

## REFORMA PSYCHIATRII ŚRODOWISKOWEJ W POLSCE

## THE REFORM OF COMMUNITY PSYCHIATRY IN POLAND

Bożena Zdebko<sup>1,1,B,D-F</sup>

<sup>1</sup> Instytut Socjologii, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Polska

<sup>1</sup> Institute of Sociology, Catholic University of Lublin John Paul II, Poland

Zdebko, B. (2023), Reforma psychiatrii środowiskowej w Polsce / Reform of community psychiatry in Poland, Rozprawy Społeczne / Social Dissertations, 17, 20-36. <https://doi.org/10.29316/rs/162553>

Wkład autorów/  
Authors' contribution:  
A. Zaplanowanie badań/  
Study design  
B. Zebranie danych/  
Data collection  
C. Dane – analiza  
i statystyki/  
Data analysis  
D. Interpretacja danych/  
Data interpretation  
E. Przygotowanie artykułu/  
Preparation of manuscript  
F. Wyszukiwanie i analiza  
literatury/  
Literature analysis  
G. Zebranie funduszy/  
Funds collection

Tabele/Tables: 0

Ryciny/Figures: 0

Literatura/References: 26

Otrzymano/Submitted:  
19.02.2023

Zaakceptowano/Accepted:  
20.03.2023

**Streszczenie:** Artykuł ma na celu przybliżyć zmiany zachodzące w organizowaniu środowiskowej opieki psychiatrycznej w Polsce. Obecnie opieka psychiatryczna przechodzi znaczącą zmianę w kierunku rozwoju psychiatrii środowiskowej. Tworzona jest na określonym obszarze i dostępna dla każdej osoby, która znalazła się w sytuacji kryzysu zdrowia psychicznego. Istotne staje się wtedy przesłanie moralne psychiatrii środowiskowej, w którym uznaje się podmiotowość każdego pacjenta leczącego się psychiatrycznie, a samo leczenie poszerzone jest o wsparcie środowiskowe w miejscu życia osoby chorej psychicznie. W Polsce model psychiatrii środowiskowej wiąże się z wprowadzeniem zmian w trakcie trwania pilotażu Centrów Zdrowia Psychicznego od 2018 roku, przedłużonego obecnie do 2027 roku.

**Materiał i metody:** Przegląd literatury przedmiotu, uczestniczenie w konferencjach.

**Wyniki:** Zebrane informacje oraz obserwacja pozwalają na głęboką refleksję dotyczącą wprowadzanych zmian w reformie psychiatrii w Polsce.

**Wnioski:** Obecne w podsumowaniu.

**Słowa kluczowe:** psychiatria środowiskowa, zdrowie psychiczne, wsparcie środowiskowe

**Abstract:** This paper provides an overview of the changes taking place in the organization of community mental care in Poland. Psychiatric care is now undergoing a significant shift towards community mental health services. Community psychiatry covers a specific area and is available to any local person who experiences a mental health crisis. It highlights the moral message of community mental care, which recognizes the subjectivity of each patient receiving psychiatric treatment, and the treatment itself is expanded to include community support at the place where the mentally ill person resides. In Poland, the community mental care model is introduced through changes deployed during the pilot stage of Mental Health Centers starting from 2018, now extended to 2027.

**Materials and Methods:** Review of literature, attending conferences.

**Results:** The changes introduced with the psychiatric care reform in Poland can be reflected on based on the information collected and the hands-on observations.

**Conclusions:** Provided below.

**Key words:** community psychiatry, mental health, community support

**Adres korespondencyjny:** Bożena Zdebko, Instytut Socjologii, Katolicki Uniwersytet Lubelski, Al. Raławickie 14, 20-950, Lublin, Polska; email: [therapi@interia.pl](mailto:therapi@interia.pl), ORCID: 0000-0002-1876-6421

**Copyright by:** Akademia Białska Nauk Stosowanych im. Jana Pawła II, Bożena Zdebko

Czasopismo Open Access, wszystkie artykuły udostępniane są na mocy licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-użycie niekomercyjne-na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-NC-SA 4.0, <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

## Wprowadzenie

We wrześniu 2022 roku w Warszawie odbyła się I Konferencja Polskiego Towarzystwa Psychiatrii Środowiskowej. Uczestnicy szukali odpowiedzi na pytanie: Jakiej psychiatrii potrzebujemy?

Polskie Towarzystwo Psychiatrii Środowiskowej powstało 5 listopada 2021 roku w Warszawie. Za cel postawiło sobie działanie na rzecz rozwoju psychiatrii środowiskowej w Polsce. Działania te obejmują rozwój i upowszechnianie osiągnięć naukowych w obszarze zdrowia psychicznego, wspieranie badań naukowych, dobrych praktyk oraz zbieranie dowodów naukowych związanych z ochroną zdrowia psychicznego w lokalnych środowiskach społecznych. We wstępie dokumentu potwierdzającego założenie PTPŚ uzasadnia się potrzebę wzmocnienia publicznego systemu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce na czas długofalowej reformy. Członkowie-założyciele PTPŚ, podkreślają konsekwencję w działaniu w wielu obszarach publicznej opieki psychiatrycznej. Wyzwaniem dla publicznej opieki psychiatrycznej jest między innymi zmiana jej systemu finansowania w oparciu o budżet kapitacyjny na populację w Centrach Zdrowia Psychicznego w całym kraju, doprowadzenie stopniowo do finansowania psychiatrii w wysokości 6% budżetu przeznaczanego na opiekę zdrowotną. Zmiana systemowa dotyczy również przyjęcia i realizacji standardów diagnostyki i terapii kryzysów psychicznych (Wciórka, Konferencja PTPŚ, 2022).

Zdaniem członków-założycieli Polskie Towarzystwo Psychiatrii Środowiskowej powstające w duchu społeczeństwa obywatelskiego ma za zadanie w jasny i stanowczy sposób artykułować potrzeby związane z obecnym i przyszłym kształtem opieki psychiatrycznej w Polsce. Przede wszystkim ma wspierać dążenia do wprowadzenia reformy w kierunku nowoczesnego modelu psychiatrii środowiskowej, który obejmuje wszystkich obywateli korzystających z publicznego systemu opieki zdrowotnej (PTPŚ, 2021).

### Czym jest psychiatria środowiskowa w definicji?

Amerykański Słownik Psychiatryczny psychiatrię środowiskową (*community psychiatry*) definiuje jako część psychiatrii koncentrującą się na zapewnieniu skoordynowanego programu ochrony zdrowia psychicznego dla wszystkich mieszkańców danego rejonu. Celem psychiatrii środowiskowej jest profilaktyka zaburzeń psychicznych,

## Introduction

In September 2022, the Polish Society of Community Psychiatry (PTPŚ) held its first conference in Warsaw. Participants were pondering on the question: What type of psychiatry do we need?

The Polish Society of Community Psychiatry (PTPŚ) was founded on 5 November 2021 in Warsaw. Its statutory goal is to support the development of community psychiatry in Poland. This includes the development and dissemination of scientific excellence in mental health research, support for scientific research, good practices and the collection of scientific evidence concerning the protection of mental health across local communities. In the introduction to the articles of association of PTPŚ, rationale is provided on why the public mental health care system in Poland needs to be strengthened throughout the long-term structural reform. The founding members of PTPŚ highlight that consistent actions are needed in many areas of public psychiatric care. Among the many challenges in public psychiatric care in Poland is to change its system of financing based on capitation per population at the Mental Health Centers throughout Poland, gradually increasing the funds allocated to psychiatric care to 6% of the overall healthcare budget. A systemic change also involves adopting and implementing standards for the diagnosis and management of mental illnesses (Wciórka, PTPŚ Conference, 2022).

According to its founding members, the Polish Society for Community Psychiatry, established in the spirit of civil society, has the task of clearly and firmly articulating the needs related to the current situation and the future of psychiatric care in Poland. Above all, it is intended to drive reforms aimed at introducing a modern model of community psychiatry that covers all citizens who use the public health care system (PTPŚ, 2021).

### What is community psychiatry by definition?

According to the American Psychiatric Dictionary, community psychiatry means providing coordinated community mental health services to all local residents. The task of community psychiatry is to prevent and treat mental disorders, and provide social assistance to those in need. The mental health services include cooperation with patients, their families

ich leczenie, a także udzielenie pomocy społecznej potrzebującym. Świadczenia obejmują, więc współpracę z samymi pacjentami, ich rodzinami oraz organizacjami prozdrowotnymi znajdującymi się na podległym terenie (Amerykański Słownik Psychiatryczny, 2009). Cytowany wyżej słownik, z kolei psychiatryczną opiekę środowiskową (*psychiatric social work*), definiuje jako szczególny rodzaj pracy socjalnej zajmujący się profilaktyką zaburzeń psychicznych, leczeniem i rehabilitacją pacjentów chorych psychicznie oraz zapobieganiem nawrotom tych zaburzeń. W świadczeniu psychiatrycznej opieki środowiskowej szczególną uwagę poświęca się czynnikom rodzinnym, kulturowym, środowiskowym, społecznym, które mogą być przyczyną rozwoju chorób psychicznych i ich nawrotom.

Pojęcie opieka środowiskowa zostało po raz pierwszy oficjalnie zastosowane w Wielkiej Brytanii w 1957 roku (Report, 1957). Od samego początku opieka środowiskowa wskazywała na opiekę dla cierpiących psychicznie poza dużymi szpitalami w obrębie społeczności lokalnej we współpracy z czasem z innymi placówkami lokalnymi, aż po osiągnięcie przez chorego psychicznie normalności w jego codziennym funkcjonowaniu. Psychiatria środowiskowa tworzona na określonym obszarze, dostępna każdej osobie, która w sytuacji kryzysu zdrowia psychicznego powinna wiedzieć, gdzie takiej pomocy w środowisku lokalnym szukać. Jacek Wciórka (2000) wskazuje na termin w języku angielskim „*community psychiatry*”, który według niego podkreśla aspekt oddziaływania i zainteresowania psychiatrii środowiskowej i wiąże się ze społecznością lokalną. Wciórka sugeruje, że tylko w ten sposób termin *community* łączy się ze środowiskiem społecznym skupionym na stosunkowo niewielkim terytorium, pozwalającym na względnie bliskie często osobowe relacje z innymi osobami. Termin *community* w języku angielskim jest bliższy psychiatrii środowiskowej niż „*environment*” lub „*society*”. Środowiskowy charakter instytucji psychiatrycznych oznacza, że funkcjonują one w określonym środowisku, którym nie tylko jest dom, ale i najbliższa okolica, w której osoba dorasta i żyje. Środowisko na tyle jest znane, na ile osoby czują się bezpiecznie i są w nim zakorzenione (Trawkowska, Frąckowiak-Sochańska, 2017). Z kolei Maria Załuska, Katarzyna Prot, Paweł Bronowski (2007) wskazują, że „psychiatria środowiskowa jest sposobem myślenia, z którym wiąże się określony sposób uprawiania psychiatrii jako dyscypliny naukowej, jak i działalności praktycznej”.

and pro-health organizations operating in the given area (American Psychiatric Dictionary, 2009). Psychiatric social work is defined as a special type of social work dealing with the prevention of mental disorders, the treatment and rehabilitation of mentally ill patients, and the prevention of recurrences. In the provision of psychiatric community care, special focus is on family, cultural, environmental and social factors that may be the cause of mental illnesses and their recurrences.

The term community care was first officially used in Great Britain in 1957 (Report, 1957). From the outset, community mental care meant care for the mentally ill outside large hospitals and within the community, in collaboration with other local community centers, until a mentally ill person returns to their normal daily functioning. Community psychiatry is established in a specific area and is available to every local resident; notably, all local residents should be aware where to turn for help in the local community when facing a mental health crisis. Jacek Wciórka (2000) points out that the term “community psychiatry” highlights the impact and focus of psychiatric care on the local community. Wciórka suggests that the term “community” is immersed in the social environment centered around a relatively small territory, allowing for the establishment of relatively close personal relationships among the local people. The term “community” in English more closely reflects the idea of community psychiatry than “environmental” or “societal” psychiatry. Mental care institutions are community-centered, which means that they operate in a specific environment, not only home, but also the immediate neighborhood in which people grow up and live. This is an environment in which individuals feel safe and deeply rooted (Trawkowska, Frąckowiak-Sochańska, 2017). Maria Załuska, Katarzyna Prot, Paweł Bronowski (2007) explain that community psychiatry is a way of thinking that involves a specific approach to practicing psychiatry as a scientific discipline as well as a practical activity.

The community psychiatry model definitely favors out-of-hospital treatment. It recommends therapy without moving patients away from their natural environment, on the contrary, it seeks to make use of its therapeutic potential (Pietrzykowska, 2011). J. Wciórka (2000) stresses that community psychiatry has a moral message, which recognizes the patient’s subjectivity, dignity and freedom. Patient empowerment

Zdecydowanie model psychiatrii środowiskowej wskazuje na prymat leczenia poza szpitalnego, zaleca terapię bez odrywania pacjenta od „naturalnego miejsca życia, środowiska, w którym funkcjonuje” i wskazuje na wykorzystywanie „potencjału terapeutycznego tego środowiska” (Pietrzykowska, 2011). Cytowany na potrzeby niniejszego artykułu J. Wciórka (2000) podkreśla, że psychiatria środowiskowa wiąże się z jej przesłaniem moralnym, w którym uznaje się podmiotowość pacjenta, jego godność i wolność. Podmiotowość ma się urzeczywistniać w świadomym inicjowaniu działań, a z czasem odnalezieniu siebie jako sprawców działania w lokalnej społeczności, aż do jej przekształcania. Doświadczenie podmiotowości w przypadku osób z kryzysem psychicznym może wprowadzić ich w świat społeczny. Mimo własnych ograniczeń odkrywanych w procesie leczenia i zdrowienia chorzy mogą stawać się podmiotami życia społecznego. Choćby samodzielnie wybierać formy leczenia, szukać właściwej sieci wsparcia w społeczności lokalnej, korzystać z doświadczenia osób po kryzysie.

Wspólnota lokalna staje się na tyle pomocna, na ile podejmuje troskę i odpowiedzialność za osobę w kryzysie psychiatrycznym. Według cytowanego profesora Wciórki (2000) sprawa opieki nad chorymi psychicznie nie powinna przypadać jedynie psychiatrii, ale całej społeczności, w której żyje chory i całemu społeczeństwu.

Kształtowanie środowiskowej opieki psychiatrycznej jest wieloletnim procesem w Polsce. Reforma potrzebuje pewnej medycznej i społecznej infrastruktury, aby umożliwić społeczeństwu korzystanie z nowych metod leczenia chorób psychicznych. W świadomości społeczeństwa polskiego nie istnieje społeczna percepcja, czym jest psychiatria środowiskowa. Potrzeba edukacji obywatelskiej w zakresie informowania społeczeństwa o świadczeniu usług medyczno-społecznych w środowiskowej opiece psychiatrycznej, w lokalnej społeczności jest bardzo duża. Brak wiedzy o zaburzeniach psychicznych w społeczeństwie będzie wpływać w dalszym ciągu na stygmatyzowanie chorych psychicznie. Fakt ten przekłada się na kształtowanie właściwych postaw społecznych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi w szczególności tolerancji, zrozumienia i przeciwdziałanie ich dyskryminacji w wielu sferach życia społecznego. Równoległe z rozwojem i ewaluacją standardów opieki środowiskowej nie powinno zabraknąć refleksji dotyczącej jej autentycznego przesłania.

means adopting a proactive attitude and gradually teaching patients how to initiate actions in the local community to transform it. If individuals struggling with mental issues experience empowerment, it can help reintroduce them to the life of their communities. Despite their own limitations discovered in the process of treatment and recovery, patients can become active social actors. They can choose forms of treatment, establish a support network in the community, and share with others the experience of people who overcame a mental crisis.

A local community offers the necessary assistance in that it cares for and takes responsibility for a person in a mental crisis. Wciórka (2000) also explains that caring for the mentally ill should not be the responsibility of the professional psychiatric care system alone, but of the community in which the patient lives and the society as a whole.

Developing community psychiatric care in Poland is a long-term process. For the reform to be successful, medical and social infrastructure is needed to allow the society to benefit from new treatments for mental conditions. The concept of community psychiatry is poorly understood by the Polish society. Civic education is required to make the public aware of the medical and social services offered by community psychiatric care in the local communities. Insufficient knowledge about mental conditions contributes to the stigmatization of people who struggle with mental issues. The new approach will translate into new social attitudes towards people with mental disorders, in particular tolerance, understanding and counteracting their discrimination in many aspects of social life. The development and evaluation of community care standards should go hand in hand with reflection on its actual message.

## Zmiana mierzona jakością i dostępnością

W przebudowie systemu organizacji opieki psychiatrycznej, procesy deinstytucjonalizacji, decentralizacji uwzględnia się jako priorytetowe. Krytyka tradycyjnego systemu opieki psychiatrycznej, w którym największe znaczenie miał szpital, przyczyniła się do rozwoju w latach 60. XX wieku ruchu psychiatrii środowiskowej. Krytyka, która według Joanny Meder (2004) była inspirowana rozwojem praw człowieka wskazywała na dehumanizujący wpływ totalnych instytucji na życie osób chorych psychicznie. Duże szpitale psychiatryczne w XIX wieku zapewniały izolację chorych psychicznie, leczonych poza środowiskiem, zamkniętych często na bardzo długi czas. W XX wieku obserwuje się przejście od koncepcji szpitala jako instytucji totalnej w stronę jego funkcji terapeutycznych przy równoczesnym wdrażaniu nowych metod terapii. W procesie zdrowienia coraz częściej chodzi o przywrócenie funkcjonowania chorego psychicznie w jego rolach społecznych, w jego środowisku (Zaluska, 2000). W ciągu 20 lat od wydania pierwszych polskich publikacji na temat psychiatrii środowiskowej, w których prognozowano dokąd powinna zmierzać reforma w psychiatrii, zmieniło się to, że dziś możemy już powiedzieć o tak zwanych dobrych praktykach w psychiatrii środowiskowej w Polsce. Deinstytucjonalizacja obecnie definiowana jako proces odchodzenia od usług świadczonych na podstawie niezintegrowanych z daną społecznością lokalną instytucji w stronę skorelowanych ze sobą usług medycznych i społecznych świadczonych przez podmioty ściśle połączone z lokalną społecznością i korzystające z jej zasobów (Europejska Grupa Ekspertów, 2012). Proces deinstytucjonalizacji nie oznacza zniesienia ładu instytucjonalnego, zamknięcia dużych szpitali psychiatrycznych, jednak wymaga ewaluacji na tyle, aby na świadczenie usług wpływała możliwość dokonywania wyboru przez pacjenta terapii i sposobu bycia w niej przy równoczesnym jego uczestniczeniu w życiu społeczności, w której żyje i pełni role społeczne (Wciórka, Konferencja PTPŚ, 2022). Zmuszanie do określonej terapii po to, aby tylko mieć dostęp do usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności decyduje o przewadze kultury instytucjonalnej.

Wprowadzenie wyraźnego rozróżnienia między leczeniem psychiatrycznym w formie świadczenia usług opieki zdrowotnej, a pobytem w zakładzie psychiatrycznym jako formą terapii społecznej dla osób z problemem psychicznym, staje się jedną

## A change measured by quality and availability

In remodeling the psychiatric care in Poland, deinstitutionalization and decentralization are considered top priorities. The criticism of traditional system of psychiatric care based on institutionalized patient management contributed to the development of the community psychiatry movement in the 1960s. Joanna Meder (2004) explains that the critical approach to psychiatric care was inspired by the development of human rights, revealing the dehumanizing impact of institutionalized care on patients. Large psychiatric hospitals in the 19th century provided isolation for mentally ill patients who were rooted out from their local community and destined to long-stay confinement. The 21st century saw a shift from the concept of the institutionalized care toward therapeutic functions of mental care institutions while implementing new methods of therapy. The recovery process is increasingly about restoring mentally ill people in their social roles and reintroducing them to their environment (Zaluska, 2000). During the 20 years since the first Polish publications on community psychiatry were released, predicting the future model of psychiatric care reforms in Poland, a number of good practices of community psychiatry have been introduced in Poland. Deinstitutionalization is currently defined as the process of moving away from mental care provided by institutions that are not integrated into the local community towards correlated medical and social services provided by entities that are closely connected to the local community and use its resources (European Expert Group, 2012). The process of deinstitutionalization does not mean that all institutions need to be abolished or all large psychiatric hospitals closed, but still, psychiatric care needs to be reevaluated so that patients can actively participate in it by being able to make choices about their therapy and its delivery while staying in the community in which they live and fulfil their social roles (Wciórka, PTŚ Conference, 2022). Also, forcing a certain therapy upon patients just to give them access to mental care services provided at the local community level means institutional care model would still prevail.

Changes in the Polish mental care are increasingly driven by the clear distinction between psychiatric care in the form of health care services and admission to a psychiatric institution as a form of social therapy for people with mental issues. Twenty years ago, the World Health Organization

z wytycznych dla zmian w polskiej psychiatrii. Dwadzieścia lat temu Światowa Organizacja Zdrowia w raporcie z 2001 roku zalecała zastąpienie dużych szpitali psychiatrycznych placówkami psychiatrycznej opieki środowiskowej. Wskazała przy tym na wsparcie szpitali ogólnych w procesie zdrowienia. Zmiany dokonujące się w psychiatrii na przestrzeni ostatnich lat miały wyodrębnić w szpitalach ogólnych oddziały psychiatrycznej opieki dla pacjentów chorych psychicznie. Pacjentów, którzy przechodzą ostry epizod choroby psychicznej nadal umieszcza się w szpitalu psychiatrycznym. Jednak ich czas pobytu skraca się, a rehabilitacja psychiatryczna kierowana jest w stronę środowiskowych form wsparcia i leczenia. Szpital psychiatryczny wskutek przebiegającej reformy w psychiatrii stracił rolę zastępczego środowiska dla osób chorych przewlekle (WHO, 2001). W przeprowadzaniu reformy psychiatrycznej należy skupić się na działaniach, które powodują odchodzenie od psychiatrii izolacyjnej w kierunku rozwijania form poza szpitalnego leczenia.

Zarządzanie jakością w ochronie zdrowia powinno być zgodne z europejską normą PN-EN 15224. Zapewnia ona opiekę adekwatną do potrzeb fizycznych, psychicznych i społecznych pacjenta. Ogólnie opieka medyczna powinna uwzględnić holistyczne podejście do pacjenta oraz zaangażować go w proces leczenia i zdrowienia. Należy zapewnić pacjentowi udział we wszystkich decyzjach dotyczących świadczonych mu usług medyczno-społecznych. Zasada zaangażowania pacjentów może być rozumiana jako przekazywanie częściowej odpowiedzialności pacjentowi za „zarządzanie” swoim zdrowiem. W trakcie leczenia należy uwzględniać wszystkie możliwe zdarzenia, które miałyby wpływ na bezpieczeństwo pacjentów, eliminować ryzyko, analizować zdarzenia niepożądane i nie dopuszczać do ich powtórzenia w przyszłości. Równość dostępu do opieki medycznej gwarantuje wszystkim opiekę bez względu na status socjo-ekonomiczny, płeć, orientację seksualną, religię, pochodzenie etniczne i narodowościowe, język i miejsce zamieszkania (Konferencja, PTPŚ, 2022). Z powyższego wynika, że tak zorientowana reforma psychiatrii środowiskowej ma szansę dotrzeć do każdej osoby, która aktualnie w danym momencie życia przeżywa kryzys zdrowia psychicznego. Oznacza to zapewnienie skoordynowanej opieki nad pacjentem, który może korzystać z różnych form wsparcia: środowiskowego, ambulatoryjnego, dziennego bądź leczenia stacjonarnego.

recommended moving away from custodial care in psychiatric hospitals by replacing it with community psychiatric care facilities (WHO report of 2001). In doing so, the role of general hospitals in the recovery process is highlighted. Changes taking place in psychiatric care over the past few years consisted in establishing separate psychiatric care units for mentally ill patients in general hospitals. Patients in an acute episode of mental illness are still admitted to a psychiatric hospital. However, their length of stay is reduced, and psychiatric rehabilitation is being directed toward community-based support and treatment. As a result of the ongoing reform of psychiatric care, a psychiatric hospital is no longer a substitute environment for chronically ill patients (WHO, 2001). The psychiatric care reform should also focus on measures that move away from isolation toward forms of non-hospital treatment.

Quality management in health care should comply with the European standard PN-EN 15224. It should provide care tailored to the patient's physical, mental and social needs. Medical care in general should be based on a holistic patient approach and should empower patients by involving them in the treatment and recovery process. It should ensure that the patient partakes in all decisions regarding the relevant medical and social services. Patient empowerment can be understood as making patients to some extent responsible for “managing” their health. All possible events that would affect patient safety should be considered, risks should be eliminated, adverse events should be analyzed and prevented in the course of treatment. Equal access to medical care means that all people are given an equal chance of receiving appropriate treatment regardless of socioeconomic status, gender, sexual orientation, religion, ethnic and national origin, language and place of residence (Conference, PTPŚ, 2022). It follows that the reform of mental care with a focus on community psychiatry is likely to reach every person who experiences a mental health crisis at any time in their life. This also means ensuring coordinated care for patients who can use various forms of support: community, outpatient, day or inpatient treatment.

## Centrum Zdrowia Psychicznego

Ramą organizacyjno-prawną dla przebiegu reformy psychiatrii w Polsce jest dokument Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 zwany dalej Programem. Zakłada on odejście od modelu azylowego, izolowania chorego psychicznie na rzecz włączenia osoby doświadczającej kryzysu psychicznego z powrotem w życie lokalnej społeczności. Dotyczy również podejmowania wielu zintegrowanych działań z zakresu usług medycznych, społecznych i edukacyjnych, które będą wspierać chorego w drodze zdrowienia w jego środowisku. Program wprowadza regulacje legislacyjne, które ułatwiają objęcie kompleksowej opieki osób z zaburzeniami psychicznymi. Do regulacji należy zawieranie umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej oraz monitorowanie efektywności opieki medycznej. Program stawia na tworzenie Centrum Zdrowia Psychicznego (dalej: CZP), w którym leczą się osoby dorosłe z zaburzeniami psychicznymi. CZP są powoływane i nadzorowane przez ministra zdrowia, a finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Kompleksowość usług w CZP obejmuje zakres merytoryczny, kadrowy, techniczny, prawny i finansowy. Celem jest również wsparcie chorych w powrocie do odgrywania ról społecznych, poprawy jakości życia, inicjowanie warunków społecznej integracji osób z zaburzeniami psychicznymi oraz przeciwdziałanie stygmatyzacji i wykluczeniu. Ograniczenie rozmiarów i negatywnych skutków hospitalizacji oraz uruchomienie inicjatyw i zasobów lokalnej społeczności na rzecz ochrony zdrowia psychicznego jest zadaniem dla Centrum Zdrowia Psychicznego (Zestawienie zasad funkcjonowania CZP w ramach pilotażu NPOZP, 2017). Poprawa jakości świadczenia usług w CZP wyraża się w ich dostępności. Limit czasu na udzielenie pomocy wynosi 48/72 godziny i zasadniczo zmniejsza średni czas oczekiwania na dostęp do leczenia. Dotychczasowe formy wsparcia dla pacjentów psychiatrycznych przykładowo w poradni zdrowia psychicznego były gwarantowane w przeciągu więcej niż jeden miesiąc ([basiw.mz.gov.pl](http://basiw.mz.gov.pl)).

Obecnie już cztery lata trwa pilotaż CZP, uczestnicy pierwszej konferencji PTPŚ podkreślali, że czas potrzebny na przetestowanie nowego modelu leczenia psychiatrycznego w CZP może się przedłużyć do końca 2027 roku i do tego czasu ma powstać około 300 placówek CZP w każdym powiecie i w każdej dzielnicy dużego miasta. Z kolei do końca 2022 roku, według danych Biura ds.

## A Mental Health Center

The organizational and legal framework for the psychiatric care reform in Poland is laid down in the 2017-2022 National Mental Health Program, hereinafter referred to as the program. Its basic assumption is to move away from the institutionalized care model in which mentally ill patients are kept in confinement, towards reintroducing persons experiencing a mental crisis back into the local community. It also assumes that a range of integrated medical, social and educational services are delivered to support the patient's recovery in the local environment. The program introduces legislative regulations that facilitate delivering comprehensive care for people with mental disorders. Such regulations include contracting for mental health care services and monitoring the effectiveness of medical care. The program intends to establish a chain of Mental Health Centers (CZP) to deliver treatment to adults with mental disorders. The Mental Health Centers are set up and supervised by the Minister of Health, and financed by the National Health Fund. Apart from professional staff delivering mental care, these facilities will include HR, technical, legal and financial personnel. The aim of a Mental Health Center is to support patients in resuming to their social roles, improving the patient's quality of life, initiating conditions for the social integration of people with mental disorders, and fighting stigma and exclusion. The task for a Mental Health Center is to reduce the need for and the negative effects of hospitalization and activating local community initiatives and resources for the protection of mental health (Rules governing the operation of Mental Health Centers under the NPOZP pilot program, 2017). The improved quality of mental care services in Mental Health Centers is most evident in their accessibility. The time limit for delivering assistance is 48/72 hours, which dramatically reduces the waiting time. Currently, patients have to wait for more than a month for mental care support delivered at a mental health outpatient clinic ([basiw.mz.gov.pl](http://basiw.mz.gov.pl)).

The pilot Mental Health Center has now been operating for four years and, according to the attendees of the first PTPŚ conference, the time needed to test the new model of psychiatric care delivered through the Mental Health Centers may be extended until the end of 2027, and by that time about 300 Mental Health Centers are expected to operate across all municipal or city districts. 81 Mental Health Centers are expected

pilotażu, 81 CZP ma pokryć 1/3 kraju (Konferencja PTPŚ, 2022). Kluczowe elementy zmian dla CZP w ramach świadczenia usług w przyszłości mają polegać na: indywidualizacji, czyli przygotowaniu indywidualnych planów zdrowienia, zróżnicowaniu, czyli udostępnieniu zróżnicowanych świadczeń zdrowotnych, koordynacji, czyli monitorowaniu pomocy udzielanej w ramach CZP oraz dostosowaniu, czyli organizacji infrastruktury pomocowej (Konferencja, PTPŚ, 2022).

Nowym narzędziem w psychiatrii środowiskowej są zespoły mobilne funkcjonujące przy CZP. O zespoły mobilne opiera się praca na wszystkich etapach pomocy osobom z doświadczeniem kryzysu psychicznego. Zespoły realizują zadania na określonym terenie, zgodnie z podziałem terytorialnym, co jest istotne dla ich prawidłowego funkcjonowania i sprawnej koordynacji realizowanych działań. Pierwsza interwencja terapeutyczna zespołu mobilnego u osoby w kryzysie powinna nastąpić w ciągu 48 godzin od momentu zgłoszenia kryzysu. W zespole może być psycholog, psychoterapeuta, lekarz, pielęgniarka, a także pracownik socjalny. Zespół mobilny koordynuje pomoc we współpracy z instytucjami wsparcia społecznego jak ośrodkami pomocy społecznej, domami pomocy społecznej, środowiskowymi domami samopomocy, poradnią zdrowia psychicznego, szpitalem, klubami seniora oraz organizacjami pozarządowymi. Praktyka pokazuje, że współpraca pomiędzy zespołami mobilnymi, a instytucjami w różnych obszarach, wymaga dopracowania w dłuższym okresie czasu (Psychiatria Środowiskowa, 2021). Praca zespołu mobilnego ma służyć destygmatyzacji zaburzeń psychicznych w środowisku lokalnym.

W środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej cenne staje się wdrażanie współpracy z asystentami zdrowienia (Ex-In). Rola asystentów zdrowienia może być nieoceniona zwłaszcza, że są to osoby po własnych kryzysach psychiatrycznych oraz odbytej psychoterapii. Mogą wnieść do zespołów terapeutycznych własną perspektywę zrozumienia choroby i wychodzenia z niej. Motywacja asystentów zdrowienia do niesienia pomocy wynika z chęci wspierania innych osób dzięki własnemu doświadczeniu, potrzeby bycia użytecznym oraz wykorzystania kryzysu jako potencjału. W środowiskowym CZP w zależności od kompetencji asystentów zdrowienia mogą prowadzić doradztwo dla pacjentów, rodzin, uczestniczyć w wizytach zespołu mobilnego, wspierać pacjentów w szpitalu, na oddziałach dziennych. Praca asystentów zdrowienia wymaga wciąż regulacji

to cover a third of the country by the end of 2022 (PTPAS Conference, 2022). The key changes to be introduced to psychiatric care delivered by the future Mental Health Centers are as follows: individualization (individual recovery plans); differentiation (provision of personalized health services); coordination (monitoring of assistance provided by the Mental Health Center); and adaptation (establishing an assistance network) (Conference, PTPŚ, 2022).

Mobile teams operating at Mental Health Centers are a new tool in community psychiatry. Mobile teams are to be engaged in all stages of assistance offered to people who experience of mental crisis. The teams carry out tasks in a specific area, according to the territorial division, which is important for their proper operation and efficient coordination of the activities carried out. The mobile team's first therapeutic intervention with a person in a mental crisis should take place within 48 hours of reporting the crisis. The team may consist of a psychologist, psychotherapist, doctor, nurse, and a social worker. The mobile team coordinates assistance in cooperation with social support institutions such as social welfare centers, nursing homes, community self-help homes, mental health clinics, hospitals, senior citizen clubs and NGOs. The cooperation between mobile teams and institutions in various areas warrants further elaboration over a longer period of time (Environmental Psychiatry, 2021). The work of the mobile team is intended to destigmatize mental disorders in the local community.

In the community mental care model, collaboration with recovery assistants (Ex-In) becomes a highly valuable asset. The role of recovery assistants can hardly be overestimated, especially since these are the people who have a history of a mental condition and psychotherapy. They can bring their own perspective and understanding of the mental illness and the recovery process to the treatment teams. Recovery assistants feel strongly motivated as they desire to support others by making use of their own experience; they also want to feel useful and make the most of their own mental crisis. Recovery assistants can provide counseling for patient and their families, join mobile team during patient visits, and support patients in hospitals or day wards, depending on the extent of their personal competence. The work of recovery assistants still needs to be formally and legally regulated; qualification standards and certification system need to be adopted (Bartosiewicz-Niziołek, Olszewski, 2022).



formalno-prawnych oraz wyznaczenia ram kwalifikacji i systemu certyfikacji (Bartosiewicz-Niziołek, Olszewski, 2022). Wdrażanie zespołów mobilnych oraz asystentów zdrowienia w pracę CZP jest działaniem innowacyjnym w społeczności lokalnej. Potrzeba czasu na dookreślenie jak ma wyglądać ostatecznie współpraca w wielu kwestiach spornych jak: uniwersalny charakter zespołów, specjalizacja w określonych zadaniach. Niewątpliwie Centrum Zdrowia Psychicznego realizuje środowiskową opiekę psychiatryczną, której celem jest poprawa dostępności, kompleksowości, ciągłości, dostosowanie leczenia do potrzeb, możliwej do osiągnięcia skuteczności i godziwości warunków świadczenia pomocy w leczeniu psychiatrycznym (Thornicroft, Tansella, 2010).

Zarządzeniem z dnia 20 lutego 2018r. Minister Zdrowia powołał Zespół do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Deklaracje Kongresów Zdrowia Psychicznego z 2017 roku i 2019 roku zaowocowały rozpoczęciem środowiskowej transformacji systemu ochrony zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży. Jest ona zaspokojeniem ogromnej potrzeby zmian w ochronie nieletnich pacjentów doświadczających zaburzeń psychicznych oraz ich rodzin. Do tej pory niska dostępność do świadczeń powodowała korzystanie przez małoletnich pacjentów ze świadczeń dla dorosłych na oddziałach psychiatrycznych, poradniach zdrowia psychicznego bądź w zespołach leczenia środowiskowego. Jednak Ministerstwo Zdrowia rekomenduje, aby tego rodzaju sytuacje dotyczyły dzieci powyżej 16 roku życia i trwały możliwie najkrócej.

Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży składa się z trzech poziomów referencyjnych. Należy o nich wspomnieć, ponieważ wpisują się w psychiatrię środowiskową jako nowość. Pierwszy poziom referencyjny stanowią Ośrodki Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży. Dynamika ich powstawania od momentu wejścia w życie reformy opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży jest duża i efektywna. Przede wszystkim opieką nieletnich zajmują się psychologowie, psychoterapeuci oraz terapeuci środowiskowi, których rolą jest poznanie środowiska leczonych w ośrodku. Na I stopniu referencyjnym w ośrodku nie pracują lekarze, a pomoc udzielana jest wszystkim dzieciom, które nie potrzebują diagnozy psychiatrycznej oraz farmakoterapii. Ideą interwencji jest wczesna reakcja na pojawiające się problemy, które są rozwiązywane w terapii indywidualnej, grupowej, rodzinnej. Udzielenie na tym poziomie pomocy często zapobiega hospitalizacji na oddziale psychiatrycznym,

Introducing mobile teams and recovery assistants to the Mental Health Centers is an innovative solution within a local community. It will take some time to define the rules of cooperation and agree on many contentious issues, including the multi-purpose nature of the teams and further specialization to do specific tasks. A Mental Health Center provides community psychiatric care to improve accessibility, comprehensiveness, continuity, and personalization of psychiatric care, as well as to provide achievable performance and fair conditions for delivering assistance in psychiatric treatment (Thornicroft, Tansella, 2010).

By way of a regulation of 20 February 2018, the Minister of Health appointed a Team for the Mental Health of Children and Youth. An environmental transformation of the mental health care system for children and adolescents was initiated following the declarations of the Mental Health Congresses of 2017 and 2019. This reform introduces changes in the protection of minor patients experiencing mental disorders and their families. Until now, low accessibility to mental care has resulted in minor patients being admitted to psychiatric wards and mental health clinics for adults, or being cared after by community treatment teams for adults. However, the Ministry of Health recommends that this form of psychiatric care should only apply to children over the age of 16 and to be as short as possible.

Child and adolescent mental health care is delivered through three levels of referral centers. This should be mentioned in the context of the new model of community psychiatry. The Centers for Community Psychological and Psychotherapeutic Care for children and adolescents are the first referral level. Since the reform of child and adolescent psychiatric care came into effect, the first referral centers are dynamically being established. Pediatric patients are cared for by psychologists, psychotherapists and community therapists, whose role is to get to know the environment of patients treated at the center. There are no doctors at first-referral centers, and help is provided to all children who do not need psychiatric diagnosis or pharmacotherapy. The role of these facilities is to respond early to emerging problems, which are addressed in individual, group, and family therapy. Providing assistance at first-level referral centers often prevents later hospitalization at a psychiatric ward, which is an unpleasant experience for children and adolescents. The first referral centers have begun to be established since 1 April 2020

która jest przykrym doświadczeniem dzieci i młodzieży. Pierwsze ośrodki zaczęły powstawać od 1 kwietnia 2020 roku, z wejściem reformy w życie, docelowo mają powstać w każdym powiecie. W ośrodkach II poziomu będą pracować lekarze psychiatrzy, a pacjenci, którzy będą potrzebować intensywniejszej pomocy mogą przebywać na oddziale dziennym. Wtedy taki ośrodek obejmowałby kilka sąsiadujących ze sobą powiatów. Najwyższy, III poziom referencyjności obejmuje ośrodki wysokospecjalistyczne całodobowej opieki psychiatrycznej. Tu znajdują pomoc osoby w stanie zagrożenia życia i zdrowia, przyjmowani w trybie nagłym. Reforma wskazuje na tworzenie, co najmniej jednego takiego ośrodka w województwie. Będzie on również miejscem kształcenia przyszłych lekarzy psychiatrów i innych specjalistów(www.gov.pl). Jednym z problemów reformy psychiatrycznej jest sytuacja kadrowa w opiece psychiatrycznej dzieci. W krajach Unii Europejskiej średnia liczba lekarzy ze specjalizacją w psychiatrii dziecięcej wynosiła 10 lekarzy na 100 tys. ludności w wieku od 0 do 14 lat(gateway.euro.who.int). W Polsce w 2019 roku wszystkich psychiatrów dziecięcych (średni wiek lekarzy około 51 lat) było 426 czyli 7,7 na 100tys. ludności w wieku 0-14 lat (Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia, 2021).

Trzeciego poziomu referencyjności brakuje wciąż w psychiatrii dorosłych. Potrzeba dotyczy otwierania specjalistycznych ośrodków dla osób w szczególnie trudnej sytuacji zdrowotnej jak z zaburzeniami odżywiania lub ze spektrum autyzmu. Centra Zdrowia Psychicznego dla dorosłych oraz Ośrodki Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży niewątpliwie zajmują w psychiatrycznej opiece środowiskowej czołowe miejsce na obecną chwilę.

W związku z faktem, że reforma opieki psychiatrycznej dokonuje się w wielu krajach europejskich przeprowadzono pierwsze badania dotyczące funkcjonowania CZP. Ponieważ znane są założenia teoretyczne wprowadzanych zmian, to należało zbadać nowy model, co do skuteczności leczenia w stosunku do opieki standardowej. Ocenić poddano działanie CZP w 2019 roku, ponieważ był to jeden cały rok w pilotażu. Badanie wskazało, że spodziewany kierunek zmian w opiece psychiatrycznej został osiągnięty, a wdrożenie standardów opieki środowiskowej osiąga znaczący poziom. Obszary, które wymagają szczególnej uwagi dotyczą współpracy wielu specjalistów, tworzenia grup terapeutycznych z udziałem wszystkich członków CZP, leczenia wielospecjalistycznego w domu, dostępności usług, autonomii pacjenta w kierowaniu

with the introduction of the reform. There are plans to establish first referral unit in each municipal district. Second referral centers will be staffed by psychiatrists, and patients who need more intensive psychiatric care can be admitted to a day unit. This type of a psychiatric care center would cover several neighboring municipal districts. The highest tertiary referral centers are highly specialized centers providing 24-hour psychiatric care. Tertiary referral centers provide assistance to patients whose life and health are endangered. At least one such center per voivodship is planned to be established after the reform is completed. It will also be a training center for future psychiatrists and other specialists (www.gov.pl). The staffing situation in psychiatric care for children is one of the biggest challenges in the psychiatric care reform. In the European Union member states, there are on average 10 physicians specializing in child psychiatry per 100,000 population aged 0 to 14 years (gateway.euro.who.int). In Poland in 2019, there were 426 child psychiatrists (at a mean age of 51 years), i.e. 7.7 child psychiatrists per 100,000 population aged 0-14 (Official Journal of the Minister of Health, 2021).

There are still too few tertiary referral centers in psychiatric care for adults. Specialized mental care centers for people in a particularly difficult health situation, such as eating disorders or autism spectrum disorder, are urgently needed. Mental Health Centers for adults and Centers for Community Psychological and Psychotherapeutic Care for Children and Youth are currently at the forefront of community psychiatric care.

Psychiatric care is currently reformed in many EU member states, and the first research on the operation of Mental Health Centers was carried out. The theoretical assumptions of the changes being made are disclosed, and it was necessary to examine if the new model is able to deliver effective treatment compared to standard care. The one-year operation of a pilot Mental Health Centers in 2019 was evaluated. It was found that the changes in psychiatric care were introduced as planned, and that the large portion of standards of psychiatric care were being successfully implemented. Special focus should be given to multi-specialist collaboration, creating treatment groups involving all members of the Mental Health Centers, multi-specialist treatment at home, accessibility of services, patient autonomy in managing their care, and cross-sectoral collaboration (Biechowska et al., 2022). From a sociological perspective, any assistance to

usługami oraz współpracy międzysektorowej (Biechowska i in., 2022). Z perspektywy socjologicznej wszelka pomoc osobom w kryzysie psychiatrycznym może stygmatyzować i uzależniać od różnych form wsparcia. Stąd należy ciągle poddawać ewaluacji podejmowane działania pomocowe oraz poddawać je ocenie. Celem jest sprawdzanie czy osoba, która korzystała z wielu form pomocy zyskała zdolność do samodzielnego funkcjonowania w rodzinie i w społeczeństwie (Kaszyński, 2004). Rezolucja, przywoływanej na potrzeby niniejszego artykułu, I konferencji PTPŚ mówi o racjonalnej i skutecznej kontynuacji reformowania polskiego systemu ochrony zdrowia psychicznego w oparciu o: wyodrębnienie gospodarki finansowej dla CZP w ramach podmiotu leczniczego; utrzymania terytorialnej odpowiedzialności CZP za zdrowie psychiczne jasno zdefiniowanej lokalnej społeczności; tworzenie nowych CZP według zasady jeden podmiot-jedno centrum z uwzględnieniem w pierwszej kolejności oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych; wprowadzenie obowiązku zatrudnienia w CZP asystentów zdrowienia oraz utrzymanie obowiązku świadczenia pomocy doraźnej w CZP wyłącznie w warunkach szpitalnych. Ostatnim punktem zapisanym w Rezolucji jest wdrażanie i konsekwentne realizowanie do 2027 roku strategii desinstytucjonalizacji opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi zapisane w dokumencie „Zdrowa Przyszłość” (Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030, przyjętym przez Radę Ministrów w drodze uchwały w dniu 27 grudnia 2021r.), a w szczególności stworzenia w całej Polsce sieci oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych (Rezolucja I Konferencji PTPŚ, 2022). Obecnie trwa pilotaż programu psychiatrii środowiskowej. Ma on za zadanie przetestowanie nowego rozwiązania organizacyjnego oraz finansowania świadczeń psychiatrycznych na wybranych obszarach Polski. Program pilotażowy w CZP został ustanowiony Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 roku. Zdaniem lekarza Anny Depukat (2020) ilość osób objętych opieką środowiskową systematycznie rośnie, co dla pacjentów oznacza ciągłość opieki, redukcję czasu trwania hospitalizacji bądź ilości hospitalizacji. Według Depukat, możliwość kontynuacji leczenia w miejscu zamieszkania pacjenta poprawia jego funkcjonowanie społeczne.

people in a mental crisis can stigmatize them and make them dependent on various forms of support. Therefore, the assistance measures taken should be evaluated and validated on an ongoing basis. It should be checked whether a person who has benefited from multiple forms of assistance has gained the ability to function independently in the family and in the society (Kaszyński, 2004). The resolution of the 1st PTPŚ Conference discusses rational and effective continuation of reforms in the Polish mental health system based on the following assumptions: an independent system of financing of Mental Health Centers within a treatment entity; maintaining Mental Health Center's responsibility for the mental health of a local community over a defined territory; creating new Mental Health Centers according to the 'one healthcare entity per one center' principle with priority given to psychiatric wards at general hospitals; obligation to employ recovery assistants at the Mental Health Centers and to provide emergency care at the Mental Health Centers exclusively in the hospital setting. Finally, the resolution assumes that the strategy of deinstitutionalization of care for people with mental health disorders will continue to be implemented until 2027 as per "Healthy Future" report (Strategic framework for the development of the health care system for 2021-2027, with an outlook until 2030, adopted by the Council of Ministers in a resolution on 27 December 2021), and, in particular, that a nationwide network of psychiatric wards at general hospitals will be created (Resolution of the 1st PTPŚ Conference, 2022). A pilot community psychiatry program is currently being implemented. It is designed to test a new organizational and funding model of psychiatric care in selected areas of Poland. The pilot program was established at a Mental Health Center by way of a resolution of the Minister of Health dated 27 April 2018. According to Anna Depukat (2020), the number of people covered by community care is steadily increasing, which translates into continuity of care, shorter hospitalization duration or lower number of hospitalizations. Depukat explains that the ability to continue treatment at the patient's place of residence improves the patient's social functioning.

### **Partnerstwo, zintegrowane oparcie medyczno-społeczne udzielane na poziomie lokalnym**

Idealny typ partnerstwa można zdefiniować jako relację między różnymi podmiotami, opartą na celach wcześniej uzgodnionych między nimi. Partnerstwo obejmuje wzajemne oddziaływanie przy zachowaniu równowagi między zbliżeniem a autonomią, na którą składają się wzajemny szacunek, odpowiedzialność, przejrzystość i równy udział w procesach decyzyjnych (Brinkerhoff, 2006). Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego współpracują z partnerami z kraju i zza granicy, korzystając z ich wiedzy i doświadczenia w zakresie pomocy udzielanej na poziomie lokalnych społeczności. Zmiany w systemie ochrony zdrowia psychicznego w innych krajach jak w Finlandii, Niemczech, Włoszech, Austrii, Czechach, Rumunii, Słowacji, Bułgarii dostarczyły pozytywnych wniosków, które pozwalają testować model, który odpowiada na aktualne potrzeby osób doświadczających kryzysu psychicznego i ich rodzin. Wdrażany model psychiatrii środowiskowej zakłada włączenie różnych podmiotów funkcjonujących we wszystkich obszarach wsparcia dla osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego w jedną sieć.

Pierwszy pilotażowy model psychiatrii środowiskowej był wdrażany w ramach projektów z listy PO WER. Realizacja projektów polegała na wdrożeniu wybranych w konkursie, ogłoszonym przez Ministerstwo Rozwoju, innowacyjnych modeli deinstytucjonalizacji. Modele te różniły się niektórymi rozwiązaniami, a szczególnie organizacją partnerstw. Najczęściej liderem partnerstwa zostawał podmiot leczniczy, który świadczył usługi zdrowotne w zakresie psychiatrii. Z kolei w sektorze społecznym część partnerstwa stanowiły organizacje pozarządowe działające statutowo na rzecz osób ze schorzeniami psychicznymi lub ośrodki pomocy społecznej. W projektach PO WER wymogiem konkursu był skład partnerstwa, obecność podmiotu leczniczego, organizacji pozarządowej oraz samorządu. Projekty PO WER dawały możliwość swobodnego kreowania form wsparcia, a warunkiem była komplementarność istniejących instrumentów polityk społecznych oraz wykazanie działań bazujących na ugruntowanej wiedzy, która decydowała o ich skuteczności. W przypadku obecnego pilotażu CZP realizowanego przez Ministerstwo Zdrowia proponowane rozwiązania w świadczeniu usług medyczno-społecznych są bardzo zbliżone do siebie ze względu na finansowanie ich ze środków publicznych i ściśle określonych zasad pilotażu (Skiba, Siwicki, 2021).

### **Partnership, integrated medical and social support delivered at the local level**

A perfect type of partnership can be defined as a relationship between different entities based on mutually agreed goals. Partnership means interactions with well-balanced intimacy and autonomy, involving mutual respect, accountability, transparency and equal participation in decision-making (Brinkerhoff, 2006). The Community Mental Health Centers cooperate with partners at home and abroad, drawing on their knowledge and experience in providing assistance at the local community level. Changes in the mental health system in other countries like Finland, Germany, Italy, Austria, Czech Republic, Romania, Slovakia, Bulgaria have provided some positive conclusions; these countries have tried and tested a model that meets the current needs of people in a mental health crisis and their families. The community psychiatry model being implemented integrates into a single network various entities operating in all areas of support for people in a mental crisis.

The first pilot model of community psychiatry was implemented under PO WER projects. Innovative deinstitutionalization models were deployed, selected in a competition staged by the Ministry of Development. These models differed in some aspects, specifically in the organization of partnerships. Most often, a medical entity that provided mental health services became the partnership leader. The partnership also included NGOs working for the benefit of people with mental conditions or social welfare centers. The PO WER projects adopted specific criteria concerning the composition of the partnership to include a healthcare entity, an NGO and a local government. The PO WER projects offered freedom in creating forms of support on the condition of them being complementary to existing social policy instruments and verifiably based on the established knowledge to prove their effectiveness. In the current pilot Mental Health Center project implemented by the Ministry of Health, the proposed solutions in the provision of medical-social services are very similar in terms of public funding and strict rules of the pilot project (Skiba, Siwicki, 2021).

The purpose of integrated social support services is to supplement or expand social support services for people in mental crisis in their environment. Project partners that test the innovative model (such as the Mental Health Center) are most often Self-Help Clubs, which

Celem zintegrowanych świadczeń wsparcia społecznego jest uzupełnienie lub poszerzenie oferty wsparcia społecznego dla osób w kryzysie psychicznym w ich środowisku życia. Partnerami projektów dla testowania innowacyjnego modelu jakim jest Centrum Zdrowia Psychicznego są najczęściej Kluby Samopomocy, które świadczą pomoc w zakresie rehabilitacji społecznej, aktywizacji, integracji, pomagają w powrocie na rynek pracy. Bardzo często różne formy wsparcia są prowadzone przez organizacje pozarządowe, stowarzyszenia i fundacje, które działają na rzecz zdrowia psychicznego. Organizacje pozarządowe wdrażają i współprowadzą środowiskowe CZP, prowadzą warsztaty i grupy wsparcia lub szkolą Ekspertów przez Doświadczenie. Organizują mieszkania chronione, w których udzielają wsparcia obejmującego pracę socjalną, poradnictwo specjalistyczne, naukę. Udzielana pomoc jest zależna od indywidualnych potrzeb i możliwości psychofizycznych osób korzystających z takiego wsparcia. Udział organizacji pozarządowych w projektach jest ważny ze względu na posiadane doświadczenie w prowadzeniu placówek wsparcia, a zadania, które realizują są zgodne z ich działalnością statutową. Organizacje trzeciego sektora najczęściej biorą merytoryczną odpowiedzialność za działania w sferze społecznej ze względu na stałą pracę z osobami w kryzysie zdrowia psychicznego. Poza tym wiele organizacji pozarządowych wdrożyło wiele rozwiązań, które skutecznie wsparło osoby z doświadczeniem choroby psychicznej. „Głównym uzasadnieniem dla partnerstwa jest konieczność integracji usług z różnych, niezbędnych obszarów wsparcia (zdrowia, pomocy społecznej, mieszkalnictwa, rynku pracy) i brak podmiotów, które miałyby doświadczenie i niezbędne know-how na wszystkich tych polach” (Skiba, Siwicki, 2021). Zwykle podmioty tworzące partnerstwa wnoszą do projektów zasoby ludzkie, organizacyjne, techniczne albo finansowe. Zasady współpracy w ramach partnerstw opisuje art. 28a ust. 4 pkt 1 ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz. U. z 2016 r. poz. 386). Wartością partnerstw jest podkreślanie jak ważna w leczeniu psychiatrycznym jest sieć optymalnych ofert wsparcia i wykorzystywanie zasobów środowiskowych. Dotychczas w organizowaniu form wsparcia dla osób chorych psychicznie uczestniczyły partnerstwa wywodzące się z projektów PO WER. Nowe innowacyjne rozwiązania wprowadzane w istniejące struktury systemu wsparcia wypełniają jego luki. Organizacje pozarządowe stają się partnerami dla CZP. Tak

provide assistance in social rehabilitation, activation, integration, and return to work. Also, NGOs, associations and foundations engaged in mental health issues often provide various forms of support. NGOs implement and co-lead community-based Mental Health Centers, organize workshops and support groups, or train Experts by Experience. They organize sheltered housing, where they provide support including social work, specialized counseling, and learning opportunities. The assistance provided is tailored to the individual needs and psychophysical capabilities of those receiving such support. The participation of NGOs in such projects is important because of their experience in running support facilities, while the tasks they do reflect their statutory activities. Third sector organizations are most often in charge of the substance of the activities in the community because of their ongoing work with people in mental health crisis. In addition, many NGOs have implemented a number of solutions that have effectively supported people who experienced a mental illness. “The main rationale for establishing partnerships is the need to integrate services from different areas of support (health, social assistance, housing, labor market) and the lack of entities with experience and necessary know-how in all these areas” (Skiba, Siwicki, 2021). Usually, entities that form partnerships contribute either human, organizational, technical or financial resources to projects. The principles of cooperation within partnerships are laid down in art. 28a clause 4 item 1 of the Act of 6 December 2006 on the principles of development policy (Journal of Laws of 2016, item 386). Partnerships demonstrate how important it is to establish a network of optimal support services and to use community resources in psychiatric care. So far, partnerships established under the PO WER projects have participated in organizing forms of support for the mentally ill. New innovative solutions introduced into the existing structures of the support system fill in its gaps. NGOs are becoming partners for the Mental Health Centers. Such innovative and complementary institutions-organizations provide health benefits and social services including social services within a partnership. Creating a new quality and organizational changes in psychiatric care involve designing new solutions for partnerships in line with the assumptions of the psychiatric reform in Poland (Skiba, Siwicki, 2021). Cooperating partners make independent decisions, and operate within their field of competence without attempting to

innowacyjne i komplementarne instytucje-organizacje udzielają świadczenia zdrowotne, świadczą usługi społeczne w tym socjalne w ramach partnerstwa. Wykreowanie nowej jakości oraz zmiany organizacyjne w opiece nad chorymi psychicznie wiążą się z zaprojektowaniem nowych rozwiązań dla tworzenia partnerstw zgodnych z założeniami reformy psychiatrycznej w Polsce (Skiba, Siwicki, 2021). Partnerzy we współpracy podejmują decyzje niezależne, wykorzystują swoje pole działania bez uzurpowania sobie prawa do kierowania i dominowania nad pozostałymi partnerami. Wszyscy partnerzy działają na rzecz konkretnych osób chorujących psychicznie wzajemnie wspierając inicjatywy poszczególnych partnerów (Załużska, Prot, Bronowski, 2007).

W organizowaniu odpowiedniej sieci wsparcia społecznego w środowisku nie można nie uwzględnić poziomu kapitału społecznego, zaangażowania społecznego członków organizacji społecznych oraz norm wzajemności i zaufania we wspólnotach lokalnych. Wioletta Szymczak (2013) konkluduje, iż z teorii kapitału społecznego wyłania się leżące u jej podstaw przekonanie o znaczeniu więzi społecznej dla jednostki i życia publicznego, a przynależność do produktywnych typów stowarzyszeń skutkuje nawiązaniem i umacnianiem tego rodzaju więzi. Organizacje pozarządowe działające na rzecz chorych psychicznie niejednokrotnie wypracowują efektywne metody terapii włączając członków lokalnej społeczności w opiekę środowiskową dla chorego i jego rodziny. Cytowani Skiba i Siwicki wprost zakładają, że wdrażanie zmian w reformie psychiatrii łączy się z potrzebą rozwijania oddolnych mechanizmów partycypacyjnych i angażowaniu szerokiego spektrum aktorów społecznych (Skiba, Siwicki, 2021).

## Wnioski

Reforma psychiatryczna w Polsce jest w trakcie realizowanych zmian. Środowiskowa ochrona zdrowia psychicznego potrzebuje współpracy interdyscyplinarnej i międzysektorowej. Odczuwa potrzebę ciągłego dialogu na poziomie krajowym i w lokalnych środowiskach, wewnątrz środowiska psychiatrii oraz z decydentami. Bez wątpienia rozwój środowiskowej ochrony zdrowia psychicznego powinien przede wszystkim opierać się na współpracy pomiędzy pacjentem, jego rodziną oraz profesjonalistami (Załużska, Konferencja PTPŚ, 2022). Rezolucja I konferencji PTPŚ wskazuje, że podstawą planowania i wprowadzania

lead and dominate other partners. All partners work for the mentally ill individuals, supporting each other's initiatives (Załużska, Prot, Bronowski, 2007).

When organizing an appropriate social support network in the community, we should not disregard the level of social capital of the people, the involvement of members of social organizations and the norms of reciprocity and trust in the local communities. Wioletta Szymczak (2013) concludes that what emerges from the social capital theory is the underlying belief in the importance of social ties for individuals and the public life, and that such ties are developed and consolidated through membership in productive associations. NGOs working for the mentally ill often develop effective therapy methods by involving local community members in community care for patients and their families. Skiba and Siwicki explicitly assume that the psychiatric care reform necessitates the development of bottom-up participatory mechanisms and needs to involve a wide range of social actors (Skiba, Siwicki, 2021).

## Conclusions

Poland is amidst ongoing changes introduced to psychiatric care. Community mental health care requires interdisciplinary and intersectoral cooperation. There is a need for continued dialogue at the national and local level, within the psychiatric care community and with policymakers. Undoubtedly, the development of community mental health care should primarily be based on cooperation between patients, patient families and professionals (Załużska, PTPŚ Conference, 2022). The resolution of the 1st PTPŚ conference makes it clear that the reform of the psychiatric care system in Poland should be planned and implemented

działań związanych z reformą systemu opieki psychiatrycznej w naszym kraju powinien być dialog między Ministerstwem Zdrowia, Biurem ds. pilotażu NPOZP, NFZ oraz partnerami społecznymi między innymi PTPŚ, PTP.

Podstawą dla pełniejszego rozwoju psychiatrii środowiskowej jest społeczeństwo obywatelskie, które w pełni ukształtowane staje się społeczeństwem uczestniczącym. Organizacje trzeciego sektora pobudzają zainteresowanie członków stowarzyszeń uczestnictwem w tworzeniu projektów bądź partnerstw, które promują wdrażanie nowych, innowacyjnych metod pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi oraz dobre praktyki w zakresie organizowania sieci wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi. W końcu „organizacje mediują między jednostką a państwem, podwyższają ogólną skuteczność działań zbiorowych, kształcą ludzi do podejmowania działań innowacyjnych (Szymczak, 2013) . Bez udziału trzeciego sektora, szczególnie organizacji statutowo działających na rzecz chorych psychicznie, rozwój psychiatrii środowiskowej może podążać drogą rozwoju kolejnych form instytucjonalnych w leczeniu osób z kryzysem psychiatrycznym. Wzmocnienie i poszerzenie ofert sieci wsparcia społecznego w zakresie poprawy sytuacji życiowej, zdrowotnej i społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi ich rodzin, opiekunów wyznacza kierunek zmianom reformy psychiatrii środowiskowej. Osoba z zaburzeniami psychicznymi staje się partnerem organizacji i instytucji, wykorzystuje własne uprawnienia, zasoby i możliwości po to, aby pokonać swoją trudną sytuację życiową.

Model współpracy transdyscyplinarnej w organizowaniu działań terapeutycznych i wspierających osobę doświadczającą kryzysu zdrowia psychicznego i jej rodzinę wydaje się być optymalny w porównaniu z modelem interdyscyplinarnym. Model transdyscyplinarnej współpracy przejawia się w tworzeniu zespołu składającego się z wielu specjalistów-partnerów z różnych sektorów zdrowia i usług społecznych. Stworzenie silnego zespołu pociąga za sobą konieczność zmiany dotychczasowej praktyki profesjonalistów w stronę innowacyjnego sposobu wykonywania zawodu. Transdyscyplinarność podkreśla potrzebę przedstawienia się z mentalności jedynej dostawcy usług na mentalność bycia członkiem zespołu, który pracuje w oparciu o wspólną umowę społeczną, która dopuszcza współdziałanie wielu dyscyplin na rzecz zdrowia pacjentów. W przeciwieństwie do modelu interdyscyplinarnego, w którym każdy specjalista z różnych dyscyplin odgrywał

through dialogue between the Ministry of Health, the NPOZP Pilot Office, the National Health Fund, and the social partners, including PTPŚ and PTP.

Civil society is the prerequisite for the more comprehensive development of community psychiatry. When fully developed, a civil society becomes a participatory society. Third sector organizations prompt and encourage members of associations to partake in the creation of projects or partnerships that promote the implementation of new, innovative methods of working with people with mental disorders and good practices in organizing support networks for the mentally ill. After all, “organizations mediate between the individual and the state, increase the overall effectiveness of collective actions, and teach people to take innovative actions (Szymczak, 2013) . Without the engagement of the third sector, especially organizations acting on behalf of the mentally ill, the development of community psychiatry may follow the path of further institutionalization of psychiatric care. Strengthening and expanding social support networks for improving the living, health and social situation of people with mental disorders, their families and caregivers sets the stage for changes in the reform of community psychiatry. A person with mental disorders becomes a partner of organizations and institutions, and uses their own powers, resources and opportunities to overcome the difficult life situation.

The model of transdisciplinary cooperation in organizing therapeutic and support activities for people in a mental health crisis and their families appears optimal compared to the interdisciplinary model. The model of transdisciplinary collaboration is made manifest through the establishment of a team consisting of multiple professional partners with different health and social service backgrounds. Creating a strong team entails changes in the existing practices of professionals, who increasingly adopt innovative ways of doing things. The transdisciplinarity highlights the need to shift from a ‘sole provider’ approach to a ‘team member’ approach who works under a shared social contract that allows multiple disciplines to work together for the benefit of patient health. Unlike the interdisciplinary model, in which each specialist from different fields of knowledge delivered services specific to their profession, a transdisciplinary team develops different but interconnected perspectives, structured by a flow of communication, with clearly defined processes that are easy to implement in integrated care. The

specyficzną dla swojej profesji rolę w świadczeniu usług, transdyscyplinarny zespół wypracowuje różne perspektywy wewnątrznie połączone ze sobą, ustrukturyzowane przepływem komunikacji z jasno określonymi procesami łatwymi do wdrożenia w opiece zintegrowanej. Stopień współpracy i synergii w zespole wpływa na jego efektywność i staje się elementem procesu terapeutycznego obejmującego pacjenta jako całą osobę oraz jego środowisko (Stowarzyszenie na Tak, 2021). Podsumowując temat reformy psychiatrii środowiskowej nasuwają się pytania o adekwatność prowadzonych działań i czy one odpowiadają realnym potrzebom chorych psychicznie i ich rodzinom. Wprowadzanie zmian w opiece psychiatrycznej wymaga ciągłej refleksji, czujności oraz uznania wagi prowadzonych publicznie działań.

degree of cooperation and synergy within these team has a decisive influence on its effectiveness and becomes part of the therapeutic process in which patients and their environment are involved (Association for Yes, 2021). Concerning the community psychiatry reform in Poland, questions arise about whether the activities carried out are relevant, and whether they meet the real needs of the mentally ill and their families. Making changes in mental health care requires constant reflection, vigilance and recognition of the importance of public measures.

### Bibliografia:

1. Bartoszewski-Niziołek, M., Olszewski, B. H. (2022). *Rola i funkcjonowanie Asystentów Zdrowienia (Ex-In) w środowiskowym modelu opieki psychiatrycznej*, Warszawa: Konferencja UKSW.
2. Biechowska, D., Cechnicki, A., Godyń, J., Balicki, M., Wciórka, J., Ciuńczyk, I., Galińska-Skok, B. (2021). Centra Zdrowia Psychicznego. Wstępna ocena procesu wdrażania modelu pilotażowego. *Psychiatria Polska* 56(2). 205-216.
3. Brinkerhoff, J. M. (2006), *Ramy definicyjne partnerstwa pomiędzy sektorem rządowym a organizacjami non-profit*, w: *Trzeci sektor dla zaawansowanych. Współczesne teorie trzeciego sektora-wyбір tekstów*, Stowarzyszenie Klon/Jawor, Warszawa, 89-90.
4. Depukat, A. (2020). Optymalizacja modelu organizacji świadczeń psychiatrycznych dla województwa, praca doktorska, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, Wrocław, s.54-55.
5. Europejska Grupa Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki świadczonej na poziomie Lokalnych Społeczności, (2012). *Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności*, Bruksela, 28-29.
6. Kaszyński, H.,(2004). *Socjologiczna praca socjalna w trosce o zdrowie psychiczne*, Kraków: Uniwersytet Jagielloński, 20-21.
7. *Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.*, Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia, Warszawa 2021, s. 276.
8. Meder, J. (2004). *Psychiatria środowiskowa, Psychiatria w Praktyce Ogólnopolskiej*, Warszawa 4(3), 119-124.
9. Pietrzykowska, B., (2011). *Psychiatria środowiskowa i organizacja psychiatrycznej opieki zdrowotnej*, w: *Psychiatria*. Podręcznik dla studentów medycyny, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 605-617.
10. *Psychiatria Środowiskowa*, (2021). Biuletyn edukacyjny Nr 1, Kielce: Fundacja PEStka, 15-17.
11. Report on the Royal Commission on Mental Illness and Mental Deficiency. London: Ministry of Health, (1957).
12. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022(Dz. U. 2017 poz. 458).
13. Shahrokh, N. C., Hales, R. E. (2009). *Amerykański Słownik Psychiatryczny*, Wrocław, 144.
14. Skiba, W., Siwicki, D. (2021). *Deinstytucjonalizacja psychiatrii w Polsce- dwie ścieżki, jeden cel*. Wrocław, 57-58.
15. Stowarzyszenie na Tak, (2021). *Moja Sprawa! Model wsparcia usamodzielniania młodych z zaburzeniami psychicznymi*. Poznań, 59-60.
16. Szymczak, W., (2013). *Partycypacja osób zaangażowanych społecznie. Struktura, funkcje, modele*. Lublin: Wydawnictwo KUL, 89, 135.



17. Thornicroft, G., Tansella, M. (2010). *W stronę lepszej psychiatrycznej opieki zdrowotnej*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 19-22.
18. Wciórka, J. (2000). *Psychiatria środowiskowa: idea, system, metoda i tło*, Postępy Psychiatrii i Neurologii (9), s.319-337.
19. WHO. The World Health Report 2001, 110-111.
20. Załuska, M., (2000). *Funkcjonowanie społeczne i zapotrzebowanie na opiekę środowiskową w schizofrenii*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, 24.
21. Załuska, M., Prot, K., Bronowski, P. (2007). *Psychiatria Środowiskowa*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, s. 11.
22. Zestawienie zasad funkcjonowania CZP w ramach pilotażu NPOZP, (2017). Warszawa.

**Źródła internetowe:**

23. [www.power.gov.pl](http://www.power.gov.pl)
24. [www.basiw.mz.gov.pl](http://www.basiw.mz.gov.pl)
25. [www.gov.pl/zdrowie/informacja](http://www.gov.pl/zdrowie/informacja) o aktualnym stanie prac nad reformą w systemie ochrony zdrowia psychicznego dzieci- i-młodzieży
26. [gateway.euro.who.int/en/indicators/cahb\\_survey\\_39-rate-of-practicing-child-psychiatrist-per-100000-population-aged-0-14-years](http://gateway.euro.who.int/en/indicators/cahb_survey_39-rate-of-practicing-child-psychiatrist-per-100000-population-aged-0-14-years)