bliższe mi jest użycie nazwy psychiatrii powiatowej. Można by myśleć o różnych teoriach, w których znajdujemy oparcie, czy to myślenia systemowe, psychoanalityczne albo inne, ale jestem przekonany, że na pewno jest to ludzkie.

*Piotr Stoń
psychiatra, psychoterapeuta
Centrum Zdrowia Psychicznego
w Kościerzynie*



Lot motyla

*Nad stawem w środku lasu
 W obrosłym ciszą sadzie
 W gęstwinie gdzie zwierzę
 Przebywa stale
 Na tle błękitnego nieba
 Co swym widokiem
 Oczy zachwyca
 Motyl brat snu przemyka
 Jakby zza grobu niepokój
 Go nie chwycił
 Przez to igrając
 Błyska swą żółcią
 Ognik mały
 Bo nicość – przez chwilę –
 Nie jest mu udziałem*

Luiza Kula

Los garbatego aniołka

*Los garbatego aniołka
 anioł przez poetę malowany
 urodził się inny ona go pokochała?
 zazdrości mu wejścia na szczyt
 nie widząc że osiągnął to
 kosztem bólu poświęcenia
 i śmierci za życia*

Jarosław Krawczyk

Garbaty anioł

*człowiek nie potrafi cieszyć się chwilą
 pochłania go niewidzialne piętno
 psychicznych garbów*

Jarosław Krawczyk

*U niektórych smutek wstaje co świt,
 Złośliwi cedzą: „Depresja to mit”,
 Ale ten stan obniżonego nastroju,
 To problem poważnego pokroju,
 Mnogość wytlakanych samotnie też,
 I krew, co z serca boleśnie kapie też,
 To niekończące się cierpienie duszy,
 Które każdy piękny świat wysysie i skruszy,
 Przeżywane zawsze we wnętrzu jednej osoby,
 Które nie miało od lat szczęśliwej doby,
 Tutaj nie chodzi o brak motywacji i celu,
 Nawet przy pomocy przyjaciół wielu,
 Ani brak jakiejś perspektywy,
 Której pragnie każdy człowiek żywy,
 Najprościej powiedzieć nieszczęśliwemu: „Idź do lekarza!”,
 Mało kto obecnie na siłę słów zważa,
 A wystarczyłoby działanie o pozornie małej mocy,
 Szczera rozmowa z kimś bliskim w cztery oczy.*

Klasztor

*w labiryncie
 życia
 splotęły wszystkie księgi*

*pod ciężarem perfidii
 klasztor płonie*

*a na niebie łuna
 złudne piękno pochłania*

*rytualny mord
 w memento mori zapada
 wyzwała czuwanie*

Jacek Górski

Lila Borycka



*Delikatnie, jak kwiatów pąki, rozkwitaj.
W pokoju powitaj brata strudzonego, z siostrą w zgodzie żyj.*

I znów w jednej zagrodzie owce wyczekują pasterza.

*Ja zmierzam ku gwiazd ochłodzie, ku granicy bytów, ku rajskiej przygodzie...
Gdy trasę wyznaczę powrócę, by pomóc Ci!*

A teraz majowe łąki, drzew kołysanie, ptaków śpiew...

*Ciesz się, ciesz, otwórz swą duszę i w miłości trwaj...
A gdy minie maj daj tym, którzy na rozdrożu – nadzieję...*

i bądź przyjacielem dla tych, co w potrzebie...

Waldemar Gawron

Spacer

*Jak krople rosy przy porannym spacerze w ogrodzie po trawie
na bosych stopach wilgoć zostaje.
Chce iść do nieba – modlitwą zostaje.
Szczęście jest drogą do nieba po tęczy,
stromą bez poręczy,
czasem trwa chwilę – odchodzi.*

Śmierć poety

Dariusz Rogalski

*jakie słowo poety
w przeklętym chaosie świata*

*dandys
o ten
to potrafi dotrzeć*

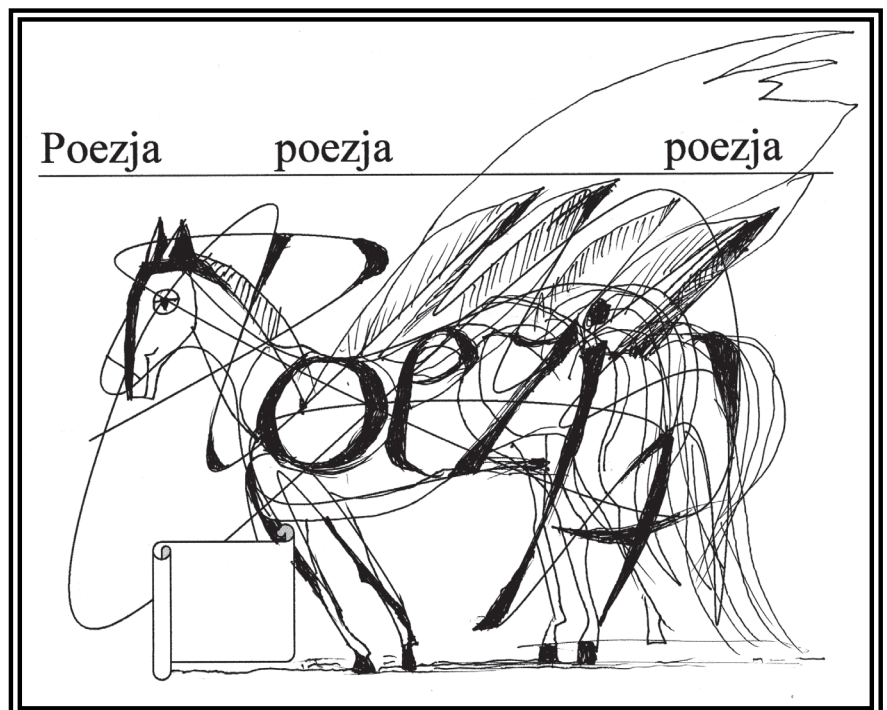
*ale dosadnym słowem
zapisać się
w pamięci*

*że poezję się jednak czyta
słysz wołanie*

jakiej śmierci się spodziewać?

*ten Anioł obudzi
pragnienia przytomnym*

Lila Borycka



Moje spotkanie z terapią środowiskową

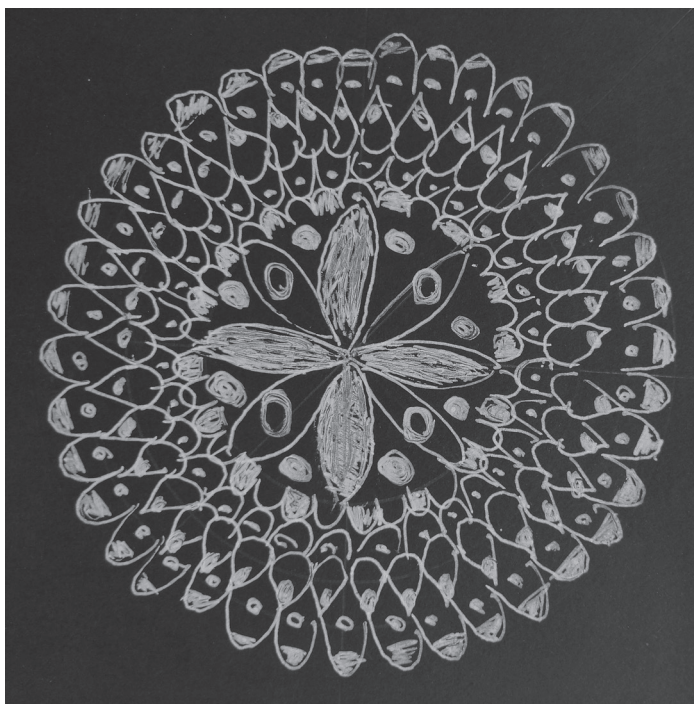
Dobrych kilka lat temu, kiedy jeszcze nie istniały Centra Zdrowia Psychicznego, w ramach specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, zleczanych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, przychodziła do mnie Pani terapeutka środowiskowa z powodu mojego kiepskiego stanu zdrowia psychicznego. Pani była bardzo pomocna, np. poszła ze mną do ZUS-u na komisję rentową. Ja wtedy bardzo bałam się i myślałam o tym, że ona na mnie czeka w korytarzu dodawała mi odwagi. Wcześniej pomogła mi wypełnić dokumenty i je skompletować. Nie jest to łatwe, zwłaszcza dla kogoś, kto nigdy wcześniej tego nie robił. Można utknąć w ilości druków i załączników. Pani, która do mnie przychodziła była dla mnie bardzo ważną osobą. Nie zawsze czułam się zrozumiana przez najbliższych, a ona okazywała mi zrozumienie i bezpieczeństwo. Podczas naszych wspólnych spotkań byłam przez nią zawsze wysłuchiwana. Kontaktowała się też z moją rodziną, aby móc mi skutecznie pomagać. Dzięki jej pomocy zaczęłam też więcej wychodzić do ludzi, bo spotykałyśmy się np. w kawiarni lub na rynku miejskim. Było to dla mnie doświadczeniem bardzo ważnym, gdyż ja w moich objawach często unikałam ludzi.

Kilka lat później podczas trwania pandemii COVID-19 zaczęłam tracić przytomność, przez co kolejny raz nie mogłam wychodzić z domu. Żyłam w nieustannym lęku, gdyż lekarze nie potrafili odkryć przyczyny tych utrat przytomności. Leczyłam się wtedy w Bielsku-Białej w Specjalistycznym Psychiatrycznym Zespole Opieki Zdrowotnej, który później przekształcił się w Bielskie Centrum Psychiatrii Olszówka. W placówce tej zaproponowano mi w ramach programu finansowanego z funduszy unijnych pod nazwą „Pacjent Gospodarzem” wizyty zespołu mobilnego w moim domu; projekt skierowany był do osób takich jak ja, zagrożonych wykluczeniem społecznym z powodu choroby psychicznej. W skład zespołu wchodził: lekarz psychiatra, pielęgniarka psychiatryczna, psycholog, terapeuta. Wizyty zespołu da-

wały mi poczucie bezpieczeństwa w tym trudnym dla mnie czasie. Zwłaszcza kiedy straciłam kolejny raz przytomność i upadając zraniłam głowę o kant brodzika w łazience. Pani pielęgniarka po tej sytuacji zaglądała do mnie częściej. Potrzebowałam też porozmawiać z panią psycholog o mojej frustrującej sytuacji, co też w ramach wizyt miało miejsce. Ważnym aspektem był również fakt, że w owym czasie trwała pandemia, co dodatkowo potęgowało moje lęki i obawy, jednak dzięki tym wizytom poczułam się zaopiekowana w tym trudnym czasie.

Myślę, że właśnie wtedy narodziła się w moim sercu myśl, iż chciałabym w taki sposób pomagać drugiemu człowiekowi w potrzebie. Wtedy było to tylko marzenie. Nigdy nie sądziłam, że się spełni.

Po okresie około 2,5 roku, kiedy wydobrzałam i projekt się zakończył, dowiedziałam się o kursie asystenta zdrowienia współprowadzonym przez pacjentki Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi” w Krakowie i zapisałam się na kurs, a podczas jego trwania otrzymałam od prowadzących informację, że asystenci zdrowienia mogą pracować w Zespołach Leczenia Środowiskowego w Centrach Zdrowia Psychicznego. Mogą oni jeździć z zespołem na wizyty domowe do pacjentów. Informacja ta na po-



Anna Brzezińska, *Mandala*

czątku mnie zszokowała, ale pozytywnie.

Po zakończeniu kursu podjęłam pracę w swoim nowo zdobytym zawodzie w oddziale psychiatrycznym całodobowym przy jednym z CZP, jednak zaczęłam marzyć o pracy w środowisku. Każdy dzień na oddziale utwierdzał mnie w moim przekonaniu o tym, że chcę jednak pracować w warunkach, gdzie pacjent będzie gospodarzem, a ja gościem w jego domu. Podczas mojej pracy poznałam panią terapeutkę zajęciową, od której dowiedziałam się o możliwości zrobienia kursu terapeuty środowiskowego w Krakowie w Centrum Edukacji Cogito.

Kurs ten jako jeden z nielicznych jest honorowany przez NFZ jako wystarczający do pracy w CZP. Kurs to osiemnaście modułów, które są dwudnio-



we i odbywają się w weekendy raz albo dwa razy w miesiącu. Obejmuje 315 godz. zajęć dydaktycznych, na które składa się 135 godz. wykładów i 180 godz. warsztatów. Niezależnie od kursu uczestnik ma obowiązek odbycia stażu. Czas trwania stażu to 800 godz., które podzielono na 480 godz. w ośrodkach środowiskowych i 320 godz. w całodobowych oddziałach psychiatrycznych, w tym 160 godz. stażu na oddziale klinicznym. Po zakwalifikowaniu się na kurs postanowiłam odbyć staż w CZP innym niż to, w którym pracowałam. Warto poszerzać horyzonty i zobaczyć, jak pracuje się w innych miejscach. Podczas stażu jeździłam na wizyty domowe w ramach ZLŚ z panią lekarz psychiatrą, paniami pielęgniarkami. Brałam udział w superwizjach i zebraniach personelu, a także w sesjach otwartego dialogu jako zespół reflektujący.

W międzyczasie zmieniałam miejsce pracy i zostałam zatrudniona w nowo powstałym CZP „Psyche – Med” w Mikołowie, gdzie zaproponowano mi etat asystenta zdrowienia w zespole leczenia środowiskowego, co od dawna było moim marzeniem. CZP w Mikołowie to centrum typu B, posiadające w swojej strukturze: poradnię zdrowia psychicznego z Punktem Zgłoszeniowo-Koordinacyjnym, oddział dzienny psychiatryczny oraz zespół leczenia środowiskowego, bez oddziału całodobowego. Pracuję środowiskowo już ponad rok (jeden rok i cztery miesiące) i jest to trudna, ale przynosząca satysfakcję praca, kiedy obserwuje się postępy pacjentów.

Wiadomo, że zdrowienie to proces podzielony na wiele etapów. Jest on długofalowy i wymaga zaangażowania obu stron, zespołu terapeutów, a przede wszystkim pacjenta. Cieszę się, że mogę widzieć postępy i pozytywne zmiany u moich pacjentów, tak jak widziałam je u siebie podczas mojej terapii środowiskowej, kiedy mnie odwiedzano w domu. To uskrzydla i daje radość. Praca jest wy-

jątkowa ze względu na zespół, w którym pracuję na co dzień. Rzeczywiście zebrały się osoby posiadające wiedzę z różnych dziedzin, tak bardzo potrzebną w terapii środowiskowej. W zespole są lekarze psychiatry, psycholodzy, terapeuci środowiskowi, pracownik socjalny, pielęgniarki psychiatryczne, asystenci zdrowienia, którzy z oddaniem wykonują swoją pracę dla dobra pacjenta. Udało się utworzyć klub pacjenta, gdzie osoby z różnymi zaburzeniami psychicznymi mogą w bezpiecznych warunkach nawiązywać przyjaźnie i być razem podczas trwania zajęć terapeutycznych. Często zabieramy naszych pacjentów do muzeum lub na wystawę do Domu Kultury, co jest połączone z wyjściem na kawę lub lody do kawiarni. Widać, że oni przełamują swoje ograniczenia, chętnie wychodzą z nami.

Jeśli chodzi o mój kurs terapeuty środowiskowego, chciałam zaznaczyć, że już go ukończyłam. Aktualnie oczekuję na egzamin certyfikacyjny w marcu 2025 r. Kurs ten dał mi wiele wiedzy merytorycznej, był też czas na ćwiczenie w postaci np. scenek, w których wcielaliśmy się w role terapeutów, pacjentów lub ich rodzin. Duży blok na kursie stanowiły też zajęcia z psychodramy. Dały mi one wiele informacji o tym, jak funkcjonują i nad czym powinnam jeszcze popracować. Dzięki kursowi terapeuty środowiskowego poznałam podstawy tej pracy oraz nabrałam pewności co do tego, co chcę robić w przyszłości. Zajęcia z nami prowadzili praktycy terapii środowiskowej, lekarze psychiatry, psycholodzy, psychoterapeuci, od których można było się wiele nauczyć.

Myślę, że otrzymanej wiedzy nie zmarnuję i oddam to, co dostałam, kiedy mi pomagano.

Lidia Gawęł

asystent zdrowienia

Centrum Zdrowia Psychicznego

„Psyche – Med” Sp. z o. o. w Mikołowie

Reforma w doświadczeniu psychiatry praktyka

Myśląc o reformie psychiatrii i o tym, dlaczego została zainicjowana oraz co miała wnieść w zakresie zmiany do dotychczasowej organizacji świadczeń w zakresie opieki psychiatrycznej oraz leczenia uzależnień na myśl nasuwa się po pierwsze podział i wyodrębnienie świadczeń na opiekę psychiatryczną (dorosłych oraz dzieci i młodzieży), leczenie uzależnień (dorosłych oraz dzieci i młodzieży) i psychiatrię sądo-

wą. Po drugie należy wspomnieć o reorganizacji w zakresie udzielanych świadczeń dla dorosłych z podziałem na trzy poziomy referencyjności: I poziom – Centrum Zdrowia Psychicznego, II poziom – specjalistyczne programy terapeutyczne, III poziom – wysoko-specjalistyczne ośrodki kliniczne.

W końcu doszło do konfrontacji zmian, jakie miały nastąpić w psychiatrii, z zastanymi problemami, które wynikały z wielolet-

nich zaniedbań w zakresie opieki psychiatrycznej. Od zawsze było wiadome, że pacjent leczony psychiatrycznie z tytułu choroby walczyć o swoje pod Sejmem nie pójdzie. Tak tłumaczono zakres patologii w zakresie zaniedbań. Podnoszono kwestie dehumanizacji w psychiatrii, co istotnie wpływało na oceny moralne organizacji rządzących odpowiedzialnych za stan faktyczny opieki psychiatrycznej. Równocześnie



w Polsce powstały organizacje lekarskie i studenckie promujące inne myślenie o psychiatrii, zawierające podejście holistyczne, integrujące ducha z ciałem, które wymuszało zmianę myślenia o leczeniu psychiatrycznym i było podyktowane innym rozumieniem chorób psychicznych, a więc również pacjenta i leczenia. Z czasem poszerzył się zakres rozumienia chorego jako osoby identyfikującej traumę transgeneracyjną w procesie chorowania własnego. Większość osób żywo i autentycznie zaangażowana w rozumienie osób chorujących nie miała wątpliwości o konieczności utworzenia systemu, który umożliwiłby opiekę kompleksową, na miejscu, czyli blisko domu, koordynowaną, czyli dostosowaną indywidualnie do potrzeb i możliwości leczenia osoby z niej korzystającej.

Taką formę opieki psychiatrycznej miały gwarantować Centra Zdrowia Psychicznego. Celem CZP było opracowanie spójnych strategii diagnostyczno-terapeutycznych, które miały być od samego początku, czyli od momentu zgłoszenia się pacjenta do CZP, wdrażane i realizowane zależnie od bieżącej potrzeby osoby zgłaszającej się. I tak pacjenci pilni mieli do 72 godzin trafić do lekarza psychiatry, który powinien rozpocząć diagnostykę różnicową, ustalić diagnozę i zgodnie z nią wdrożyć leczenie farmakologiczne oraz zaplanować leczenie terapeutyczne, tudzież interwencyjne psychologiczne czy wspierające. W razie komplikacji w leczeniu lub innych potrzeb pacjenta, pacjent mógł być skierowany do Oddziału Psychiatrycznego Dziennego lub Oddziału Psychiatrycznego Całodobowego. Pacjenci po kryzysie psychotycznym otrzymali najlepszą z możliwych ofert leczenia skoordynowanego w ramach Zespołów Leczenia Domowego. Opieka w ramach każdego Centrum miała być koordynowana,

czyli delegowani do koordynacji pacjenci otrzymywali Indywidualny Plan Leczenia i Zdrowienia i koordynatora, który pilnować miał jego realizacji i częściowo przynajmniej w niej uczestniczyć. Na zebraniach zespołów koordynujących pracę ZLS mieli być zespołowo omawiani pacjenci zgodnie z ich leczeniem, potrzebami, ale i potrzebami zespołów współpracujących na rzecz leczenia pacjenta.

Każde Centrum miało mieć przydzielony teryt, czyli daną część regionu zgodnie z wyznaczonym podziałem administracyjnym, dzięki czemu miało być łatwiej organizować świadczenie



i oparcie społeczne pacjentów tam zamieszkujących, a objętych opieką CZP. Ideą CZP miało być nie tylko gwarantowanie leczenia, ale zgodnie z rozumieniem objawów, które powstają wówczas, kiedy życie staje się nie do zniesienia dla człowieka, kiedy choroba staje się ucieczką i paradoksalną ulgą od życia, miało być szeroko rozumianą profilaktyką nawrotów chorób psychicznych poprzez tworzenie sieci oparcia społecznego, poprzez oddziaływanie na lokalną społeczność w postaci psychoedukacji lokalnej społeczności w miejscu pracy, nauki itp. Zaproszenie lokalnych

samorządów do współpracy miało być szansą na realną zintegrowaną społecznie zmianę.

A jak jest?

Pewnie różnie w różnych miejscach...

W Centrum Zdrowia Psychicznego w Gorzowie Wielkopolskim dzięki idei zgodnej z programem pilotażowym udało się utworzyć Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny, Oddział Psychiatryczny Dzienny oraz Klub Pacjenta. W chwili kiedy rozpoczynaliśmy pilotaż w październiku 2018 r. w Poradni Zdrowia Psychicznego pracował 1 lekarz psychiatra oraz 2 psychologów. Aktualnie w Poradni Zdrowia Psychicznego CZP pracuje 8 lekarzy psychiatrów oraz 23 psychologów i psychoterapeutów. Współpracuje z nami od początku 4 podwykonawców, którzy zatrudniają kolejnych 7 lekarzy psychiatrów oraz 10 psychologów, psychoterapeutów. Oddział Dzienny Psychiatryczny Rehabilitacyjny od samego początku zapewnia leczenie w dwóch grupach terapeutycznych zgodnie z dostosowanymi do potrzeb i możliwości zintegrowanymi planami leczenia. Klub Pacjenta działa codziennie w godzinach 15-18, zapewniając pacjentom możliwość spotkania, wsparcia grupowego i rozwoju poprzez zajęcia w ramach arteterapii, kulinarnoterapii, kulturoterapii czy grupy teatralnej. Zespół Leczenia Środowiskowego poszerzył ilość pracowników z 2,25 etatu do 8 etatów łącznie. Personel CZP włączył się bardzo aktywnie w proces koordynacji procesów leczenia pacjentów najczęściej chorych wymagających największego wsparcia, co istotnie zredukowało ilość rehospitalizacji.

Od 2022 r. przy Centrum Zdrowia Psychicznego dla dorosłych działa Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży, które składa się z Środowiskowego Ośrodka Opieki Psychologiczno-Psychoterapeutycznej



dla Dzieci i Młodzieży, Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży oraz Oddziału Psychiatrycznego Rehabilitacyjnego Dziennego dla Dzieci i Młodzieży.

Przy poradniach powstają grupy psychoterapeutyczne, treningowe oraz psychoedukacyjne.

Kadra podjęła realne działania w kierunku wzrostu kwalifikacji. Rozpoczęliśmy akcje psychoedukacyjne oraz profilaktyczne. Jesteśmy obecnie gotowi do szerzej rozumianej współpracy z instytucjami zewnętrznymi, w tym szkołami, do współpracy z Urzędem Pracy oraz ośrodkami aktywizacji zawodowej oraz do wprowadzenia programów terapeutycznych zorientowanych na profilaktykę nawrotów i zdrowienie pacjentów.

Mimo dobrych chęci i wysokiej motywacji kadry zatrudnionej w CZP, mimo deklaracji odpowiedzialności terytorialnej, w dalszym ciągu nie jesteśmy w stanie skoncentrować w pełni uwagi na pilotażu, na pacjentach przynależnych do naszego terytu, bo CZP zorganizowane jest na bazie dawnego Szpitala Psychiatrycznego, co powoduje, że nadal obsługujemy nie tylko pacjentów przynależnych do CZP, ale i pacjentów z okolicznych powiatów, na terenie których nie udało się wdrożyć świadczeń środowiskowych z powodu braku woli politycznej. Powoduje to brak adekwatnego finansowania, nierówność w zakresie

świadczeń udzielanych oraz podział sztuczny na pacjentów Centrum i nie-Centrum nasilający niezadowolenie w tych drugich, oczywiście zresztą. Na tej samej zasadzie pacjenci z powiatów kierowani są do naszej jednostki, zajmując miejsca pacjentów, dla których powinny być delegowane w pierwszej kolejności. Brak środków finansowych uniemożliwia zabezpieczenie infrastruktury potrzebnej do utworzenia odrębnego oddziału dla pacjentów spoza CZP oraz zatrudnienie potrzebnej kadry. Różnica w finansowaniu świadczeń utrudnia realizację świadczeń zgodnie z zasadą kompleksowości i koordynacji oraz istotnie opóźnia terminy przyjęcia pacjentów spoza CZP, generując kolejki dla jednych, przy braku kolejek dla tych drugich. Nadmiernie obciążony personel ulega zniechęceniu i wypaleniu zawodowemu, co niesie ryzyko jego utraty i obniżenia jakości świadczeń. Konflikty pomiędzy lekarzami w Izbie Przyjęć Psychiatrycznej a lekarzami pozostałych specjalności, pracownikami ZRM generują niepotrzebny stres, a wynikają z braku konkretnych zmian legislacyjnych, które umożliwiłyby wprowadzenie czytelnych zasad współpracy międzysektorowej.

Brakuje nam jasnych, klarownych zasad w postaci przyjętych standardów, stałego, bezpiecznego, przewidywalnego finansowania, zgodnie z którym można

planować zwiększanie zasobów Centrum zarówno w postaci infrastruktury, kadry, jak i narzędzi terapeutycznych po to, by organizować udzielanie świadczeń zgodnie z ideą ukierunkowaną na zdrowienie pacjentów opartą na EBM.

Brakuje nam również narzędzi prawnych: koniecznych zmian w dotychczas obowiązujących ustawach, które gwarantowałyby możliwość realnej, zasadnej współpracy międzysektorowej opartej na wspólnym rozumieniu pacjenta.

Lekarz psychiatra może być „tłumaczem” pacjenta, ale sam nie jest w stanie rzetelnie pomóc w sposób adekwatny, bo tak jak skomplikowana jest biochemia psychopatologii zaburzeń psychicznych, tak skomplikowana jest realna, rzetelna, skuteczna pomoc chorującym i wymaga ona pracy zespołowej i interdyscyplinarnej.

Podsumowując, mam wrażenie, że ziarno, które zostało zasiane poprzez pilotaż, wykiełkowało, ale by roślina, jaką chcemy wyhodować mogła wyrosnąć, tak byśmy wszyscy byli z niej zadowoleni, potrzebuje nawozu i pielęgnacji, opieki oraz dobrego zarządzania w zakresie uprawy.

*Olga Pazdan
psychiatra*

kierownik Centrum Zdrowia Psychicznego Gorzów Wielkopolski

Z mroku ku pełni: intymna opowieść o zdrowieniu

Jestem klasycznym przykładem pacjentki, która z powodu braku utrzymania higieny życia przeszła przez trzy epizody psychozy. Chciałam zaznaczyć, że każdy z tych trzech epizodów przeszłam w inny sposób.

Zanim opowiem o swoim doświadczeniu choroby, chciałam tylko wspomnieć, co się działo na krótko przed moim pierwszym epizodem psychozy. Byłam typowym przykładem człowieka zapracowanego. Na kilka miesięcy przed chorobą spałam tylko po cztery godziny dziennie. Byłam przepracowana. Miałam za dużo obowiązków na głowie. Miałam małe dzie-

ci, którymi musiałam się opiekować. Miałam pracę, którą musiałam wykonać. Miałam dom, który miał być zawsze perfekcyjnie prowadzony. Z perspektywy czasu wiem, że wszystkich tych rzeczy nie da się pogodzić. Czynnikiem zapłonowym były moje problemy, które zaczęłam mieć w pracy. One urucho- miły we mnie epizod pierwszej psychozy.

Pierwszy epizod psychozy przeszłam w 2016 r. Przyszedł taki dzień, gdy czułam, że z moją psychiką jest coś nie tak, ale nie wiedziałam dokładnie co. Nie potrafiłam tego rozsądnie wytłumaczyć. Tylko



przeczuwałam, że potrzebuję pomocy psychiatry, bo wiedziałam, że w życiu nigdy wcześniej się tak nie czułam. Miałam myśli prześladowcze. Ciągłe sprawdzałam, czy nikt mnie nie śledzi. Myślałam, że jestem inwigilowana przez internet. Bałam się zaglądać do poczty elektronicznej. Na reklamach ulicznych szukałam podtekstu, jakoby służby wywiadowcze przekazywały sobie w ten sposób informacje o mnie. Myślałam, że radio do mnie mówi i przekazuje mi tajne wiadomości. Miałam urojenia ksobne. Myślałam, że ludzie z otoczenia zwracają na mnie szczególną uwagę, dają sobie znaki, mówią o mnie, obgadują mnie. A na zewnątrz jak to wyglądało? Nie było ze mną kontaktu, a jak już coś mówiłam, to było to oderwane od rzeczywistości. Nie umiałam odpowiedzieć na podstawowe pytania. Był do mnie ograniczony dostęp. Poprosiłam męża, żeby poszedł ze mną do lekarza pierwszego kontaktu. Gdy lekarz zobaczył, w jakim jestem stanie, to skierował mnie do szpitala psychiatrycznego. Tam po wstępnym wywiadzie skierowano mnie na oddział zamknięty, ponieważ nie było ze mną sensownego kontaktu. Na oddziale zamkniętym spędziłam miesiąc, a gdy zaczęłam przyjmować regularnie tabletki, przeniesiono mnie na oddział otwarty. Tam mogłam już w odpowiednich godzinach wychodzić na zewnątrz i miałam różne zajęcia, w tym zajęcia rękodzielnicze, które bardzo lubiłam. Ale w tamtym czasie mój problem polegał na tym, że moi rodzice nie mogli się pogodzić z moją diagnozą, jaką była psychoza. I próbowali mnie jak najszybciej wyciągnąć ze szpitala, bo bali się, że już nigdy z niego nie wyjdę. Pewnego dnia, gdy był obchód, mama ładnie mnie ubrała i kazała się ładnie uśmiechać. Powiedziała, że wtedy mnie wypuszczą. I rzeczywiście mnie wypuścili, tylko że nadal miałam objawy choroby. I problem zaczął się dopiero, gdy wyszłam na świat z oddziału. Nie byłam gotowa na to wyjście. Nie radziłam sobie z rzeczywistością. Zewsząd dochodziły do mnie tajne informacje. Nie potrafiłam nad tym chaosem w głowie zapanować. Pierwszy epizod psychozy rozwinął się, jak byłam w pracy. Strasznie było mi wstyd, że tak dziwnie zachowywałam się w miejscu pracy i postanowiłam z tej pracy zrezygnować. Podjęłam decyzję, że nie chcę wracać do współpracowników, którzy widzieli moje dziwne zachowanie, bo bałam się, że będę musiała się z tego dziwnego postępowania tłumaczyć. Objawy psychozy utrzymywały się około pół roku, ale jak dotarło do mnie, że wszystko to, co sobie wyobrażałam z ostatnich miesięcy, było nieprawdą, to czułam się z tym strasznie źle. Zaczęłam się sama stygmatyzować. Myślałam, że się do niczego już nie nadaję, że już nigdy nie będę pracować, że ludzie będą mówić, że jestem wariatką. Myślałam, że bezpowrotnie straciłam swoje marzenia i niczego już w życiu nie osiągnę. Ubolewałam nad tym, że już nigdy nie będzie tak samo jak wcześniej. Winiłam samą siebie, że zachorowałam. I to była dla

mnie równia pochyła do depresji popsychozy. Moi rodzice zbagatelizowali moje uczucia. Mówili mi, że nic mi nie jest i że sobie wymyślam. Mówili, że przeszłam tylko jednorazowe załamanie nerwowe. Nie pomagali mi w tak trudnej dla mnie sytuacji. Byłam przez co najmniej rok w ciężkiej depresji z całym jej ciężarem. Chorobie towarzyszyły też napady paniki i ogromne lęki przed życiem i przed ludźmi. Skryłam się przed otaczającym mnie światem na kanapie pod kocem, gdzie spędzałam większość czasu. W tamtym momencie wychodziłam z domu tylko do szpitala na psychoterapię, gdzie trafiłam na bardzo fajną psychoterapeutkę. To ona ściągnęła mi z pleców ciężar bycia we wszystkim perfekcyjną. Jeśli chodzi o leczenie farmakologiczne, to nie traktowałam go poważnie. Jak już zaczęłam się lepiej czuć, trochę za namową rodziców, którzy ciągle mi mówili, że nic mi nie jest, sama odstawiłam leki. Gdy zaczęłam się lepiej czuć po półtora roku czasu znalazłam sobie nową pracę. Zaczęłam normalnie funkcjonować. Udowodniłam sobie, że potrafię rzetelnie pracować, tak jak pozostali ludzie. Odbudowałam swoją pewność siebie. Byłam w fazie remisji choroby. Nie miałam objawów schizofrenii. Znowu czułam się świetnie. Uwierzyłam, że to, jak to się mówi, pojedynczy „wypadek przy pracy”. Liczyłam na to, że więcej ta choroba się nie powtórzy.

Przyszedł rok 2019, a z nim kolejny mój epizod psychozy. Pojawiły się myśli prześladowcze, urojenia ksobne. Poczucie bliżej nieokreślonego zagrożenia. Mówiłam od rzeczy. To, jak się zachowywałam nie miało nic związanego z rzeczywistością. Rodzina już wiedziała, gdzie szukać dla mnie pomocy. Tym razem nie wysłano mnie do szpitala, tylko przeszłam najgorszy czas psychozy będąc w domu. Gdy objawy trochę przeszły, za namową pani psychiatry zostałam skierowana na Oddział Dzienny Leczenia Psychoz, na ulicy Olszańskiej w Krakowie, ponieważ nie wiedziałam, czy dam sobie radę z powrotem do pracy. Niestety, tak jak w przypadku pierwszego epizodu, drugi epizod psychozy rozpoczął się w miejscu pracy. Ale tym razem nie zrezygnowałam z zatrudnienia. Wiedziałam z doświadczenia, że epizod choroby się kiedyś kończy. I nie dałam chorobie sobie odebrać ciężko znalezionej pracy. Bałam się po półrocznej przerwie wracać do pracy, bo obawiałam się tego, co powiedzą o mnie ludzie, którzy widzieli moje dziwne zachowanie. Ale wiedziałam, że praca to też część mojej terapii i nie mogłam jej stracić. Chodząc regularnie na Oddział Dzienny Leczenia Psychoz, udowodniłam sobie, że mogę wyjść z domu i wytrzymać sześć godzin zajęć. Widząc to, postanowiłam zaryzykować i wrócić do pracy. Ale byłam, tak jak przy pierwszym epizodzie, w depresji popsychozy, która trwała dwa lata. I mobilizacja, impuls do wstania, umalowania się, ubrania i wyjścia z domu musiał przychodzić



do mnie z zewnątrz. Praca zawsze była dla mnie jednym z filarów mojej terapii. Więc po półrocznej przerwie wróciłam do pracy. Współpracownicy nie podejmowali ze mną rozmowy o tym, co się wydarzyło przed moim zniknięciem. Traktowali mnie tak samo jak wcześniej. Poczułam wtedy ulgę. Chodziłam do pracy, będąc jednocześnie w depresji. Niestety, trudno, bo trudno, ale musiałam sobie uzmysłwić po drugim epizodzie psychozy, że to, co się stało, to nie był pojedynczy „wypadek przy pracy”, ale prawdziwa choroba. Musiałam się przyznać przed samą sobą, że jestem chora na schizofrenię paranoidalną. Ale tym razem przestałam winić siebie albo innych. Któregoś dnia znalazłam artykuł w gazecie o asystentach zdrowienia. Bardzo mnie ten temat zainteresował, bo to znaczyło, że, gdybym była takim asystentem zdrowienia, to te moje trudne doświadczenia mogłabym zamienić na coś pozytywnego. Na coś, co pomogłoby innym chorym. Zaczęłam pogłębiać ten temat. Przeprowadziłam rozmowę z moją panią psychiatrą i ona skierowała mnie do Stowarzyszenia „Otwórzcie Drzwi” zrzeszającego osoby po przebyciu kryzysu zdrowia psychicznego. Zaczęłam chodzić na spotkania stowarzyszenia i odnalazłam tam społeczność, w której moje problemy były dla innych zrozumiałe. Mogłam podzielić się z innymi moimi trudnymi doświadczeniami i odkryć, że nie jestem w tym mieście sama. Na początku 2023 roku pomyślnie ukończyłam kurs asystenta zdrowienia. W międzyczasie zaczęłam się znowu dobrze czuć. Byłam znowu w remisji choroby i niestety po raz drugi samodzielnie odstawiłam wszystkie leki.

Długo nie musiałam czekać, bo w drugiej połowie 2023 roku przeszłam trzeci epizod psychozy. Tym razem pierwsze znaki choroby zauważyli moi najbliżsi. Zauważyli, że biorę na siebie za dużo zobowiązań na raz, że jestem nerwowa, nie myślę logicznie i ponoszą mnie emocje. Zgłosiłam się do lekarza zawczasu, jak poprosiła mnie rodzina. Lekarz przepisał mi leki przeciwpsychotyczne. Wzięłam wolne w pracy tylko na tydzień, aby przetrwać najgorsze momenty psychozy w domu



Anna Buszko

i wróciłam do pracy mając jeszcze objawy choroby. Objawy całkowicie znikły po pół roku. Jak zwykle pojawiła się depresja popsychotyczna, która trwała rok. Mimo objawów depresji ciągle chodziłam do pracy, co pozytywnie motywowało mnie do życia.

A jak dzisiaj dbam o siebie? Nie odstawiam już samodzielnie leków. Wiem, że są one dobrym remedium na moje ataki paniki i poczucie lęku. Traktuję farmakoterapię poważnie. W portfelu mam numer telefonu do Ośrodka Informacji Kryzysowej, na wypadek gdybym potrzebowała wsparcia. Dbam o higienę snu. Śpię minimum 8 godzin lub więcej. Chodzę regularnie na psychoterapię, w której jestem już trzy lata. Utrzymuję kontakty towarzyskie ze znajomymi i przyjaciółmi, bo wiem, że są one jednym z filarów zdrowego życia.

Wychodzenie z choroby to był dla mnie długi proces. Dzisiaj wiem, że po epizodzie psychozy przychodzi u mnie okres remisji choroby. Wiem, że po chorobie zawsze wracam na zgliszczą swojego życia. Nie rezygnuję ze wszystkiego, na czym mi zależy, łatwiej mi się to życie odbudowuje.

*Alicja Majcher
osoba z doświadczeniem
kryzysu zdrowia psychicznego*

Paląca się zapałka. Refleksja o tegorocznym bilansie

Tegoroczny bilans krakowskiej psychiatrii środowiskowej miał miejsce w dniach 6 i 7 lutego 2025 roku w sali imienia Antoniego Kępińskiego przy ul. Olszańskiej 5 w Krakowie. Tak jak w tamtym roku, tak i w tym, czułem się niezwykle wyróżniony nie tylko już tym fak-

tem, że mogę wziąć w nim udział jako obserwator, ale również jako uczestnik panelu. Paneli tematycznych na bilansie było bardzo wiele i naprawdę nie byłam w stanie wszystkiego zapamiętać, choć brałem udział w obradach przez dwa dni i notowałem pewne rze-

czy w notesie. Każdy bilans ma nam, pracownikom psychiatrii środowiskowej, uzmysłwić, co udało się przez ten rok zrobić dla innych pacjentów – innymi słowy trochę chwalimy się przed innymi, a trochę podsumowujemy swoją aktywność i czy przypadkiem ko-



muś nie zdarzyło się spocząć na laurach. W pierwszy dzień bilansu w przerwie między panelami był lunch, jadłem pyszną zupę i nagle podszedł do mnie prof. Cechnicki, pytając, czy „zupa mi aby smakuje”. Odpowiedziałem, że tak, że jest bardzo dobra i że zaraz ustąpię mu miejsca, jako że miejsc siedzących robiło się coraz mniej, gdyż frekwencja na tegorocznym bilansie bardzo dopisała. Odpowiedział, że nie trzeba, ale „że za tę zupkę”, napiszę tak jak rok temu, swoje wrażenia z bilansu. Wtedy poczułem się dowartościowany tym, że jestem tutaj po coś, jako reporter naszej gazety „Dla Nas” i przypomniałem sobie jednocześnie słowa zmarłego przed laty, mojego dziadka Staszka: „kto nie pracuje, ten nie je”.

Co do paneli tematycznych, miałem oczywiście swoje ulubione, które jakoś szczególnie podzielały na moją wyobraźnię. Na przykład panel o interwencjach domowych pracowników socjalnych, był dla mnie bardzo interesujący, choćby przez fakt pewnych przywar i zaniedbań pacjentów – np. zbieractwo zbędnych reklamówek, które osiągnęły niebagatelną liczbę kilku tysięcy. Było to dla mnie ciekawe, ponieważ sam swego czasu zbierałem reklamówki i mama, albo tata, gdy do mnie przyjeżdżali czasem, bardzo dziwili się, po co mi one wszystkie, na co ja odpowiadałem, że „na wszelki wypadek” i „że reklamówek nigdy dość”, czym wprawiałem moich rodziców w jeszcze większe zdziwienie i zakłopotanie.

Innym panelem, bardzo dla mnie przyjemnym, była pogadanka o Klubie „Zawilec” Pani Jadwigi Tytko, gdzie mowa była o działalności tego klubu: spędzaniu czasu na zwiedzaniu Krakowa, zajęciach kulinarnych, rozmowach o życiu, pracy, sytuacji finansowej i wzajemnej czasem pomocy, gdyż „Zawilczanom”, finansowo powodzi się niekiedy bardzo kiepsko.

Utkwił mi również tradycyjnie w pamięci panel poświęcony działalności Galerii Miodowa, w tym prezentacja przez Gerarda Banacha, osiągnięć prowadzonej przez niego grupy fotograficznej i jednego, bardzo klimatycznego zdjęcia palących się zapalek. W tamtym roku zapamiętałem parę z czajniczka, w tym owe zapalki. Grupa fotograficzna wychodzi na wspólne spacer w plener, o 4:30 chce nawet wstać na wschód słońca – owa paląca się zapalka zapewne ma obrazować swoisty pożar słonecznego ognia, które budzi do życia mieszkańców naszej planety.

Ciekawa była również prezentacja zaproszonej grupy z Białegostoku, która realizuje program „My dla innych”, zakładający przede wszystkim skupienie na danej osobie i jej potrzebach, co przypominało mi pewne podobieństwa z działaniem w naszym środowisku i dobierania odpowiedniej dla danego pacjenta pracy – takiej, aby była ona równocześnie zajmująca i niezbyt przeciążająca – aby pacjent miał również czas dla siebie, przyjaciół, swoich bliskich oraz odpoczynek.

Niezwykle interesująca była również prezentacja rozmaitych podejść psychoterapeutycznych, w tym psychoterapii poznawczo-behawioralnej, nastawionej przede wszystkim na uczenie się, rzemiosło (była mowa o grupie rzemieślniczej), oraz na procesy zachodzące wewnątrz grupy, będące procesami zdrowienia. Generalny wniosek z tej prezentacji był taki, że można funkcjonować społecznie, natomiast choroba dalej będzie, a brak odpowiedniego w nią wglądu może być niebezpieczny, gdy ktoś ciężko choruje i nie przepracuje dobrze swojego doświadczenia chorobowego.

Bardzo ciekawy był także panel o pracy Pani Agnieszki Lewonowskiej-Banach, „Pan Cogito idzie do pracy”, w którym była mowa

o zbawiennej roli pracy, a nawet odwróceniu tradycyjnego modelu dochodzenia do zdrowia na rzecz pierwszeństwa pracy przed rehabilitacją.

Były także panele, te główne, o oddziałach dziennych i rehabilitacyjnych, w których wypowiadali się lekarze tacy jak dr Dawid Stormann, dr Agata Dimter, dr Aneta Kalisz, czy dr Krzysztof Gmurkowski, o ciężko chorujących pacjentach, których wysiłkiem całego zespołu udało się doprowadzić do dobrej formy i dobrego funkcjonowania. Te były najważniejsze, jak się zdaje, gdyż sercem działań psychiatrii środowiskowej było, jest i będzie zawsze dobro pacjenta i jego droga do zdrowienia.

Moje koleżanki ze Stowarzyszenia „Otwórzcie Drzwi”, Ania, Monika, Kasia, Agnieszka, zaprezentowały panel „Recovery College”, w którym mówiły o dokonaniach członków Stowarzyszenia, ich pracy na rzecz innych pacjentów, ciężiej chorujących, poprzez liczne szkolenia, występy w mediach, artykuły, codzienną, niewidzialną „pracę u podstaw”, której celem jest rewolucja widzenia chorób psychicznych, ich odmitologizowanie oraz zdjęcie z nich stygmy wielkiego wstydu.

Miałem zaszczyt wystąpić w panelu o sztuce, w którym mówiłem o dokonaniach naszej grupy poetyckiej, prowadzonej delikatną, ale stanowczą ręką prof. Anny Pituch-Noworolskiej. Czytałem moją refleksję o grupie poetyckiej, jak również wygłosiłem krótką pogadankę krytycznoliteracką na bazie mojej wielokrotnej lektury wydanych Almanachów grupy, które według mnie mają wartość na wskroś oryginalną oraz niepodrabialną.

Te dwa dni bilansu to było dla mnie spore wyzwanie, spory wysiłek, ale również ogromna satysfakcja, że „w dobrych zawodach” udział wziętem oraz „bieg ukończyłem”. Do tej pory zgłębiałem swoistą czasoprzestrzeń



mojej choroby, bazując na pewnych lekturach i przemyśleniach. Wtedy, na bilansach, udało mi się „liznąć” nieco psychiatrii, co również dla pacjenta może być bardzo cenne i poszerzyć jego horyzonty. Czynny, tegoroczny udział w bilansie traktuję jako wielką przygodę – poranną wy-

prawę na wschód słońca, kiedy wstaje słońce zdrowia psychicznego i daje nadzieję i siłę do dalszej wędrówki i ochoczej pracy na rzecz innych pacjentów. Niech ten ogień z palącej się zapałki, światełko nadziei na zdrowienie, jeszcze nam długo świeci w Krakowie we wszystkich punktach, w

których dobiega nasz wcześniej, słabo słyszalny głos chorujących psychicznie – jak co roku maszerujemy po godność.

dr n. hum. Michał Piętniewicz
Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”
Kraków

Godność człowieka

Pod stwierdzeniem o nienaruszalności godności człowieka podpisują się wszyscy. Została ona mentalnie przyswojona przez kręgi społeczeństwa. Stała się także najwyższym tabu poza wszelką wątpliwość. Powszechnie uznaje się ją za wartość najwyższą, najwyższą ideę wiodącą.

To wyraziste przekonanie aksjologiczne nie przeszkadza jednak w pojawianiu się sporów na temat treści i zakresu podzielanej wartości podstawowej. W tym też kierunku zmiernają usiłowania, by zarezerwować ją dla sfery najwyższych przejawów człowieczeństwa. Cała niepewność co do jej treści nie usuwa głęboko zakorzonego przekonania aksjologicznego, że godność ma pierwszeństwo wobec wszelkich innych interesów i dlatego nie dopuszcza żadnych ograniczeń, zwłaszcza zaś nie może w ramach rachunku dóbr być porównywana z innymi dobrami. Chociaż w istocie spójna postawa aksjologiczna wobec godności człowieka powinna pozostawać w wyraźnej harmonii wobec ludzkiego życia, także naznaczonego chorobą psychiczną. Te dwa dobra są ze sobą hermetycznie połączone. Harmonia ta powinna ujawniać się zarówno w spontanicznym sądzie, jak i w zreflektowanym namyśle. W porządku aksjologicznym, który opiera się na doświadczeniu choroby psychicznej i przekonaniach o tym, co słuszne, istnieje wymaganie, by szanować ludzkie życie bez względu na to, czy jest ono naznaczone przez chorobę czy też nie.

Każdy z nas ma prawo do istnienia, rości sobie prawo do nieograniczonej ochrony integralności własnej istoty. Rości sobie prawo również w tym przypadku maksyma mówiąca o absolutyzacji i świętości ludzkiego życia. Jednostka z powodu choroby psychicznej nie może zostać wyłączona ze społeczności, lecz stanowi integralną jej część. Dlatego otwartość ta na człowieka chorego psychicznie odwołuje się do koncepcji, które określone są przez judeochrześcijańską wiarę w stworzenie człowieka i jego podobieństwo do Boga.

Godność człowieka chorującego psychicznie i jego życie są więc wartościami, które w wizji aksjologicznej razem ze sobą się schodzą. Ta aksjologiczna spójność jest dążeniem, by ustanowione sfery świętości pozostały wszechobecną stałą, a współczucie

i bezwarunkowy szacunek wyrazem ich przyjęcia. Gwarantując je utrwała się metafizycznie uzasadnioną wizję absolutności człowieka. Może on więc liczyć na uznanie i obronę, a także na autonomię. Ta egzystencjalna pewność jest drogą prowadzącą do osiągnięcia szczęścia z powodu bycia tą, a nie inną osobą. Godność i życie człowieka nadają sobie sens.

Należy więc człowieka traktować jako cel w sobie – społeczeństwo powinno oszacowywać go jako główną wytyczną, zaakceptować jego nienaruszalną godność. Jeśli bowiem najwyższa wartość ma mieć jakąkolwiek funkcję, jeśli nie ma się rozplątać w pozbawieniu znaczenia, musi mieć status centralnego dobra w ramach sensu społecznego. Naruszenie godności pojawia się tam, gdzie interwencja w życie społeczne okazuje się selekcyonowana, gdzie odmawia się respektowania tożsamości i szacunku dla w sobie wartości człowieka. Dlatego szacunek dla indywidualności jest także stopniem jej autonomii i sedna jego egzystencji.

Od nikogo więc nie można oczekiwać rezygnacji z bycia wartością w sobie i celem w sobie. Każdy musi być bezwarunkowo chroniony przed ich negacją. To one są warunkiem tego, aby człowiek w ogóle mógł pomyśleć i wyrazić zgodę na obejmujący go porządek, a potem także w nim uczestniczyć. Według moralności wartość godności człowieka nie traci swojej ważności nawet wówczas, gdy przestaje być przez kogoś uznawana. Pozostaje niezmienna i nieustracalna – to właśnie w takich sytuacjach okazuje swoją doniosłość, ponieważ wtedy przekłada się na roszczenie jej podmiotu do szacunku dlań i do jego ochrony. Widać więc, że nakaz szacunku dla godności objawia swą ważność także tam, gdzie nie ma jednomyślnej postawy w stosunku do jej wartości, gdzie panuje aksjologiczna niepewność. Nie da się zatem uniknąć aktualizacji rozumienia i interpretacji godności człowieka. Zmuszeni jesteśmy więc do czujności, do etycznego niepokoju w obliczu każdego aktu depersonalizacji, który redukuje człowieka do przedmiotu i pozbawia go autonomii.

dr n. hum. Luiza Kula
asystentka zdrowienia
Centrum Zdrowia Psychicznego w Myślenicach



50 lat psychiatrii środowiskowej

Stowarzyszenie Absolwentów Uniwersytetu Jagiellońskiego zaprosiło 20 lutego br. prof. Andrzeja Cechnickiego na wykład z cyklu „Pozukiwanie prawdy i służba społeczeństwu – spotkania z uczonymi”. Wykład zatytułowany „50 lat psychiatrii środowiskowej w Krakowie pod patronatem prof. Antoniego Kępińskiego” został wygłoszony w auli Collegium Novum UJ, a w spotkaniu przemawiała Agnieszka Gazda-Grzesiak, asystentka zdrowienia z Krakowskiej Akademii Zdrowienia (Stowarzyszenia „Otwórzcie Drzwi”).

Gospodarz wydarzenia, prof. Piotr Laidler, scharakteryzował sylwetkę Profesora Cechnickiego – psychiatry i psychoterapeuty, badacza środowiskowych i społecznych aspektów psychiatrii z uwzględnieniem jej kontekstu społecznego i podmiotowości pacjenta. Profesor Cechnicki habilitował się na podstawie pracy zatytułowanej „Schizofrenia – proces wielowymiarowy. Krakowskie prospektywne badania przebiegu, prognozy i wyników leczenia schizofrenii”. Profesor Laidler opowiedział o jego krakowskiej drodze zawodowej i naukowej w Alma Mater jako specjalisty w zakresie badań nad prognozą, przebiegiem, wynikami leczenia, perspektywą zdrowienia i psychospołecznymi interwencjami w schizofrenii. Przedstawił go też jako twórcę i koordynatora krakowskiego kompleksowego, zintegrowanego systemu leczenia i rehabilitacji osób chorujących na schizofrenię i ich rodzin. Jest autorem wielu publikacji na temat psychiatrii środowiskowej i publikacji książkowych redagowanych wspólnie z członkami Krakowskiej Rady Pacjentów. Profesor jest członkiem licznych korporacji naukowych, zarówno polskich, jak i międzynarodowych. Był wielokrotnie nagradzany, m.in. otrzymał Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski, nagrodę „Lodołamacz specjalny”, przyznaną za wybitne zasługi na rzecz osób z niepełnosprawnością i za działalność na polu rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz Krzyż Zasługi Republiki Federalnej Niemiec.

To był jak zawsze w naszych

wystąpieniach edukacyjnych dwugłos – Profesora i przedstawiciela Rady Pacjentów. Najpierw w swoim wykładzie Professor Cechnicki podkreślił dwie istotne myśli prof. Antoniego Kępińskiego: zasadę pierwszeństwa człowieka przed jego chorobą oraz przywrócenie go do wspólnego świata. Scharakteryzował psychiatrię środowiskową jako społeczną czy środowiskową część psychiatrii, ale psychiatrię samą w sobie, którą cechuje szczególny wybór wartości, zakres ofiarowanej pomocy, swoistość organizacyjna oraz wrażliwość publiczna związana z pełnym uczestnictwem pacjentów w życiu w naszej społeczności, z pełnią praw i wolności obywatelskich.

Można w tym procesie wskazać kolejne fale działań reformatorskich: od dezinstytucjonalizacji, poprzez budowę systemów wsparcia społecznego, wspomaganie uczestnictwa społecznego i odzyskiwanie podmiotowości przez pacjentów. Fundamentami tej reformy są wartości – imperatywy podmiotowości, szacunku, wolności, odpowiedzialności i solidarności, na których zbudowane jest zaufanie i troska o los osób cierpiących. Kierunek tego procesu wyznacza koncepcja osobistego zdrowienia i reorientacja pozwalająca na satysfakcjonujący powrót do planu życiowego, do wyjścia z cienia choroby, zachowania lub odzyskania społecznych więzi, nadziei, sprawczości działania, poczucia tożsamości siebie i sensowności życia.

Psychiatrię lokalnej wspólnoty, realizowaną wspólnie z lokalną wspólnotą, czyli psychiatrię środowiskową wyraża idea „Żyć, mieszkać, leczyć się i pracować w lokalnej wspólnocie”. Takimi zasadami i programem terapeutycznym kieruje się Konsorcjum im. A. Kępińskiego, utworzone przez Szpital Uniwersytecki, Collegium Medicum UJ, Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej (koordynator Konsorcjum), Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne” i Stowarzyszenie Pa-

cjentów „Otwórzcie Drzwi”. Dzięki tej współpracy powstała sieć placówek dla osób poważnie chorujących psychicznie w Krakowie m.in. Oddziały dzienne, CZP Kraków – Śródmieście, „Pensjonat i Restauracja „U Pana Cogito”, Art Galeria Miodowa, Teatr „Psyche”, SDS i Centrum Seniora. A wszystko we współpracy z samorządem Krakowa i jego kulturotwórczymi ośrodkami – Muzeum m. Krakowa w Pałacu w Krzysztoforach, Muzeum Fotografii, Pałacem Potockich, Pałacem Sztuki, Antykwariatem „Abecadło”, Teatrem Grotteska, Centrum Kultury Żydowskiej. Nie sposób wszystkich wymienić, więc muszą mi wybaczyć, gdyż razem działają w nieustającym programie „Jesteśmy częścią tego miasta”. Musimy zjednoczyć siły, aby komuś nie przyszło do głowy popsuć ten wspaniały rozkwit psychiatrii środowiskowej.

Następnie Agnieszka Gazda-Grzesiak w znakomity i syntetyczny sposób przybliżyła słuchaczom misję i działalność Stowarzyszenia „Otwórzcie Drzwi” jako organizatora Recovery College w Krakowie (Akademii Zdrowienia) – edukacyjną, publicystyczną, polityczną czy międzynarodową.

Były też pytania z sali i ciekawa dyskusja. Szczególnie wzruszające były wyrazy wdzięczności siostry skierowane do Pana Profesora, który przed 40 laty pomógł razem z Profesorem de Barbaro całej rodzinie w sytuacji kryzysu psychicznego syna i brata. Na koniec obejrzelśmy film „15 lat Cogito”, bardzo ciekawy, opowiadający o drodze do zdrowia poprzez pracę i znaczeniu Pensjonatu U Pana Cogito dla miasta Krakowa i naszej lokalnej wspólnoty. Całe wydarzenie i wykłady Profesora Andrzeja Cechnickiego i Agnieszki Gazdy-Grzesiak zwieńczone zostały rześzystymi oklaskami i dawały nadzieję na zdrowie, nie zapominając, że „aby wyzdrowieć, trzeba wyjść Nadziei naprzeciw”.

Jolanta Janik
Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”
Kraków



PSYCHOEDUKACJA

W tym miejscu chcemy dzielić się wiedzą, narzędziami i technikami, które pomogą lepiej radzić sobie z trudnościami z zakresu zdrowia psychicznego.

**TECHNIKI RADZENIA SOBIE
Z WAHANIAMI STANU ZDROWIA
PSYCHICZNEGO**

PONIŻEJ PRZEDSTAWIAMY KILKA TECHNIK, KTÓRE MOGĄ POMÓC W USTABILIZOWANIU STANU ZDROWIA PSYCHICZNEGO CZ. 1

Techniki oddechowe

Wpływają na fizjologiczne procesy w ciele, regulując układ nerwowy i redukując stres, poprawiając dotlenienie oraz równowagę emocjonalną. Świadome oddychanie uspokaja umysł i ciało, poprawiając samopoczucie i pomaga w radzeniu sobie z emocjami.

**Oddech przeponowy (brzuszny)**

Usiądź wygodnie lub połóż się. Połóż jedną rękę na klatce piersiowej, a drugą na brzuchu. Wdychaj powoli powietrze nosem, aż poczujesz, że brzuch się unosi. Wydychaj powoli ustami, czując, jak brzuch opada.

Technika 4-2-6 (oddech relaksacyjny)

Wdychaj nosem przez 4 sekundy. Wstrzymaj oddech na 2 sekundy. Wydychaj ustami powoli przez 6 sekund. Całe ćwiczenie najlepiej wykonywać od 3 do 5 minut, ale pomocna może być nawet chwila ustabilizowania oddechu i skupienia na nim uwagi.

Box breathing (oddech pudełkowy)

Wdychaj powietrze powoli przez 4 sekundy. Wstrzymaj oddech na 4 sekundy. Zrób wydech przez 4 sekundy. Wstrzymaj oddech na 4 sekundy (powtarzaj przez 3 do 5 minut).

Techniki uważności (mindfulness)

Pomagają w dostrzeganiu tego, co dzieje się „tu i teraz”, w zarządzaniu stresem, regulowaniu emocji, mogą też pomagać w zapobieganiu nawrotom objawów. Dzięki regularnej praktyce uważności stajemy się bardziej obecni, akceptujemy swoje myśli i emocje, co wspiera nasze zdrowie psychiczne i emocjonalne.

**Uważny spacer**

Spaceruj powoli, koncentrując się na każdym kroku. Zauważaj kontakt stóp z podłożem, dźwięki, zapachy, ruch powietrza.

Ćwiczenie uważności 5-4-3-2-1

Usiądź wygodnie. Zauważ pięć rzeczy, które widzisz (np. obraz na ścianie, książkę leżącą na stole), poczuj cztery rzeczy (np. miękkość poduszki, fakturę ubrania), usłysz trzy dźwięki (np. szum wentylatora, cichy gwar ulicy za oknem), wyczuj zapach dwóch rzeczy (np. parzonej kawy, perfum), skup się na jednym smaku (na przykład delikatnym posmaku owocu lub miętowej gumy do żucia).

Uważne jedzenie

Jedz powoli, skupiając się na smaku, zapachu oraz teksturze jedzenia. Unikaj rozpraszaczy (np. telefonu, telewizji).

Techniki fizyczne

Pomagają w redukcji napięcia psychicznego, poprawiając samopoczucie, równocześnie redukują stres i lęk poprzez rozluźnienie ciała, poprawę krążenia, produkcję endorfin oraz lepszą jakość snu.

**Regularna aktywność**

Każda regularna aktywność fizyczna, która będzie intensywna, ale dość krótka i trwająca około 15-20 minut, np. bieganie, szybki marsz, taniec, podskoki itp.

Dynamiczne ćwiczenia w domu

Wykonywanie pajacyków przez 30-60 sekund, szybkie przysiady w dynamicznym tempie przez 30-60 sekund oraz bieg w miejscu z wysokim unoszeniem kolan przez 30-60 sekund.

Proste ćwiczenia rozciągające

Wykonaj kilka prostych ćwiczeń, takich jak skręty tułowia, głowy, unoszenie ramion czy rozciąganie nóg.

Codziennie praktykowanie powyższych technik może znacząco przyczynić się do budowania odporności emocjonalnej oraz poprawy ogólnego samopoczucia. Regularne ćwiczenia pomagają zredukować stres, uspokajać umysł i lepiej radzić sobie z trudnymi sytuacjami w codziennym życiu.

Spróbuj różnych metod, aby sprawdzić, która z nich najlepiej Ci odpowiada!

Agnieszka Gazda-Grzesiak – asystent zdrowienia
Przemysław Stankiewicz – psycholog



Kawa z misją.

Posmakuj, pomagaj i zmieniaj świat

W dniu 3 września 2024 r. na mapie Krakowa rozpoczęło działalność kolejne miejsce ściśle związane z ekonomią społeczną.

W Muzeum Historycznym Miasta Krakowa w Pałacu Krzysztofora Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne” www.rodziny.info otworzyło kawiarnię społeczną „Zakręcony Pan Cogito”.

Znajdują tu miejsca pracy, treningu zawodowego i społecznego osoby z niepełnosprawnością, po kryzysach psychicznych. Wspierają je trenerzy pracy. Kawiarnia promuje zdrowie psychiczne, wspiera sztukę osób chorujących na schizofrenię serwując kawę w specjalnych kubkach charytatywnych. To ważne miejsce, które daje świadectwo prawdziwego włączenia osób chorujących psychicznie w życie turystyczne miasta Krakowa, w życie kulturalne mieszkańców.

W kawiarni społecznej można posmakować tradycyjnych lokalnych wyrobów, napić się kawy, wesprzeć w ten sposób osoby chorujące psychicznie.

Kawiarnia społeczna to też kolejne miejsce do animacji różnorodnych działań społecznych we współpracy z Muzeum Historycznym Miasta Krakowa, takich jak spotkania grup wsparcia, pogadanki, wykłady otwarte czy warsztaty.

Kawiarnia stała się częścią zakładu aktywności zawodowej U Pana Cogito Pensjonat i Restauracja. Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne” od 2003 r. prowadzi zakład aktywności zawo-

wej Pensjonat i Restaurację U Pana Cogito przy ul. Bałuckiego 6 w Krakowie www.pcocigito.pl, gdzie zatrudnia ponad 36 osób z niepełnosprawnościami. Prowadzi też programy aktywizacji zawodowej, mieszkania chronione treningowe i wspomagane dla osób chorujących psychicznie, wydaje czasopismo „Dla Nas”.

Agnieszka Lewonowska-Banach
Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne”
kawiarnia społeczna „Zakręcony Pan Cogito”
Rynek Główny 35, 31-011 Kraków

Wsparcie finansowe:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych



MAŁOPOLSKA

„Dla Nas” Czasopismo Środowisk Działających na Rzecz Osób Chorujących Psychicznie redaguje Komitet redakcyjny w składzie:

- **Monika Anna Syc** – redaktor naczelna
Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej
- **Przemysław Stankiewicz** – z-ca redaktor naczelnej, psycholog
Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej
- **Anna Liberadzka** – z-ca redaktor naczelnej
Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”
- **Michał Piętniewicz** – sekretarz redakcji,
redaktor działu poetyckiego
Stowarzyszenie Pisarzy Polskich Oddział w Krakowie
- **Andrzej Karpiel** – DTP
Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”
- **Agnieszka Gazda-Grzesiak, Bogusława Skimina, Katarzyna Głowacka-Cieślicka, Jacek Nowak**
Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”
- **Kamila Łabędzka-Słowik, Wiktorija Fyda, Konrad Wroński**
Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej
- **Jolanta Janik**
Środowiskowy Dom Samopomocy
- **Luiza Kula**
Rada Paçentów CMUJ

Nad pracami redakcji czuwa Rada Programowa w składzie:

- **prof. Krzysztof Gierowski**
emerytowany Kierownik Katedry Psychiatrii CMUJ w Krakowie
- **prof. Jacek Wciórka**
Przewodniczący Rady Naukowej Polskiego Towarzystwa Psychiatrii Środowiskowej
- **prof. Maria Zaluska**
Prezesa Polskiego Towarzystwa Psychiatrii Środowiskowej
- **prof. Andrzej Cechnicki**
Ośrodek Psychiatrii Środowiskowej i Badań nad Psychozami Katedry Psychiatrii CMUJ
- **prof. Katarzyna Prot-Klinger**
Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie
- **prof. Andrzej Kapusta**
Katedra Estetyki i Filozofii Kultury UMCS
Prezes Fundacji Otwarte Seminarium Filozoficzno-Psychiatryczne
- **mgr Anna Bielańska**
Prezes Stowarzyszenia na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej
- **mgr Agnieszka Lewonowska-Banach**
Prezes Ogólnopolskiej Federacji Stowarzyszeń Rodzin Osób Chorujących Psychicznie „Rodziny”
- **lek. med. Izabela Ciuńczyk**
Prezes Stowarzyszenia Centrów Zdrowia Psychicznego

Wydawca: Stowarzyszenie Rodzin „Zdrowie Psychiczne”
ul. Bałuckiego 6, 30-318 Kraków

Redakcja nie zwraca niezamówionych materiałów, a także zastrzega sobie prawo redagowania i skracania nadesłanych tekstów bez uprzedniej autoryzacji.

nakład 7000 egz.

DLA NAS

plac Sikorskiego 2/8
31-115 Kraków
tel. 692 066 178
e-mail: czasodlanas@wp.pl



LISTA KONTROLNA rozwiązań ustawowych dotyczących zmian systemowych w opiece psychiatrycznej dla dorosłych.



Rekomendacje Grupy roboczej Kongresu Zdrowia Psychicznego i Porozumienia na rzecz realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

1. Zagadnienia ogólne

- ▢ Stopniowe zwiększanie finansowania opieki psychiatrycznej do 7% ogólnych wydatków na świadczenia zdrowotne w 2031 r.
- ▢ Krajowy Ośrodek Zdrowia Psychicznego.
- ▢ Wyspecjalizowana opieka psychiatryczna - specjalistyczne programy zdrowotne.
- ▢ Odrębne finansowanie uniwersyteckich klinik psychiatrycznych.
- ▢ Określone zasady współdziałania z podstawową opieką zdrowotną.
- ▢ Określone zasady współdziałania z jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej.
- ▢ Powiatowe Rady Zdrowia Psychicznego.
- ▢ Termin wdrożenia rozwiązań systemowych na obszarze całego kraju – 2 lata.

2. Organizacja CZP

- ▢ Funkcjonowanie na jednym obszarze działania.
- ▢ Zapewnienie kompleksowej i zintegrowanej opieki psychiatrycznej: doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, środowiskowej i szpitalnej.
- ▢ Lokalizacja miejsca udzielania świadczeń pomocy ambulatoryjnej, dziennej i środowiskowej na obszarze działania CZP.
- ▢ Możliwość udzielania pomocy doraźnej i szpitalnej przez podwykonawcę.
- ▢ Jeden podmiot leczniczy jedno CZP.
- ▢ Samodzielność finansowa CZP.
- ▢ Kwalifikacje pracowników CZP określone w rozporządzeniu.
- ▢ Konkurs na stanowisko kierownika CZP.
- ▢ Określone zadania i sposób funkcjonowania Punktów Zgłoszeniowo-Koordynacyjnych (PZK).
- ▢ Udzielenie pomocy w PZK następuje niezwłocznie po zgłoszeniu.
- ▢ Definicja i zasady sprawowania opieki czynnej.
- ▢ Wyznaczony koordynator opieki dla osób objętych opieką czynną w CZP.
- ▢ Obligatoryjne zatrudnianie w CZP asystentów zdrowienia.
- ▢ Świadczenia lekarza psychiatry w CZP w przypadku pilnym maksymalnie 3 dni od zgłoszenia.

3. Jakość

- ▢ Standard organizacyjny opieki zdrowotnej w CZP (rozporządzenie ministra zdrowia).
- ▢ Zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w opiece środowiskowej (obwieszczenie ministra zdrowia).
- ▢ Możliwość akredytacji CZP.
- ▢ Wskaźniki jakości opieki psychiatrycznej (rozporządzenie ministra zdrowia).

4. Wojewódzki plan obszarów działania CZP

- ▢ Wojewódzki plan obszarów działania CZP (sporządza wojewoda).
- ▢ Plan określa obszary działania CZP i lokalizację PZK, a także możliwe miejsca zapewnienia pomocy doraźnej i oddziału szpitalnego.
- ▢ Obszar działania CZP obejmuje jednostkę/i podziału administracyjnego kraju.
- ▢ Liczba dorosłych mieszkańców na obszarze działania CZP od 50 do 150 tys. (w przypadku dużych miast maksymalnie 200 tys.).

5. Zawieranie umów

- ▢ Zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w CZP w szczególnej formie trybu rokowań.
- ▢ Postępowanie uwzględnia wytyczne wojewódzkiego planu obszarów działania CZP.
- ▢ NFZ zaprasza do rokowań podmioty lecznicze, obejmujące co najmniej trzy podstawowe formy pomocy psychiatrycznej.

6. Finansowanie CZP

- ▢ Finansowanie CZP poprzez:
 - ryczałt na populację osób zamieszkałych na jego obszarze działania
 - płatność za wykonane świadczenia opieki zdrowotnej udzielone osobom niezamieszkałym na obszarze działania
- ▢ **Ryczałt na populację stanowi iloczyn liczby osób pow. 18 r.ż. zamieszkałych na obszarze działania CZP i stawki rocznej na osobę.**
- ▢ Ryczałt na populację obejmuje zakres świadczeń CZP określonych w rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych.
- ▢ Ryczałt na populację nie obejmuje świadczeń: z zakresu leczenia uzależnień; psychiatrycznych i leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży; psychiatrii sądowej; opiekuńczo-leczniczych oraz pielęgnacyjno-opiekuńczych.
- ▢ CZP finansuje koszty świadczeń udzielonych osobom zamieszkałym na jego obszarze działania przez CZP działające na innych obszarach działania.
- ▢ CZP otrzymuje płatność za wykonane świadczenia opieki zdrowotnej finansowane poza ryczałtem.
- ▢ Stawka roczna na osobę podlega zwiększeniu proporcjonalnemu do wzrostu ogólnych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w planie NFZ.
- ▢ Zróżnicowanie stawki rocznej na osobę pomiędzy poszczególnymi obszarami działania CZP (od 2030 r.).
- ▢ Przy rozliczaniu świadczeń ceny jednostkowe są ustalone przez Prezesa NFZ w uzgodnieniu z reprezentatywnymi organizacjami zrzeszającymi podmioty lecznicze prowadzące CZP.
- ▢ Środki przekazane przez NFZ w ramach umowy z CZP w 95% mogą być przeznaczone wyłącznie na: koszty funkcjonowania CZP, w tym amortyzację środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych.



KAWA Z MISJĄ SMAKUJ, POMAGAJ I ZMIENIAJ ŚWIAT

ODWIEDŹ *Kawiarnię Społeczną*
Zakręcony Pan Cogito

W SERCU KRAKOWA

RYNEK GŁÓWNY 35

PAŁAC KRZYSZTOFORY
OBOK SKLEPU Z PAMIĄTKAMI



MY I PYSZNA KAWA
CZEKAMY NA CIEBIE!



1,5%

Przeznacz swój 1,5% naszej organizacji
KRS 0000156949

Razem możemy więcej!



STOWARZYSZENIE
RODZIN z zdrowiem
psychicznym