

List do Redakcji.
Trójgłos w sprawie Narodowego Programu
Ochrony Zdrowia Psychicznego

A letter to the editor.
Three-vote on the National Mental Health Programme

Andrzej Kiejna^{1,2}, Michał Stachów², Dominik Krzyżanowski^{3,4}

¹ Dolnośląska Szkoła Wyższa we Wrocławiu, Wydział Nauk Stosowanych
(Zespół Badawczy ds. Zdrowia Publicznego)

² Dolnośląskie Centrum Zdrowia Psychicznego we Wrocławiu sp. z o.o.

³ Dolnośląski Urząd Marszałkowski – Departament Zdrowia

⁴ Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu,
Zakład Medycznych Nauk Społecznych

W pierwszym dziesięcioleciu XXI wieku, kiedy zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) nastąpiło przyspieszenie procesu reform w psychiatrii [1], niedługo po wstąpieniu Polski do Unii Europejskiej (UE) mocą Ustawy z 2008 r. o zmianie Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego został uchwalony NPOZP [2]. Jego realizacja – zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów (RM) z 2010 r. – miała obejmować okres od 2011 do 2015 roku [3]. Program, nawiązując do dokumentu UE z 2008 r. [4], określił strategię mającą na celu: ograniczenie występowania zagrożeń, poprawę jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi i ich bliskich oraz zapewnienie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, z możliwością kontroli procesu poprzez badania naukowe i doskonalenie systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego.

Kluczowym badaniem nawiązującym do tej idei był projekt „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP – Polska”. Zostało ono przeprowadzone według metodologii WHO, na próbie reprezentatywnej dla ogółu ludności kraju w wieku 18–64 lat, obejmującej wszystkie 16 województw oraz 9 kategorii wielkości miejscowości [5]. Raport z badania ukazał się w 2012 roku, już po ogłoszeniu Rozporządzenia RM, więc jego wyniki nie mogły zostać uwzględnione przy formułowaniu rekomendacji dla NPOZP, dotyczących

m.in. rozlokowania ambulatoryjnych i stacjonarnych placówek leczenia psychiatrycznego czy zmniejszenia barier psychologicznych ograniczających korzystanie z tych placówek.

Niestety wyznaczonych celów i zadań „pierwszego etapu” NPOZP nie zrealizowała ani administracja rządowa, ani samorządowa, co zostało wykazane w raporcie Najwyższej Izby Kontroli (NIK) z 26.01.2017 roku. Nie udało się ograniczyć zagrożeń dla zdrowia psychicznego ani polepszyć jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi i ich bliskich. Nie poprawiła się też dostępność świadczeń opieki psychiatrycznej. W ocenie NIK główne przyczyny fiaska NPOZP to niezaplanowanie środków finansowych przez realizatorów poszczególnych zadań, nieskuteczna koordynacja Programu, a także ogólnikowość części celów i zadań [6]. Wśród innych powodów można wymienić małą aktywność środowiska psychiatrycznego w tym zakresie (z wyjątkiem Koordynatorów NPOZP) i brak prawdziwej debaty publicznej. Nie skorzystano też z doświadczeń instytucji naukowych, które uczestniczyły w projektach ramowych UE (EDEN, EUNOMIA, EUPRIS, DEMoBinc, EuroCoDe, MHEEN-2) [7]. Wyniki tych badań, przeprowadzonych według wysokich standardów metodologicznych, można było wykorzystać podczas tworzenia założeń organizacyjnych i ustalania wskaźników monitorujących CZP. Na przykład w badaniu EDEN wykazano, że oddziały dzienne mogą być alternatywą dla stacjonarnych w leczeniu pacjentów z ostrymi psychozami [8]. Z kolei w badaniu MHEEN-2 znormalizowano nową wersję narzędzia *The European Service Mapping Schedule* (ESMS) służącego do oceny struktury i jakości usług psychiatrycznych [9]. Efektem końcowym projektu DEMoBinc było narzędzie QuIRC (*Quality Indicator for Rehabilitative Care*) stosowane do oceny jakości opieki nad osobami z długoterminowymi problemami zdrowia psychicznego na oddziałach psychiatrycznych i opieki społecznej [10].

Niepokój budzi też aktywność Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego w tym zakresie. Zarówno w regionach (oddział wrocławski), jak i na forach PTP nie odbyły się dyskusje z udziałem ekspertów, a na kolejnych zjazdach i w periodyku naukowym PTP tematyka ta była poruszana bardzo rzadko. I tak podczas 43. Zjazdu Psychiatrów Polskich (ZPP), który odbył się w Poznaniu w 2010 roku, wygłoszono jeden referat pt. *Zespoły środowiskowe*. Problematyka ta nie została w ogóle podjęta podczas 44. ZPP w Lublinie. Dopiero na zjeździe w 2016 r. przedstawiono 5 referatów, w tym: *Dlaczego konieczne jest zreformowanie polskiej psychiatrii?* oraz *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego 2016–2020*.

W czasopiśmie „Psychiatria Polska” w latach 2011–2016 opublikowano tylko dwa artykuły z tego zakresu, w formie listów do redakcji. W pierwszym z nich [11] autorzy zwracają uwagę na brak zaangażowania w realizację Programu ze strony instytucji odpowiedzialnych za jego wdrażanie, wskazując też na inercję środowisk naukowych. Przedstawiają w nim wyniki własnego badania, przeprowadzonego metodą delficką, w którym oceniano przygotowania do realizacji NPOZP. Uzyskane wyniki były interesujące (trafnie zdiagnozowano potrzeby), co wcale nie oznacza, że badanie było sukcesem, gdyż spośród 30 zaproszonych ekspertów tylko 20 wyraziło chęć wzięcia w nim udziału, a ostatecznie zakończyło go jedynie 12 (w tym dwóch z urzędów

marszałkowskich). Na pocieszenie można jedynie dodać, że był to rok 2009, kiedy idea NPOZP nie była jeszcze powszechnie znana.

Natomiast drugi – bardzo ważny – list był apelem *O ratunek dla NPOZP*. Autorzy listu otwartego zwrócili się do środowiska zawodowego o poparcie protestu (wystosowanego również przez Zarząd Główny PTP do Kancelarii Sejmu i Senatu) przeciwko zamiarom likwidacji przez Parlament ustawowej rangi NPOZP i przeniesienia go do projektowanego przez Ustawę o zdrowiu publicznym Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) jako jednego z jego wielu celów operacyjnych [12].

Główne zadania związane z ochroną zdrowia psychicznego zostały jednak „obronione” i utrzymane w ramach NPOZP, natomiast „promocję zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym” przypisano do zadań NPZ, podlegającego przepisom ustawy o zdrowiu publicznym.

Wkrótce po opublikowaniu raportu NIK ukazało się rozporządzenie RM z dnia 8.02.2017 r. w sprawie NPOZP na lata 2017–2022 [13]. Pojawiła się znowu szansa na realizację Programu według zaktualizowanych założeń. Została przedstawiona w nim diagnoza sytuacji i zagrożeń dla zdrowia psychicznego, w tym zróżnicowania regionalne. Zwrócono uwagę na wysokie wskaźniki chorobowości tzw. powszechnych zaburzeń psychicznych i samobójstw. Przygotowano zestawienia dotyczące wykorzystania różnych form leczenia wśród pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, a także w obszarze psychiatrii dziecięcej i młodzieżowej. Wykorzystano w tym celu dane z *Raportu EZOP Polska*, dane ze statystyki publicznej o chorobowości rejestrowanej za lata 2011–2014 i dane Komendy Głównej Policji dotyczące samobójstw. W rozdziale II przedstawiono cele i zadania dla podmiotów odpowiedzialnych za realizację NPOZP, które są zbieżne z przedstawionymi w poprzedniej wersji Programu. Tym, co niepokoi, jest brak „mapy drogowej” dla realizacji zobowiązań podjętych w perspektywie do 2022 roku. Nie określono zasad współpracy przy realizacji założonych celów (CZP, przekształcenia szpitali) ani metody wykazania efektów. Kluczową sprawą będzie też wsparcie finansowe, jakie zostanie zaoferowane w różnych regionach kraju w nadchodzących latach. Chociaż nakłady budżetowe na realizację NPOZP są znaczące (blisko 280 mln zł), to jednak przedmiotowe zadania zawarte w Programie będą bardzo obciążające (organizacyjnie i finansowo) dla jednostek samorządu terytorialnego i byłoby ze wszech miar ważne, by jak najszybciej rozpoczęto ich wdrażanie. Szansą na merytoryczną pomoc w realizacji Programu jest ustanowienie Pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw reformy w psychiatrii [14], ale na razie aktywność Biura Pełnomocnika jest skoncentrowana głównie na powoływaniu CZP do spraw pilotażu, według – niestety – nie zawsze przekonujących kryteriów. Dla przykładu trwające ponad rok starania o przystąpienie do projektu pilotażowego podejmowane przez szpital psychiatryczny we Wrocławiu, pomimo spełnienia wszystkich formalnych warunków (m.in. opracowanie przez Dolnośląski Urząd Marszałkowski i przyjęcie uchwałą przez Zarząd Województwa „Obszarów odpowiedzialności Centrów Zdrowia Psychicznego dla Województwa Dolnośląskiego” [15]), jak na razie nie zostały uwieńczone sukcesem. Mamy wszakże nadzieję, że stanie się to wkrótce, bo NPOZP ma służyć wszystkim obywatelom, niezależnie od miejsca zamieszkania, a inicjatywy oddolne, w tym wola sprawcza instytucji wnioskującej, powinny być szczególnie doceniane. To

oczywiste, że szpitale psychiatryczne zlokalizowane w dużych aglomeracjach powinny się przekształcać, co wymaga czasu i dużych środków finansowych. Dopóki jednak nie powstaną tam CZP, powinno się unikać określeń stygmatyzujących, nazywając je azylami przy okazji promowania NPOZP, bo są to ciągle miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych.

I na zakończenie naszych refleksji nad NPOZP warto zaapelować o większe zaangażowanie profesjonalistów, samorządowców, ale i zwykłych obywateli w realizację tego nad wyraz ważnego projektu, co powinno być szczególnie dostrzegane w czasach dramatycznych skutków pandemii COVID-19.

Piśmiennictwo

1. World Health Organization. *World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding. New Hope*. Geneva: World Health Organization; 2001.
2. Dz.U. z 2008 r. Nr 180, poz. 1108.
3. Dz.U. z 2011 r. Nr 24, poz. 124.
4. Wahlbeck K, Braddick F, Gabilondo A, McDaid D, Lang G, O'Sullivan C. *European Pact for Mental Health and Wellbeing: Collating forces to put mental health on the political agenda*. *Die Psychiatrie* 2010; 7: 74–80.
5. Moskalewicz J, Kiejna A, Wojtyniak B red. *Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2012.
6. Realizacja zadań Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego: KZD.430.006.2016 Nr ewid.186/2016/P/16/055/KZD.
7. http://www.psych.umed.wroc.pl/pl/projekty_badawcze_miedzynarodowe_archiwum (dostęp: 10.12.2020).
8. Kallert TW, Priebe S, McCabe R, Kiejna A i wsp. *Are day hospitals effective for acutely ill psychiatric patients? A European multicenter randomized controlled trial*. *J. Clin. Psychiatry* 2007; 68: 278–287.
9. Adamowski T, Trypka E. *Narzędzie opisujące strukturę psychiatrycznej opieki zdrowotnej European Service Mapping Schedule (ESMS)*. *Psychiatr. Pol.* 2002; 36(6 Suppl): 369–376.
10. Killaspy H, White S, Wright C, Taylor TL, Turton P, Schützwohl M i wsp. *The development of the Quality Indicator for Rehabilitative Care (QuIRC): A measure of best practice for facilities for people with longer term mental health problems*. *BMC Psychiatry* 2011; 11: 1–7.
11. Kiejna A, Ciałkowska-Kuźmińska M, Piotrowski P. *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego – idea czy rzeczywistość?* *Psychiatr. Pol.* 2012; 46(3): 499–502.
12. Wciórka J, Cechnicki A. *O ratunek dla Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (list otwarty)*. *Psychiatr. Pol.* 2015; 49(4): 871–872.
13. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego – Dz.U. z 2017 r., poz. 458.
14. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2019 r. w sprawie ustanowienia Pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw reformy w psychiatrii. *Dz. Urz. Min. Zdr.* 2019. 58. Ogłoszony: 30 lipca 2019.

15. Uchwała nr 2091/VI/2020 Zarządu Województwa Dolnośląskiego z dnia 12 maja 2020 r. w sprawie przyjęcia dokumentu „Obszary odpowiedzialności Centrów Zdrowia Psychicznego dla Województwa Dolnośląskiego”.

Adres: Andrzej Kiejna
Dolnośląska Szkoła Wyższa we Wrocławiu
Wydział Nauk Stosowanych
Zespół Badawczy ds. Zdrowia Publicznego
53-611 Wrocław, ul. Strzegomska 5
e-mail: andrzej@kiejna.pl

Otrzymano: 10.01.2021
Przyjęto do druku: 12.02.2021