

FUNDACJA
Pomagam.pl



Uniwersytet
SWPS

Ważne słowa na P.

O pieniądzach,
psychoterapii
i psychiatrii w Polsce.

Raport SWPS Innowacje
dla Fundacji Pomagam.pl



Szanowni Państwo,

przekazujemy w Państwa ręce raport, który nie jest encyklopedycznym podsumowaniem tematu finansowania zdrowia psychicznego w Polsce. Stanowi on raczej mozaikę tworzoną z opinii, doświadczeń i analiz, dających złożony i pełen niuansów obraz naszej dzisiejszej rzeczywistości. Publikacja zawiera zarówno rzetelne dane liczbowe, jak i wypowiedzi czołowych ekspertek i ekspertów krajowych, nadające raportowi wyjątkowy charakter.

Mamy nadzieję, że lektura ta zainspiruje Państwa do refleksji nad kluczowymi wyzwaniem, przed którymi stoimy jako społeczeństwo.



Od lat SWPS Innowacje – spółka celowa Uniwersytetu SWPS – realizuje misję służenia człowiekowi, społeczeństwu i środowisku. Nasza współpraca z instytucjami, biznesem oraz organizacjami pozarządowymi dotyczy takich kwestii jak dobrostan, wellbeing i zdrowie psychiczne. W ramach naszych działań realizowaliśmy liczne projekty na styku akademii i biznesu: od diagnoz społecznych, przez cykl eksperckich wiodopodkastów dotyczących wellbeingu, skierowanych do pracowników oraz działów HR, aż po szkolenia, consulting i badania, takie jak analiza dobrostanu mieszkańców Polski. Decyzja o przygotowaniu niniejszego raportu dla Fundacji Pomagam.pl była więc naturalnym krokiem, wynikającym z naszego głębokiego przekonania, że istotne problemy społeczne – a do takich należy obecnie zdrowie psychiczne w Polsce – wymagają otwartego i publicznego dialogu.

Dziękujemy Fundacji Pomagam.pl za inicjatywę i zaangażowanie, a naszym badaczom – za ich profesjonalny wkład, pomysły i pracę nad całością raportu. Mamy nadzieję, że raport stanie się punktem wyjścia do dalszych dyskusji i działań w zakresie zdrowia psychicznego, szczególnie w kontekście trzech kluczowych obszarów obecnych w raporcie: finansowania, psychoterapii i psychiatrii w Polsce. Tego życzymy sobie i Państwu, dla wspólnego dobra.



Karolina


Szostak-Zaroda

Menedżerka innowacji i koordynatorka raportu SWPS Innowacje

WSTĘP

Istotne sprawy, o których się nie rozmawia, mają zaskakującą właściwość. Im mniej o nich mówimy, tym większą mają władzę nad naszym życiem.

Co ciekawe, to stwierdzenie dotyczy życia zarówno osobistego, jak i społecznego. Z pozoru wydaje się, że kwestie związane ze zdrowiem psychicznym i psychoterapią nie należą do tej grupy. Czytamy o nich w gazetach i portalach internetowych. Słowa: „wellbeing” czy rodzimy „dobrostan”, „medytacja”, „depresja” – sezonowa, poporodowa, tak zwana zwykła – goszczą często na ekranach naszych smartfonów, laptopów czy telewizorów. To oczywiście bardzo dobrze. **Dobrze jest mieć wiedzę o zdrowiu psychicznym (i jego braku), umieć o nie zadbać, rozpoznawać niepokojące symptomy, wiedzieć, gdzie i jak szukać pomocy. Ale jeszcze lepiej jest tę pomoc dostać wtedy, kiedy będzie potrzebna. I móc finansowo na nią sobie pozwolić. Właśnie o tych dwóch – często problematycznych – aspektach dzisiejszej polskiej rzeczywistości traktuje ten raport.**



Znajdą w nim Państwo konkretne i starannie zweryfikowane dane liczbowe zebrane z wiarygodnych źródeł (m.in. oficjalnych serwisów rządowych), a także wizualizacje, które przygotowaliśmy specjalnie z myślą o tym opracowaniu. Najważniejszą częścią raportu są jednak wypowiedzi ekspertek i ekspertów, z którymi rozmawialiśmy – patrzących z bardzo różnych perspektyw na nasz system ochrony zdrowia i jego użytkowników. Nasi rozmówcy pracują na uniwersytetach, zajmują się praktyką kliniczną, działają w ramach fundacji pozarządowych reprezentujących interesy pacjentów, kształcą kolejne pokolenia lekarzy i psychoterapeutów, prowadzą działania popularyzatorskie i edukacyjne.

Przeprowadzając wywiady, chcieliśmy dowiedzieć się przede wszystkim : (1) jak jest, (2) jak być powinno i (3) co możemy zrobić, aby tak się stało. Odpowiedzi na te pytania bardzo czasem się różnią, tak jak odmienne są perspektywy naszych rozmówczyń i rozmówców. Nasz raport nie jest jednak wielką syntezą, nie mieliśmy zresztą takich ambicji. To raczej mozaika, z której elementów wyłania się obraz naszej rzeczywistości: niepozbawiony nadziei, ale też – tego jesteśmy pewni – w bardzo wielu punktach więcej niż niepokojący. Na sąsiednich stronach zebraliśmy listę kluczowych – naszym zdaniem – wniosków, z którymi sami zostaliśmy po przeprowadzonych rozmowach. Nie są to ani proste recepty, ani sprytne drogi na skróty. Wręcz przeciwnie – raczej wyzwania, które wymagają rozbudowanych analiz i badań, a czasem wręcz poważnych zmian w sposobie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Nie powinno to dziwić. Gdyby istniały proste odpowiedzi i łatwe rozwiązania, nie mielibyśmy o czym rozmawiać.

Kończąc ten krótki wstęp, chcielibyśmy też bardzo serdecznie podziękować wszystkim naszym rozmówczyniom i rozmówcom – za ich ogromną wiedzę i poświęcony nam czas. Podziękowania składamy również Fundacji Pomagam.pl jako inicjatorce tego przedsięwzięcia – za odwagę zmierzania się z tematem i pełne zaufanie do naszych decyzji.

Istotne problemy społeczne, o których się nie mówi, nie rozwiązują się same. Ktoś rozwiązuje je za nas. Często bez naszego świadomego udziału. Cena, którą płacimy za ten pozorny spokój, jest wysoka. Stajemy się przedmiotem, a nie podmiotem realizowanych polityk. **Dlatego bardzo zależało nam, by lektura tego raportu pozwoliła Państwu – tak jak pozwoliła nam w czasie jego przygotowania – zastanowić się głębiej nad ważnymi słowami na P. Ich lista jest długa. Psychiatria. Psychoterapia. Pieniądze. Polityka. Polska.**




Katarzyna **Kulwicka**

Psycholożka społeczna, od lat związana z Wydziałem Psychologii we Wrocławiu Uniwersytetu SWPS, gdzie pracuje jako wykładowczyni. Naukowo zajmuje się społeczną wiedzą na temat depresji oraz spostrzeganiem osób z tą diagnozą. Prowadzi badania nad efektem etykietowania psychiatrycznego. Współautorka nowatorskiej koncepcji oraz skali do pomiaru przekonań dotyczących depresji, obejmujących wiedzę zarówno faktualną, naukowo usankcjonowaną, jak i stereotypową, kulturowo specyficzną. Współpracuje z Fundacją Badań Społecznych w projektach dotyczących profilaktyki e-uzależnień.



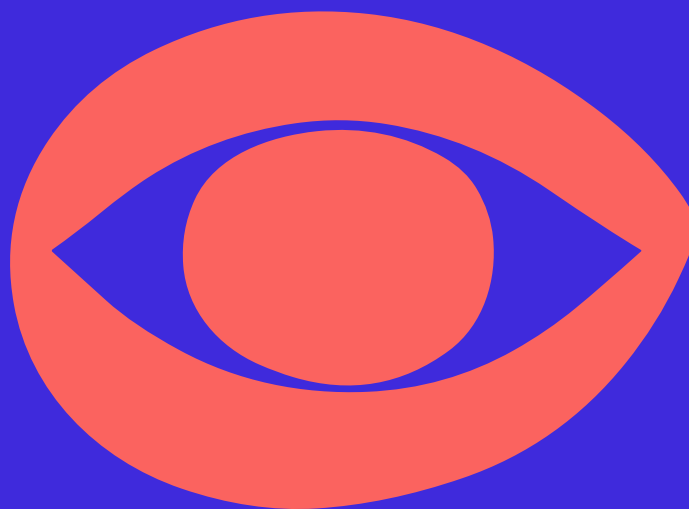
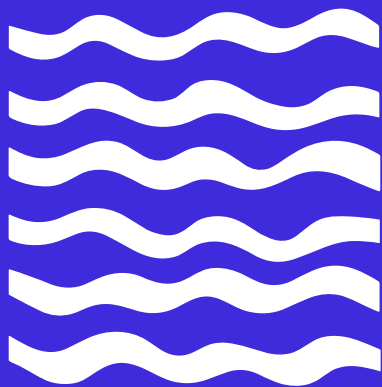
Maksymilian **Bielecki**

Psycholog, adiunkt w Katedrze Informatyki na Wydziale Projektowania Uniwersytetu SWPS. Jest współzałożycielem Otwartej Pracowni Sztucznej Inteligencji oraz współpracownikiem Centrum Innowacji Społecznych i Technologicznych HumanTech działających na Uniwersytecie SWPS. Współpracuje naukowo z wiodącymi instytucjami badawczymi, m.in. z Warszawskim Uniwersytem Medycznym i Politechniką Wrocławską. Od kilkunastu lat pracuje też dla biznesu jako prowadzący projekty B+R, konsultant i trener.



**NA KOLEJNYCH
STRONACH ZEBRALIŚMY
10 NAJWAŻNIEJSZYCH
WNIOSKÓW RAPORTU,
WYBRANE CYTATY
Z ROZMÓW Z EKSPER-
TAMI A TAKŻE KILKA
KLUCZOWYCH DANYCH
LICZBOWYCH, KTÓRE
ILUSTRUJĄ NASZE
KONKLUZJE I POSTULATY.**

Chcielibyśmy, aby to krótkie wprowadzenie traktować przede wszystkim jako zaproszenie do dalszej lektury, dlatego umieściliśmy w nim linki do wywiadów i analitycznych części raportu.



1. **Co czwarta osoba w Polsce na jakimś etapie życia zmaga się z poważnym problemem** związanym ze swoim zdrowiem psychicznym. Jeżeli mówimy o dostępie do leczenia, to mówimy o lekarzach, terapeutach i innych specjalistach, których potrzebować będziemy my sami lub nasi najbliżsi.

8,3 MILIONA OSÓB (CZYLI OKOŁO 26% POLSKIEGO SPOŁECZEŃSTWA) PRZYNAJMNIEJ RAZ W ŻYCIU DOŚWIADCZYŁO OBJAWÓW ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH.

Więcej na ten temat przeczytasz na [stronie 24](#)

2. **Psychoterapia jest zalecaną metodą leczenia** wielu najpowszechniej występujących zaburzeń zdrowia psychicznego (m.in. zaburzeń lękowych). Prywatyzacja usług terapeutycznych stanowi istotne zagrożenie dla pacjentów i odpowiada za ogromne nierówności w dostępie do leczenia. Wynagrodzenia psychologów, psychoterapeutów i przedstawicieli innych zawodów pracujących na rzecz zdrowia pacjentów w ramach państwowej służby zdrowia muszą się stać konkurencyjne.

“ Kwestia zdrowia psychicznego jest centralna. Nie jest to temat, który można całkowicie od siebie odsunąć, i powiedzieć: „to nie moja sprawa”. Myślę, że jest to absolutnie nasza sprawa.

Dobrosława Gogłóza, Pomagam.pl

Pełną treść wywiadu znajdziesz na [stronie 18](#)

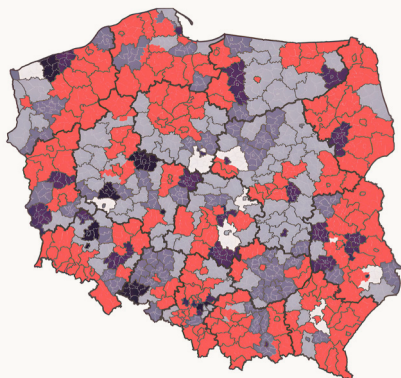
W 2016 roku hasła powiązane bezpośrednio ze słowem „psychiatria” pojawiają się w 1 na 400 zbiorów zakładanych w serwisie Pomagam.pl. W 2023 roku proporcja ta wynosi już 1:85, co oznacza wzrost prawie o prawie 500%.

Więcej na ten temat przeczytasz na [stronie 16](#)

Prawie

500%

- 3. Dostępność geograficzna, czasowa i ekonomiczna** leczenia ma zasadnicze znaczenie, a pod wieloma względami i w wielu miejscach jest niewystarczająca lub niesatysfakcjonująca. Zamiast uzyskać rzeczywistą pomoc od specjalisty można trafić do pseudoekspertów nieposiadających odpowiednich kompetencji. Ich działania są w najlepszym wypadku nieskuteczne, a w najgorszym – szkodliwe.



Obszary odpowiedzialności Centrów Zdrowia Psychicznego oraz liczba podstawowych form leczenia psychiatrycznego w powiatach w 2023 roku

- Obszary odpowiedzialności aktualnie działających lub mających wkrótce powstać Centrów Zdrowia Psychicznego
 - Powiat posiadający 4 formy leczenia: poradnia, ZLŚ, oddział dzienny, oddział szpitalny
 - Powiat posiadający 3 formy leczenia z: poradnia, ZLŚ, oddział dzienny, oddział szpitalny
 - Powiat posiadający 2 formy leczenia z: poradnia, ZLŚ, oddział dzienny, oddział szpitalny
 - Powiat posiadający 1 formę leczenia z: poradnia, ZLŚ, oddział dzienny, oddział szpitalny
 - Powiat posiadający 0 form leczenia z: poradnia, ZLŚ, oddział dzienny, oddział szpitalny
- ZLŚ to Zespół Leczenia Środowiskowego (domowego)

Więcej informacji na temat dostępności leczenia znajdziesz na [stronie 63](#)

- 4. Testowane w ostatnich kilku latach Centra Zdrowia Psychicznego** są krokiem w dobrą stronę, ale nie rozwiązują wszystkich problemów. Pozostaje wiele specyficznych obszarów leczenia (np. związanych ze starzeniem się społeczeństwa, zaburzeniami odżywiania czy uzależnieniem od substancji psychoaktywnych) wymagających specjalistycznych rozwiązań.

“ To nie jest tak, że to teraz jest źle. Może źle to jest od dawna, a teraz po prostu to widać? ”

prof. Agata Szulc

Pełną treść wywiadu znajdziesz na [stronie 26](#)

69,50 PLN

Tyle wynosiła w 2023 roku średnia kwota refundacji za konsultację psychiatryczną finansowaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2023.

Więcej informacji na temat finansowania znajdziesz na [stronie 40](#)



Chciałabym, aby psychoterapia – ta finansowana przez nas, z podatków – była traktowana tak, jak powinna, czyli jako metoda leczenia.

prof. USWPS Agnieszka Popiel

Pełną treść wywiadu z prof. USWPS Agnieszką Popiel i dr Ewą Pragłowską znajdziesz na **stronie 34**

- 5.** **W ramach publicznej służby zdrowia psychoterapię** powinno się traktować tak jak inne metody leczenia. Pacjenci powinni otrzymywać pomoc o udowodnionej skuteczności.

PATRZĄC W UJĘCIU ROCZNYM, LISTA NAJCZĘŚCIEJ WYSTĘPUJĄCYCH W POLSCE ROZPOZNAŃ PSYCHIATRYCZNYCH POZOSTAJE NIEZMIENNA. SĄ TO:

- **ZABURZENIA LĘKOWE**
- **REAKCJA NA CIĘŻKI STRES I ZABURZENIA ADAPTACYJNE**
- **ZABURZENIA PSYCHIATRYCZNE I ZABURZENIA ZACHOWANIA SPOWODOWANE UŻYCIEM ALKOHOLU**
- **WE WSZYSTKICH TYCH ZABURZENIACH PSYCHOTERAPIA PEŁNI KLUCZOWĄ ROLĘ JAKO REKOMENDOWANA METODA LECZENIA.**

Więcej na ten temat przeczytasz na **stronie 25**

- 6.** **W wielu obszarach brakuje skutecznego monitoringu dostępności usług i zasobów.** Dotyczy to m.in. dokładnych danych o skali świadczonych prywatnie konsultacji psychiatrycznych i usług psychoterapeutycznych, liczbie certyfikowanych psychoterapeutów etc. Bez dostępu do tej wiedzy trudno jest racjonalnie planować polityki zdrowotne.

- 7. Psychoterapia, psychoedukacja i działania rehabilitacyjne** opłacają się. Generują nie tylko ogromne korzyści społeczne, ale też ekonomiczne. Czas zacząć je monitorować, aby prowadzić bardziej racjonalną politykę w tym obszarze.



Pilotaż Centrów Zdrowia Psychicznego pokazał też, że opieka środowiskowa jest odpowiedzią na wzrost zaburzeń psychicznych w nowoczesnym rozwijającym się społeczeństwie.

prof. Piotr Gałeczki

Pełną treść wywiadu znajdziesz na **stronie 44**

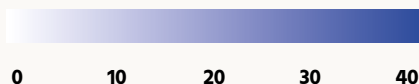
Obecnie na opiekę psychiatryczną w Polsce przeznaczają się jedynie 4,5% środków publicznych na ochronę zdrowia. Jednym z kluczowych postulatów w Proklamacji Nadzwyczajnego Kongresu Zdrowia Psychicznego, który odbył się 5 grudnia 2024 roku w Warszawie, było zwiększenie tej wartości do 6% w roku 2025 i do 7% w roku 2026.

<https://kongreszp.org.pl/wp-content/uploads/sites/2/2024/11/Proklamacja-IV-Kongresu-.pdf>



Odległość gmin od najbliższej gminy, w której znajduje się poradnia, rok 2024

Odległość (km)



Więcej informacji na temat dostępności leczenia znajdziesz na **stronie 63**

8. **Organizacje pozarządowe – zwłaszcza te, które reprezentują grupy pacjentów** – odgrywają istotną rolę w działaniach na rzecz zdrowia psychicznego. Warto z tymi organizacjami współpracować, słuchać ich i dbać o ich finansowanie. Nie można jednak liczyć na to, że zaradzą one brakom w systemie.
9. **Pacjenci mają prawo do rzetelnej informacji o metodach leczenia** i ich skuteczności. Mają też prawo do informacji i ochrony przed praktykami o niezwyfikowanym działaniu lub szkodliwym charakterze.



Nie można się przyznać bez konsekwencji, że doświadczyło się kryzysu psychicznego. Ludzie muszą żyć w ukryciu.

Katarzyna Szczerbowska

Całą rozmowę dotyczącą m.in. problemu stygmatyzacji osób chorujących psychicznie znajdziesz **na stronie 52**

ZGODNIE Z WYNIKAMI OGÓLNOPOLSKIEGO BADANIA EZOP II, ZNACZĄCA CZĘŚĆ RESPONDENTÓW SPRZECIWIĄ SIĘ TEMU, ABY OSOBA, KTÓRA CHOROWAŁA PSYCHICZNIE I LECZYŁA SIĘ W SZPITALU PSYCHIATRYCZNYM, BYŁA OPIEKUNKĄ (89,6%) LUB NAUCZYCIELEM ICH DZIECKA (86,9%), ICH LEKARZEM (84%) LUB CZĘŚCIĄ RODZINY – NP. SYNOWĄ LUB ZIĘCIEM (81,3%).

Więcej informacji dotyczących percepcji osób chorujących psychicznie znajdziesz **na stronie 51**

10. Łatwiej zapobiegać zaburzeniom, niż je leczyć. Profilaktyka oraz promowanie rzetelnej wiedzy o zdrowiu psychicznym powinny się stać istotnym elementem procesu edukacji.

“

Polacy wiedzą, że zdrowie psychiczne jest ważne, ale nie wiedzą, co z tą wiedzą dalej robić.

dr Joanna Gutral

Pełną treść wywiadu znajdziesz na **stronie 58**

“

Jeżeli państwo nie jest powiązane z myśleniem o zdrowiu psychicznym obywateli, to nikt państwa o to nie pyta i nikt go z tego nie rozlicza.

Marta Niedźwiecka

Pełną treść wywiadu znajdziesz na **stronie 65**



355 460

OSÓB

tyle właśnie osób w 2023 roku – zgodnie z danymi Narodowego Funduszu Zdrowia – skorzystało z finansowanej przez NFZ psychoterapii, uczestnicząc w nieco ponad 4 milionach sesji terapeutycznych.

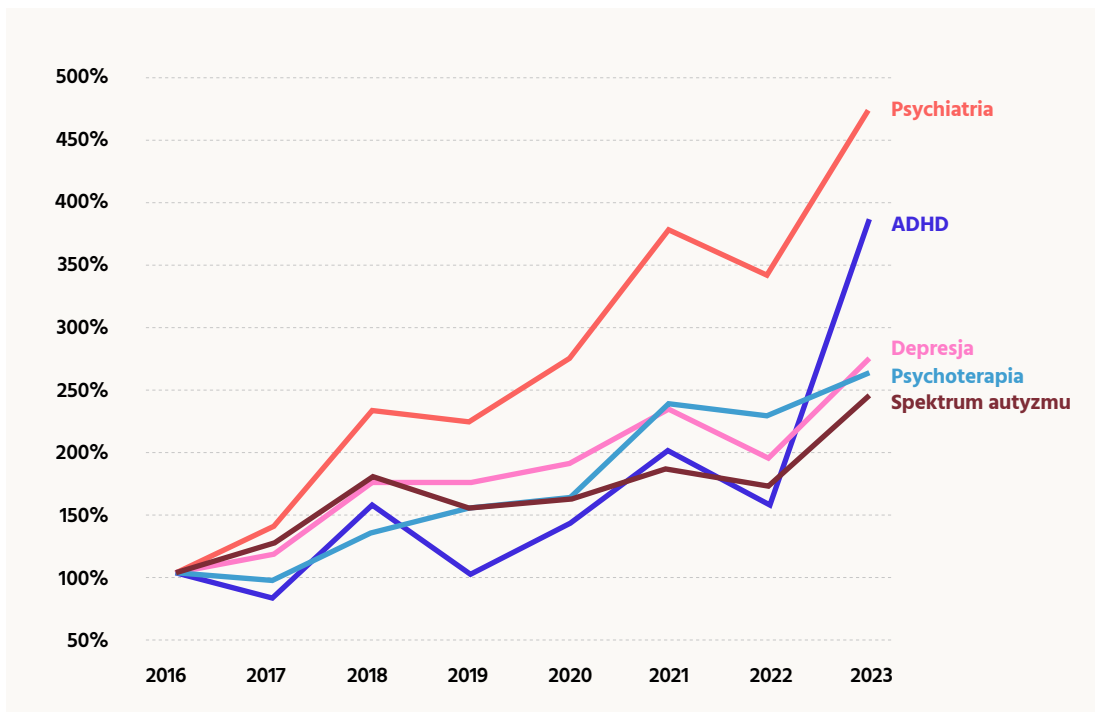
Więcej na temat (nie)dostępności usług psychoterapeutycznych przeczytasz m.in. na **stronie 32**



Prawie

o 5000%

tak gwałtownie w latach 2016–2023 zwiększyła się na platformie Pomagam.pl proporcja zbiórek bezpośrednio odwołujących się do terminów powiązanych ze słowem „psychiatria”. Analizując ponad 285 tysięcy opisów ze wspomnianego okresu, analogiczny trend zaobserwowaliśmy dla wszystkich grup haseł dotyczących zdrowia psychicznego. Pięć najczęściej pojawiających się tematów zilustrowano na poniższym wykresie. Ich udział w zgłaszanych zbiórkach jeszcze kilka lat temu był zupełnie marginalny. W 2016 roku hasła powiązane z psychiatrią pojawiały się w 1 na 400 zbiórek. W 2023 roku proporcja ta wynosi już 1:85.



Klasyfikacja haseł została przeprowadzona poprzez ich grupowanie. Na przykład, w kategorii „psychiatria” uwzględniano wpisy zawierające takie wyrażenia jak „szpital psychiatryczny”, „psychiatra” czy „leczenie psychiatryczne”. Podobnie do kategorii „terapia” klasyfikowano opisy zawierające takie zwroty jak „terapia grupowa”, „wizyta u psychologa” czy „psychoterapia”.

Wyniki te jednoznacznie wskazują, że problemy związane ze zdrowiem psychicznym są coraz bardziej obecne w treściach zgłaszanych przez użytkowników platformy Pomagam.pl. Nawet jeżeli zinterpretujemy te wyniki optymistycznie – jako efekt rosnącej świadomości społecznej dotyczącej zdrowia psychicznego – to nadal będą one bardzo wyraźnym i niepokojącym sygnałem świadczącym o skali wyzwań, przed którymi stoją zarówno osoby zmagające się z problemami zdrowia psychicznego, jaki i system publicznej opieki zdrowotnej.

POMAGAM.PL



Dobrosława Gogłoza



Pełni funkcję dyrektorki zarządzającej Pomagam.pl, wiodącej platformy crowdfundingowej, która pozwala prowadzić zbiórki charytatywne na finansowanie leczenia oraz inne ważne cele. Stoi również na czele Fundacji Pomagam.pl, realizującej projekty rozwijające kulturę filantropii w Polsce, a także związane ze zdrowiem psychicznym oraz wsparciem dla liderek i liderów organizacji pozarządowych. Była założycielką i wieloletnią prezeską Stowarzyszenia Otwarte Klatki, organizacji chroniącej zwierzęta hodowlane. Prowadzi podcast Doing Good poświęcony pracy, przyszłości oraz roli biznesu w budowaniu lepszego świata.

■ ***Dlaczego Pomagam.pl postanowiło się zająć tematem zdrowia psychicznego?***



Temat zdrowia psychicznego w Polsce jest ważny. I dużo o nim się mówi. Zastanawialiśmy się, czy my – jako Pomagam.pl – możemy wnieść dodatkową wartość do tej dyskusji. O ile nie jesteśmy specjalistami od psychiatrii czy zdrowia w ogóle, o tyle znamy się na finansowaniu i finansowaniu społecznościowym. U źródeł wielu problemów społecznych leżą – jak by to nie brzmiało brutalnie – pieniądze. Bez rozmowy o nich trudno znaleźć sensowne rozwiązania. Wydaje mi się, że sposób, w jaki się debatuje w Polsce o różnych sprawach – w tym o zdrowiu psychicznym – trochę za rzadko dotyka kwestii finansowych.

■ ***Jak ta problematyka wygląda z Waszej perspektywy? Jaką rolę odgrywa Pomagam.pl w kwestiach związanych z finansowaniem?***



My nie mamy oczywiście takiego poczucia, że serwisy crowdfundingowe czy organizacje pozarządowe są odpowiedzią na wszelkie zło tego świata ani że są w stanie wszystko rozwiązać. Uważamy raczej, że jesteśmy jednym z narzędzi, które mogą być pomocne w pewnych okolicznościach. Taka rola jest dla nas absolutnie wystarczająca. Nie chcemy ani zastępować państwa, ani pozostawać w jakiegokolwiek opozycji do niego czy do innych organizacji pozarządowych. Mamy pewne spektrum możliwości finansowania i one wszystkie bywają potrzebne.

My możemy zmierzyć – i robimy to w tym raporcie – jak często w samych zbiorach występują słowa związane ze zdrowiem psychicznym. Jednocześnie mamy jednak głębokie poczucie, że temat samopoczucia i opieki, a szczególnie poczucia samotności w obliczu trudnych sytuacji, dotyczy dużo większej liczby naszych użytkowników. Nie tylko tych, którzy zakładają zbiórki na cele związane ze zdrowiem psychicznym. Bardzo dużo zbiórek u nas w serwisie dotyczy zdrowia somatycznego. Ale jeżeli ktoś bardzo ciężko choruje fizycznie albo ma w tym momencie w bliskiej rodzinie osobę, która może umrzeć w ciągu najbliższego roku, to często pojawia się też kryzys psychiczny.

■ **Czy te zbiórki, które wprost dotyczą problematyki chorób psychicznych, mówią – przy okazji – coś o nas?**



W wielu sytuacjach pieniądze zbiera się na cele, gdy szanse na finansowanie przez państwo są niewielkie lub wręcz żadne. Zbiórek związanych wprost ze zdrowiem psychicznym pojawia się stosunkowo mało, ale wydaje mi się, że to wynika przede wszystkim jednak ze stygmatyzacji zdrowia psychicznego. Wydaje się, że żyjemy wciąż w społeczeństwie, w którym choroby, których nie widać, nie mają statusu tych prawdziwych. Nawet wśród lekarzy zdarzają się osoby które podważają w ogóle istnienie niektórych schorzeń psychicznych. „Bycie wariatem” to wciąż nie jest coś, czym będziemy się chwalić, a często – niestety – dalej myśli się w takich kategoriach o różnego rodzaju problemach psychicznych. W związku z tym gotowość do zakładania zbiórek związanych ze zdrowiem psychicznym jest dużo niższa. Gdybym patrzyła na ten temat tylko z perspektywy interesu Pomagam.pl jako serwisu, to zbiórki związane ze zdrowiem psychicznym nie byłyby kluczowe.

Z rozmów z naszymi użytkownikami wynika, że założenie zbiórki wiąże się z sytuacją bardzo głębokiego kryzysu. W przypadku chorób, których koszty leczenia wynoszą setki tysięcy złotych, ludzie najpierw często sprzedają samochód, zapożyczają się i dopiero kiedy mają mocne poczucie sięgnięcia finansowego dna, czują się jakby usprawiedliwieni, by starać się pozyskać pieniądze od innych osób. Jeżeli nałożymy na to kwestię stygmatyzacji chorób psychicznych, to wydaje mi się, że osoby, które decydują się sięgnąć po pomoc w tym obszarze, wykazują się wręcz szaloną odwagą.

- **Wyniki, które prezentowaliśmy we wstępie do wywiadu, wskazują, że odsetek zbiórek dotyczących tematów związanych ze zdrowiem psychicznym się zwiększa.**



Myślę, że też bardzo często dzieje się to tak: kiedy społeczeństwo staje się zamożniejsze, rozwija się, jego potrzeby też rosną. Tematem, o którym rozmawiamy, nie jest samo przeżycie, tylko – na przykład – życie w lepszym zdrowiu. Pojawia się komfort leczenia chorób, które w biedniejszych krajach z konieczności się ignoruje. Myślę, że ta linia będzie się przesuwawała. Porównałabym to zjawisko do ruchu równouprawnienia kobiet. Społeczeństwo się zmienia, jest coraz lepiej, ale zawsze pozostają jakieś rzeczy do zrobienia. Podobnie jest z kwestiami zdrowia psychicznego. Dobrze, że zaczynamy je częściej dostrzegać.

- **Zapytam nieco prowokacyjnie. Czy rzeczywiście – jak twierdzą niektórzy – działania crowdfundingowe są takim listkiem figowym dla państwa, które ucieka przed odpowiedzialnością i w pewnym sensie przerzuca ją na obywateli, mówiąc „to już nie nasz problem, mamy szlachetne społeczeństwo, które jak jest potrzeba, to się zrzuci”.**



Czy społeczeństwo zawsze się zrzuci? Moim zdaniem fajnie, jeżeli się zrzuci. Społeczeństwo zrzuciło się kiedyś na statwę wolności – niewiele osób o tym pamięta, ale to był jeden z pierwszych projektów crowdfundingowych. Ja chciałabym takiego społeczeństwa, w którym możemy w różny sposób realizować swoje cele. Czy uważam, że temat zdrowia powinien być w dużo większym stopniu zaadresowany przez państwo? Oczywiście, że tak. Ja mogę reprezentować Pomagam.pl, ale w większym stopniu jestem przecież obywatelką tego kraju. I to jest moja silniejsza tożsamość niż miejsce zatrudnienia.

Crowdfunding pozwala realizować bardzo wiele celów finansowych i to, że w tym momencie głównie skupia się tych związanych z leczeniem, nie oznacza, że tak być powinno zawsze. Na pewno chciałabym od państwa, któremu płacę podatki, oczekiwać więcej. Także w kontekście przejrzystości wydatkowania środków, bo to nie jest wyłącznie kwestia ich ilości, ale też informacji, na co są one wydawane i czy dzieje się to w sposób racjonalny. Nie ma takiej ilości pieniędzy, których nie dałoby się wydać – źle lub dobrze.

■ ***Ten wątek racjonalności inwestycji w psychiatrię i psychoterapię powtarza się jak refren w rozmowach przeprowadzonych na potrzeby tego raportu...***



Z mojej perspektywy, ten sposób myślenia w kategoriach efektywnego altruizmu jest ważny. Jeżeli popatrzy się na taką miarę jak quality-adjusted years of life – lata życia z uwzględnieniem jego jakości – interwencje związane z zdrowiem psychicznym są bardzo efektywne. Często pozwalają poradzić sobie z problemami, które wpływają na jakość życia przez wiele lat, jak na przykład z nawracającą depresją. Wracając do tej dychotomii crowdfunding versus państwo – ona nie do końca jest trafna. Ciężko jest mówić o państwie, które będzie w stanie zaspokoić absolutnie wszystkie potrzeby obywateli. To tak nie działa. Możemy mieć najbogatsze, najbardziej prospołeczne demokracje i tam nadal będą problemy, które wymagają czasami tego rodzaju mobilizacji.

Najbliższa jest mi wizja takiego świata czy społeczeństwa, w którym zawsze mamy różne opcje. Łącznie z tym, że powinniśmy być bardzo ostrożni z takim ostrym postulatem, żeby wszystko i zawsze było finansowane przez państwo i żeby państwo o wszystkim decydowało. Państwo jest przecież podatne na różne zmiany polityczne. Temat leczenia może nam się wydawać bardzo neutralny, ale w obszarze opieki zdrowotnej pojawiają się przecież wątki budzące kontrowersje, na przykład opieka prenatalna, kwestia aborcji czy edukacja seksualna. I nagle okazuje się, że zdrowie nie jest aż tak bardzo neutralne politycznie, jak się czasami może wydawać. Może to jednak dobrze, że mamy jakąś część tego dbania o zdrowie, która jest poza zasięgiem różnego rodzaju partii politycznych i tego, co one uważają za słuszne lub niesłuszne? Nie podobałby mi się taki system, w którym właściwie tylko ktoś na górze decyduje, co jest dostępne, a co dostępne nie będzie, jeżeli mu się nie podoba. To jest trochę jak miks uczelni państwowych i prywatnych. Podobnie z dostępnością leczenia państwowego i prywatnego. Trzeba się oczywiście zastanawiać, gdzie przebiega granica pomiędzy nimi.

■ **A gdybyśmy zapytali tak zupełnie wprost: co Pomagam.pl chce – w sensie społecznym – osiągnąć tym raportem?**



Chciałabym, aby w Polsce było więcej dyskusji na tematy, które dotyczą ostatecznie nas wszystkich. Aby te dyskusje były bardziej merytoryczne i stwarzały większe szanse na znalezienie rozwiązań. Jeżeli o problemach rozmawiamy tylko przez pryzmat naszych uprzedzeń, wyobrażeń i tego, czy coś „wolno mówić”, czy „nie wolno”, to myślę, że nie będzie to produktywne.

W tematach społecznych zawsze interesowało mnie, co faktycznie da się zrobić i czy jesteśmy w stanie pójść krok do przodu. Czy jesteśmy w stanie przynajmniej zaproponować jakieś ciekawe modele, które mogą być inspiracją. Nie zakładam przecież, że my nagle jesteśmy w stanie rozwiązać problemy czy stworzyć lepszą politykę. Możemy jednak pokazać pewne zagadnienia w sposób, który zwróci uwagę na coś istotnego. Myślę, że to jest wątek, który łączy i crowdfunding, i demokrację. W obu przypadkach chodzi o to, że choć jesteśmy niezależnymi jednostkami, to staramy się wspólnie zbudować świat, w którym będzie nam się żyło lepiej. Taki, w którym sami chcemy żyć.

W tym sensie kwestia zdrowia psychicznego jest centralna. Nie jest to temat, który można całkowicie od siebie odsunąć, i powiedzieć: „to nie moja sprawa”. Myślę, że jest to absolutnie nasza sprawa. Jeżeli nie zawsze dotyka nas bezpośrednio, może to być sprawa naszych rodziców albo dzieci, albo naszego partnera, a jak nie – może naszych pracowników. Musimy zacząć szukać lepszych rozwiązań. Jeżeli tym raportem możemy dołożyć naszą cegiełkę do ich znalezienia, będę już zadowolona.

8,3 MILIONA
OSÓB

**(CZYLI OKOŁO
26% POLSKIEGO
SPOŁECZEŃSTWA)
PRZYNAJMNIEJ RAZ
W ŻYCIU DOŚWIADCZYŁO
OBJAWÓW ZABURZEŃ
PSYCHICZNYCH.**





W okresie 12 miesięcy przed badaniem takie objawy zgłaszało 8% uczestników (około 2,5 miliona osób). To dane z ostatniego zrealizowanego w Polsce dużego badania dotyczącego rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych (wyniki projektu [EZOP II](#) opublikowano w 2021 roku, a dane zbierano w latach 2018–2020). Dla porównania, we wcześniejszym badaniu EZOP I (z 2012 roku), wskaźniki te wynosiły odpowiednio 23% (ponad 6 milionów) i około 10% (ponad 2,7 miliona osób).

Czy obecnie jest lepiej? Nie wiemy, bo nie dysponujemy szczegółowymi danymi z okresu po pandemii i wybuchu wojny w Ukrainie. Oficjalny portal [e-Zdrowie](#) pokazuje, że w 2023 roku tylko w okresie od stycznia do maja z opieki psychiatrycznej skorzystało ponad 1,3 miliona pacjentów. Większość z nich (1,24 miliona) leczyła się ambulatoryjnie, około 112 tysięcy było hospitalizowanych, a 25 tysięcy korzystało z opieki dziennej. Najlichniesze grupy pacjentów to osoby w wieku 40–54 lat (370 tysięcy) oraz 55–69 lat (320 tysięcy). Większość z nich – 57% wszystkich pacjentów – stanowiły kobiety. Dla porównania, w całym 2022 roku łączna liczba korzystających z opieki psychiatrycznej to 1 669 427 osób, z czego ponad milion (56%) to kobiety

Patrząc w ujęciu rocznym, lista najczęściej występujących rozpoznań psychiatrycznych pozostaje niezmienna. Są to:

- zaburzenia lękowe,
- reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne,
- zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu.

Najwięcej osób (w przeliczeniu na 10 tysięcy mieszkańców) korzystało z opieki psychiatrycznej w województwie mazowieckim i lubuskim.



“

To, co jest największą
bolączką psychiatrii
w tej chwili,
to **infrastruktura.**



prof. dr hab. n. med.

Agata Szulc

Kierownik Kliniki Psychiatrycznej Wydziału Nauki
o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Od początku pracy zawodowej związana z Uniwersytetem Medycznym w Białymstoku, a od 2013 r. z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym. Autorka ok. 300 publikacji naukowych, w tym kilku książek. W latach 2016–2019 stała na czele Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Od roku 2019 r. jest członkinią Zarządu Europejskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (EPA). Prezes elekt Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego na lata 2025-28.



Pani Profesor, już od 6 lat w Polsce testowany jest nowy model opieki związany z wprowadzeniem Centrów Zdrowia Psychicznego. To naprawdę sporo czasu. Co Pani Profesor o nim sądzi?



Oddział w szpitalu Tworki, gdzie ja pracuję, jest przypisany do Centrum Zdrowia Psychicznego i - moim zdaniem - to działa. Choć ludzie nie do końca wiedzą jeszcze jak. Kiedy ktoś się pyta albo dzwoni z naszej okolicy, to ja mogę powiedzieć: „Mamy Centrum Zdrowia Psychicznego. Można przyjść i umówić się na rozmowę z psychologiem”. Można uzyskać może nie terapię, ale jakąś interwencję kryzysową. Jeśli nie od razu, to w ciągu kilku dni.

A jak to się ma do zwyczajowych w doniesieniach dotyczących służby zdrowia narzekañ na kolejki?



Wszystko zależy od punktu odniesienia. Na pewno z psychiatrią jest lepiej niż z endokrynologią albo z kardiologią. Oczywiście, to zależy gdzie, ale myślę, że w przypadku szpitala mówimy tu o 2–3 miesiącach oczekiwania. Na oddziały dzienne, gdzie my czasem kierujemy pacjentów, jest parę miesięcy czekania. Na grupy psychoterapeutyczne dzienne – podobnie. Nie jest źle. Na terapię indywidualną w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia – tu jest znacznie trudniej. Mogą to być i 2 lata.

Ale warto też spojrzeć szerzej. Ja mam pacjentów z różnych krajów Europy i nie tylko. Tam te systemy bywają różne. W Kanadzie, na przykład, w ogóle nie ma prywatnej służby zdrowia. Mam pacjentkę, która prędeż do Polski przyleci w odwiedziny, niż tam zobaczy psychiatrę. Rok oczekiwania. W Wielkiej Brytanii wiele spraw mają załatwiać lekarze rodzinni. Do psychiatry to nie tak łatwo... W Szwecji większość wizyt pielęgniarka załatwia. Nawet pacjent z przewlekłą schizofrenią ma wizytę raz na miesiąc, dwa z pielęgniarką, która bardzo dzielnie broni lekarza przed pacjentem. A na przykład w Belgii pacjenci są bardzo zadowoleni, wszechstronnie zaopiekowani, dostają renty itd. Nasz system Centrów Zdrowia Psychicznego opiera się na modelu niemieckim. I naprawdę nie jest taki zły.

■ **A czego mu brakuje, by był lepszy?**



To, co jest największą bolączką psychiatrii w tej chwili, to infrastruktura. Czasem przychodzą do nas pacjenci, mówią: „Leki kupimy, sprowadzimy z Ameryki za pieniądze, jakie chcecie”. My mówimy, że nie trzeba i że w zasadzie wszystko mamy. Leki, zespół pielęgniarek, zespół psychologów, lekarzy. Tylko warunki bytowe są, niestety, złe.

■ **Ostatnio rząd ogłosił, że zwiększy dofinansowanie psychiatrii. Było wokół tego sporo politycznego hałasu. Czy to jedynie jakaś kropla w morzu potrzeb, czy jednak realna zmiana?**



Tam, gdzie to się dzieje, to jest realna sprawa. Wrócę do swojego podwórka. Mamy zapowiedzi budowy nowego szpitala – na mniejszą liczbę łóżek, ale za to nowoczesnego. Mamy też kilka oddziałów wyremontowanych za pieniądze unijne, eleganckich. Trzeba pamiętać, że NFZ nie płaci za infrastrukturę. Ale wszystko w ramach tego, co jest, czyli pewnych ograniczeń lokalowych. Ufam, że prędzej czy później to się zmieni, ale kiedy, to nie wiemy...

■ **Co Pani Profesor sądzi o idei, aby oddziały psychiatryczne powstawały w szpitalach wielospecjalistycznych? Jak to się sprawdza?**



Organizacja oddziałów przy szpitalach wielospecjalistycznych, która jest ważnym celem, nie bardzo się spina. Oczywiście, wiele takich oddziałów już istnieje. Ja jestem z Białegostoku i w województwie podlaskim był jakieś kilkanaście lat temu boom na te oddziały, więc tam ta sieć działa świetnie. Ale o tym, żeby jakiś nowy oddział psychiatryczny powstał przy szpitalu wielospecjalistycznym, to nie słyszałam.

Takie oddziały miały na celu przede wszystkim zdjąć stygmatyzację. Zwalczać przekonanie, że pacjenci psychiatryczni będą jacyś uciążliwi czy – nie daj Boże – niebezpieczni. To już na szczęście minęło. Ale pozostaje kwestia finansowa. Jak dyrektor ma do wyboru kardiologię – za którą dostaje dużo pieniędzy, nie oszukujemy się – i psychiatrię, to woli kardiologię.

Jeżeli zakładamy, że będziemy mieli gdzie leczyć, to zadajmy kolejne pytanie – o przyszłość. Czy będzie komu leczyć? Czy my w tej chwili kształcimy wystarczająco dużo psychiatrów?



Nie dramatyzowałabym. Mam wrażenie, że psychiatra, sam w sobie, nie jest aż tak bardzo potrzebny, jak nam się wydaje. My mamy – że tak to ujmę – psychiatryzm społeczny. Wcale tak być nie musi. Oczywiście, porada lekarska jest konieczna. Ale jest też opieka terapeuty, psychologa czy nawet dobrze przeszkolonej pielęgniarki, bo jest też przecież specjalizacja: pielęgniarstwo psychiatryczne.

Poza tym, chętnych do specjalizacji jest coraz więcej i psychiatria jest jedną z takich specjalizacji, na które – wbrew pozorom – trudno teraz się dostać. Kiedyś było bardzo łatwo. Był też taki moment, może 3–4 lata temu, pewnego zastoju jeśli chodzi o tych młodych ludzi, którzy się zgłaszali. W tej chwili mamy bardzo dużo chętnych i naprawdę z tego się cieszymy. Często są to osoby otwarte, które chętnie się uczą. To są też takie fale, może trochę jakaś moda.

Pozostaje jednak kwestia, czy pojawienie się specjalistów na rynku jest tożsame z większą ich dostępnością w publicznej służbie zdrowia. Jak zdaniem Pani Profesor wyglądać będzie w przyszłości relacja między usługami prywatnymi a tymi dostępnymi w ramach NFZ?



Obawiam się, że – na razie przynajmniej – tego transferu do prywatnej opieki zdrowotnej nie powstrzymamy. Ja na przykład czekałam, aż zrobię specjalizację drugiego stopnia, i wtedy dopiero zaczęłam prowadzić własną działalność. A teraz, po roku specjalizacji, po roku rezydentury moi młodzi koledzy ruszają i są w Warszawie rozchwytywani przez te wszystkie sieciówki, otwarte na tak młodych lekarzy. Jest zapotrzebowanie, jest popyt, więc jest podaż.

Tym bardziej mamy z tym do czynienia w psychoterapii. To jest też oczywiście kwestia kosztów. Aby wykształcić psychoterapeutę, trzeba wydać spore pieniądze. No a wiadomo, że w publicznej służbie zdrowia tyle się nie zarobi. Jak przychodziła do nas do szpitala psycholog, to ona więcej zarabiała w poprzedniej pracy - jako rejestratorka u stomatologa. Z lekarzami jest lepiej, ale inne zawody medyczne nie są jeszcze właściwie doceniane.

■ **Popatrzmy teraz na sytuację nie od strony dostępności kadr, ale sposobu leczenia – czy tu system też zmienia się tak, jak powinien?**



Na pewno jest lepiej niż było – między innymi pod względem zmniejszenia liczby hospitalizacji. Ale to trzeba by policzyć, a czasem ciężko się dogadać z liczącymi... A hospitalizacja powinna być jak najkrótsza, załatwiać podstawowe problemy, które tego wymagają. Dalsze leczenie powinno się odbywać przy pomocy różnych innych instytucji i metod.

■ **Zmienia się system i instytucje, a czy zmieniają się też pacjenci, którzy do nich trafiają?**



Na pewno zmieniają się przyczyny hospitalizacji. Depresja w szpitalu zdarza się dziś bardzo rzadko. Chyba że jakaś ciężka, na przykład wymagająca zabiegów elektrowstrząsowych. Zmienia się też struktura diagnoz. Są to czasem zmiany trudne. Na przykład podwójna diagnoza, czyli na przykład schizofrenia i uzależnienia – to jest dramat, bo mamy bardzo mało miejsc, które by się zajmowały tym specjalistycznie. My czasem tak sobie żartujemy: o, wreszcie normalny, chory pacjent. Ma typowe objawy, na przykład schizofrenii, i w związku z tym leczenie też jest typowe i z reguły skuteczne. A jeśli mamy przewlekłą psychozę ponarkotykową, to naprawdę czasami leczenie jest karkołomne. Objawy utrzymują się pomimo zaprzestania przyjmowania substancji. To są przypadki bardzo trudne.

■ **Co powinniśmy zrobić systemowo?**



Jako Polskie Towarzystwo Psychiatryczne naciskamy na to, żeby utworzyć kolejne poziomy referencyjne. Specjalnych programów leczenia, np. depresji lekoopornych, pierwszego epizodu schizofrenii, podwójnej diagnozy, zaburzeń neurorozwojowych. Potrzeba bardziej wyspecjalizowanych jednostek, które by tym się zajmowały. Podobnie, nadal nie są dobrze zaopiekowane zaburzenia odżywiania czy psychogeriatrya. Są to kwestie, które w tych Centrach Zdrowia Psychicznego jakby umknęły. Do tworzenia takiego systemu programów specjalistycznych – tak je nazwijmy – można by wykorzystać na przykład kliniki akademickie, bo jest ich sporo.

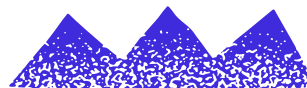
Dużo słyszy się o tym, że żyjemy w czasach zupełnie wyjątkowych pod względem wyzwań dla psychiatrii. Co Pani Profesor sądzi o takich diagnozach społecznych? Czy rzeczywiście mamy do czynienia z masowym kryzysem zdrowia psychicznego?



Dane epidemiologiczne pokazują, że mamy więcej zaburzeń psychicznych. Wydaje mi się, że to się łączy z tym, że częściej się zgłaszamy i leczymy. To jest większa świadomość i przesunięcie myślenia...

Ostatnio na jakimś spotkaniu ktoś mówił o tym, że teraz jest coraz gorzej, bo ciągły bieg, stres, itd. Ja na to mówię: „No dobrze, czy ktoś z was pamięta lata 80.? Ciemno, zimno, szaro, czarno, stan wojenny, nic nie ma. To było inaczej źle, ale przecież dobrze to nie było!”. My mamy taki dług pokoleniowy, dług psychiatryczny. Przez 100 lat albo i więcej tego długu się nazbierało. Teraz to widać, bo dopiero zaczęliśmy na to zwracać uwagę. Babcia się nie leczyła, ale w sumie potrafiła się położyć na miesiąc do łóżka. Dziadek trochę pił i się powiesił, no ale nikt o tym nie mówił. I tak dalej. I jeszcze te przemiany końca lat 90. Z czarnej dziury wyłaziliśmy. Super, ale z kolei wpadliśmy – jako rodzice tego pokolenia – w szalony kapitalizm. Więc nie jest tak, że to teraz jest źle. Może źle to jest od dawna, a teraz po prostu to widać?

W tej trudnej konkluzji jest jednak nieco optymizmu – rozwiązywać można tylko problemy, które się widzi.



355 460

OSÓB

tyle właśnie osób w 2023 roku – zgodnie [z danymi Narodowego Funduszu Zdrowia](#) – skorzystało z finansowanej przez NFZ psychoterapii, uczestnicząc w nieco ponad 4 milionach sesji terapeutycznych (**średnio około 11 sesji na pacjenta**).

Liczba sesji zwiększyła się aż o 69% w stosunku do 2013 roku. Analogiczne dane dla konsultacji psychologicznych to 435 600 osób oraz 2,2 miliona spotkań (wzrost aż o 145% w porównaniu z 2013 rokiem). W 2023 roku wsparcie psychiatrów uzyskało 1 259 tysięcy osób uczestniczących w 4,3 milionów wizyt (ich liczba spadła o około 3% w stosunku do 2013 roku).



Co te dane mówią o dynamice zmian oraz o obecnej sytuacji? Po pierwsze, liczba usług psychologicznych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia systematycznie rośnie. Po drugie, analogiczny proces nie dotyczy obecnie konsultacji psychiatrycznych. Biorąc pod uwagę zmiany epidemiologiczne, można przypuszczać, że relatywna dostępność lekarzy psychiatrów w ramach państwowej służby zdrowia – niestety – nie wzrasta, a nawet może spadać. Po trzecie, uwzględniając cytowane już kilkakrotnie dane z badania EZOP II oraz odwołując się do rekomendacji dotyczących metod leczenia, liczba świadczonych usług psychologicznych i – zwłaszcza! – psychoterapeutycznych jest wielokrotnie mniejsza od potrzeb. Oznacza to, że bardzo liczne grupy pacjentów albo muszą finansować pomoc psychologiczną samodzielnie, albo – przede wszystkim ze względu na ograniczenia finansowe i brak specjalistów – nie mogą w ogóle na nią liczyć.

W jakim stopniu powyższe problemy państwowej służby zdrowia rozwiązuje sektor prywatny? Aby odpowiedzieć na to pytanie, trzeba by sięgnąć do danych. Informacji tego rodzaju, niestety, po prostu... nie ma. Obecnie nie wiemy nawet – ze względu na brak kontroli i odpowiednich regulacji – jak liczną grupę zawodową stanowią osoby świadczące usługi z zakresu pomocy psychologicznej i psychoterapii. Jeszcze mniej wiadomo na temat przygotowania zawodowego tych osób oraz intensywności czy skuteczności prowadzonej przez nie działalności. Nie dysponujemy także wiarygodnymi danymi o finansowym aspekcie działania tego segmentu rynku medycznego. Częstkowe dane dostępne m.in. dzięki internetowym portalom pośredniczącym w sprzedaży usług psychologicznych wskazują na różnice między województwami i w ich obrębie, z tendencją do wyższych cen tych usług: w zamożniejszych regionach, w dużych miastach, świadczonych przez specjalistów o kompetencjach potwierdzonych tytułem naukowym lub certyfikatem psychoterapeuty. Wydaje się uprawnione stwierdzenie, że nawet w sektorze prywatnym na dostęp do kompetentnej pomocy częściej liczyć mogą osoby lepiej sytuowane i mieszkające w większych ośrodkach.



dr hab. n. społ. i dr n. med.

Agnieszka Popiel, prof. Uniwersytetu SWPS

Lekarz psychiatra, psychoterapeutka, superwizorka psychoterapii.

Kieruje Centrum Badań Klinicznych i Doskonalenia Psychoterapii oraz współkieruje naukowo Kliniką i Szkołą Psychoterapii Poznawczo-Behawioralnej Uniwersytetu SWPS. Członkini komisji akredytacyjnej European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT) oraz zarządu European Association of Clinical Psychology and Psychological Treatment (EACLPT). W badaniach oraz w praktyce klinicznej i edukacyjnej zajmuje się psychoterapią o zbadanej naukowo skuteczności oraz psychopatologią zaburzeń psychicznych i problemów emocjonalnych. Współautorka prac dotyczących psychoterapii, superwizji oraz PTSD. Autorka podręczników – ostatni z nich *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka* opublikowany wspólnie z dr Ewą Pragłowską otrzymał nagrodę PAN im. Władysława Witwickiego.

&



dr

Ewa Pragłowska

Specjalistka psychologii klinicznej, psychoterapeutka
(PTTPB i PTP, SITCC, EABCT) i superwizorka psychoterapii (PTTPB).

Przez wiele lat pracowała naukowo i klinicznie w Oddziale Chorób Afektywnych II Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, obecnie jest dyrektorką ds. współpracy i dydaktyki w Klinice Terapii Poznawczo-Behawioralnej Uniwersytetu SWPS. Współkieruje Szkołą Psychoterapii Poznawczo-Behawioralnej Uniwersytetu SWPS. Autorka kilkudziesięciu prac badawczych i podręczników: *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka* (nagroda PAN im. Władysława Witwickiego, 2023), *Superwizja w terapii poznawczo-behawioralnej*, *Skuteczne działanie w stresie*, a także licznych publikacji popularnonaukowych.

34

&

■ **Jak wygląda dziś opieka nad zdrowiem psychicznym w Polsce?**



Prof. Agnieszka Popiel:

Szczerze mówiąc – fatalnie. A teraz to uzasadnijmy. W Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego są ujęte wyniki badania EZOP II, dotyczącego rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w Polsce. Ile jest osób w Polsce, które na różne zaburzenia psychiczne cierpią? Są to miliony. A do najpowszechniejszych diagnoz należą: zaburzenia lękowe związane ze stresem pod postacią somatyczną, depresje i uzależnienie od alkoholu. A potem lejek się zawęża do zaburzeń, których jest mniej, ale mają również duży ciężar finansowy. Mówimy tu o zaburzeniu afektywnym dwubiegunowym, psychozach, czyli tym, co wymagałoby czasami leczenia szpitalnego, czasami interwencji, często wieloletniego leczenia farmakologicznego, profilaktyki, zapobieganiu nawrotom itd. Obecnie wiele nieporozumień polega na tym, że mówiąc o leczeniu, myśli się o tym wszystkim razem. Z naszej perspektywy szczególnie istotna jest ta pierwsza grupa chorych, dla których leczeniem z wyboru jest psychoterapia. Niestety tutaj uzasadnienie słowa „fatalnie”, które wybrzmiało na początku, jest najmocniejsze.



Dr Ewa Pragłowska:

Z naszych obserwacji wiemy, że czas oczekiwania na psychoterapię jest bardzo długi – zwłaszcza, jeżeli dokonamy podziału na publiczną służbę zdrowia, tak zwaną refundowaną, i niepubliczną. W tej publicznej pacjenci często oczekują rok, co jest absurdem. Jak czasem smutno żartujemy – jak pacjent ma szczęście, to spotka go w tym czasie naturalna remisja... Jeżeli ma taką możliwość i go na to stać, to skorzysta z prywatnego gabinetu, gdzie czas oczekiwania liczony jest już w dniach czy tygodniach. Ale również te gabinety są przepełnione. **Oznacza to, że w Polsce postępuje zjawisko tak zwanej stomatologizacji psychoterapii. Staje się ona usługą, która jest dostępna, ale na warunkach komercyjnych.** W państwowej opiece psychiatrycznej czas oczekiwania jest długi. Co więcej, wielu wykwalifikowanych psychoterapeutów z niej odchodzi.

■ ***Dlaczego tak się dzieje?***



Dr Ewa Pragłowska:

Odpowiedź jest dosyć banalna. Chodzi o wynagrodzenia. Decydenci nie biorą chyba pod uwagę, że w Polsce – żeby zostać psychoterapeutą – trzeba odbyć szereg szkoleń, kursów, terapii, superwizji. Jest to koszt rzędu 40–100 tysięcy złotych. To znacząca suma pokrywana przez osoby prywatne. Są to ogromne koszty finansowe i czasowe – zajęcia odbywają się zwykle w trybie weekendowym, przez kilka lat. Niektóre z tych osób na początku zasilają państwową służbę zdrowia, ale nie ukrywajmy – ich planem jest odejście do sektora prywatnego. Obecnie przez Polskę (a nawet przez nasz parlament) przetacza się dyskusja o zwiększaniu dostępności do zawodu. Ta dyskusja, niestety, nie rozwiązuje problemu sektora państwowego. Gdyby to ode mnie zależało i widziałabym tylu chętnych, którzy chcą zapłacić za własną edukację – podatnika kosztuje to zero! – to przede wszystkim pomyślałabym, co mam zrobić, żeby potem wynagradzać ich trochę lepiej.



Prof. Agnieszka Popiel:

Dodam jeszcze, że obecnie tak naprawdę nie wiemy nawet, jakimi dysponujemy zasobami kadrowymi. Bardzo gorące dyskusje o rozwiązaniach w obszarze psychoterapii trwają już kolejny rok. Ale nie podjęto nawet tak prostych działań jak policzenie terapeutów. Zrobienie solidnego rejestru: ilu psychoterapeutów w jakich stowarzyszeniach jest wykształconych i jakimi metodami pracuje. To są sprawy fundamentalne z punktu widzenia polityki państwa. Teraz nie wiemy, ilu jest terapeutów i gdzie ich brakuje. Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej podaje informacje dotyczące liczby certyfikowanych psychoterapeutów i superwizorów. Inne stowarzyszenia – nie zawsze. A decydenci nie robią nic w tym kierunku, żeby to uregulować, mimo że na ich sztandarach widnieje uporządkowanie sytuacji w psychoterapii – zwiększenie dostępu do rzetelnej wiedzy i ograniczenie nieprawidłowości.

■ **Poza kwestią dostępności kadr, jak powinna wyglądać droga do poprawy tej sytuacji?**



Prof. Agnieszka Popiel:

Przede wszystkim chciałabym, aby psychoterapia – ta finansowana przez nas, z podatków – była traktowana tak, jak powinna, czyli jako metoda leczenia. Korzystanie z psychoterapii o udowodnionej skuteczności przekłada się na szybszy powrót do zdrowia, po prostu poprawia funkcjonowanie człowieka. Poza tym – to okrutnie kapitalistyczne – ogranicza absencję chorobową i, kiedy ludzie wracają do pracy zawodowej, po prostu się opłaca. Konieczne jest, aby instytucje, które są do tego powołane, takie jak Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji opracowały zalecenia, w jakich wskazaniach jakie metody terapii są rekomendowane ze względu na swoją skuteczność, bezpieczeństwo czy efektywność kosztową – czyli wszystkie te wskaźniki, które dotyczą innych metod leczenia.



Dr Ewa Pragłowska:

Obecnie bardzo dużo dyskutuje się o tym, kto powinien czy może być terapeutą, ale znacznie mniej o tym, jakie stosujemy oddziaływania. Mamy ogromny problem ze zjawiskiem psychowashingu, czyli promocją metod o zupełnie nieznanym statusie, takich jak np. ustawienia hellingerowskie. Jeżeli planowane przepisy mają zapewniać bezpieczeństwo pacjentowi, powinny zawierać bezpieczniki pozwalające w jakiś sposób kontrolować metody, które nie są evidence-based, nie są oparte na dowodach.

■ **W Polsce to tak nie działa?**



Prof. Agnieszka Popiel:

Z psychoterapią w Polsce jest trochę tak jak z dyskusją o kinie w filmie Rejs. Mamy zachodnie kino i mamy nasze. W polskim filmie mamy pełną chwytyw erystycznych pseudodyskusję, której konkluzja zwana „werdyktem ptaka dodo” mówi, że „wszystkie podejścia w psychoterapii mają taką samą skuteczność”. Dominuje ona w znowelizowanych zapisach ustawy o ochronie zdrowia psychicznego – w definicji psychoterapii, rozwiązaniach prawnych i personalnych proponowanych przez decydentów w ministerstwie i sejmowej Komisji Zdrowia. A to nie do końca tak jest.



Dr Ewa Pragłowska:

Podam może konkretny przykład. Bliskie nam jest – ze względu na realizowane od wielu lat badania i projekty w tym obszarze – zaburzenie stresowe pourazowe, czyli PTSD. Zgodnie z najlepszymi praktykami rekomendowanymi przez międzynarodowe stowarzyszenia badań nad stresem traumatycznym czy American Psychiatry Association, a także bardzo wiele innych gremiów brytyjskich, holenderskich i amerykańskich, terapia metodą przedłużonej ekspozycji jest tu metodą leczenia z wyboru. Wymaga ona 10–11 spotkań z terapeutą. Każde długości półtorej godziny. Leczenie to – zgodnie z badaniami – pozwala około 80% pacjentów osiągnąć remisję. W państwowej służbie zdrowia w Polsce trudno jest jednak stosować tę metodę, ponieważ... opłacane przez NFZ spotkania są krótsze. Używający jej terapeuci muszą się tak zwaną nagimnastykować.



Prof. Agnieszka Popiel:

Dodam, że jednocześnie w 2022 roku Ministerstwo Zdrowia zleciło realizację kosztującego wiele milionów złotych programu pilotażowego, którego celem miało być porównanie skuteczności różnych sposobów leczenia PTSD. Wyłonienie ośrodków, które otrzymały finansowanie na podstawie programów autorskich, bez jakichkolwiek kryteriów oceny, z ominięciem AOTMiT jest przykładem zupełnego niezrozumienia (albo raczej rozumienia i zaniechania) roli wyników badań nad skutecznością psychoterapii. A przecież tą wiedzę od kilkadziesiątu lat już dysponujemy! Trzeba ją tylko stosować. Takich paradoksów jest więcej. Na przykład w ramach NFZ możemy opłacić wielotygodniowe hospitalizacje osoby cierpiącej na PTSD. Ale, jak przed chwilą wspominaliśmy, ze sfinansowaniem działającej i wielokrotnie tańszej psychoterapii o dowiedzionej skuteczności jest problem. Dobrze pokazuje to, jak bardzo potrzebne jest zracjonalizowanie polityki w tym obszarze.

■ ***Jak wygląda kwestia innych działań – tych, które niekoniecznie muszą podejmować psychoterapeuci, a też służą zdrowiu psychicznemu?***



Dr Ewa Pragłowska:

Ja mam takie marzenie, żeby system edukacji zaczął współpracować z systemem ochrony zdrowia. W wielu krajach i w wielu miejscach, gdzie myśli się o profilaktyce, do tego rodzaju działań nie są zaprzęgnięci wyłącznie psycholodzy i psychiatry, ale też lekarze pierwszego kontaktu, lekarze rodzinni i nauczyciele. Powiem może coś niepopularnego, ale kiedyś w jakimś stopniu załatwiała to może filozofia jako droga do autorefleksji i myślenia o własnym funkcjonowaniu. Ale dziś możemy pójść z uczniami na film W głowie się nie mieści Disneya i o nim porozmawiać. Ważne, aby mieć jak najwcześniej oprzyrządowanie, strategię, które służą regulacji emocji. Oczywiście, istotne jest też wprowadzanie do szkół programów profilaktycznych i edukowanie specjalistów w tym obszarze. Walczymy o kompetentnych psychoterapeutów, ale pamiętajmy, że tu także ma to duże znaczenie. Potrzebne są sensowne działania, a nie pogadanki pod tytułem „psycholog radzi na podstawie tego, co mu się wydaje”. Warto też pamiętać, że sam zakres oddziaływań bardzo się obecnie poszerza – są dobre aplikacje, które pomagają ludziom zmieniać nawyki żywieniowe, ale też dotyczą redukcji stresu i innych aspektów zdrowia psychicznego.



Prof. Agnieszka Popiel:

Ja może znowu odwołam się do przykładu. Ostatnio, w pewnej sytuacji rodzinnej, 11-letnia dziewczynka – na co dzień mieszkająca w Anglii – powiedziała do swojego młodszego braciszka „Jak ty zjadasz papier, to to się nazywa ‘pica’”. Zapytałam, skąd to wie. A ona na to mówi, że ze strony National Health Service. A co tam, na stronach NHS robiła 11-latka? Okazuje się, że w szkole podczas lekcji gotowania rozmawiali też z nauczycielem o tym, że są różne zaburzenia związane z jedzeniem. I razem oglądali strony internetowe NHS, żeby zobaczyć, gdzie można szukać informacji. Tu trochę skręcamy w stronę tematu, od którego zaczęliśmy, czyli odpowiedzialności państwa, której bardzo w tym obszarze brakuje. Odpowiedzialności za dostęp do wiarygodnych informacji - i dla młodzieży w szkole, i dla dorosłych pacjentów.



13,4

NA 100 000 MIESZKAŃCÓW

tylu było w Polsce psychiatrów w 2022 roku zgodnie z [danymi udostępnionymi przez Eurostat](#) w lipcu 2024 roku. Wartość ta w ostatnich latach znacząco wzrosła – jeszcze w 2012 roku wynosiła jedynie 8,4. Na tle pozostałych krajów Unii Europejskiej nadal wypadamy jednak słabo, plasując się obecnie na trzecim miejscu od końca wśród 24 krajów, dla których dostępne są odpowiednie dane na ten temat. Słabiej od nas wypadają jedynie Hiszpania i Bułgaria. Na czele stawki znajdują się Niemcy, gdzie proporcja lekarzy psychiatrów do wielkości populacji jest ponad dwukrotnie wyższa.

Zgodnie z [danymi Naczelnej Izby Lekarskiej](#) w Warszawie na dzień 30 września 2024 roku w Centralnym Rejestrze Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej wśród osób wykonujących zawód figurowało 4712 osób ze specjalizacją z dziedziny psychiatrii oraz 564 osoby ze specjalizacją z dziedziny psychiatrii dzieci i młodzieży, co wskazywałoby na dalszy – choć dość powolny – wzrost tego wskaźnika w naszym kraju.

62,4

NA 100 000 MIESZKAŃCÓW

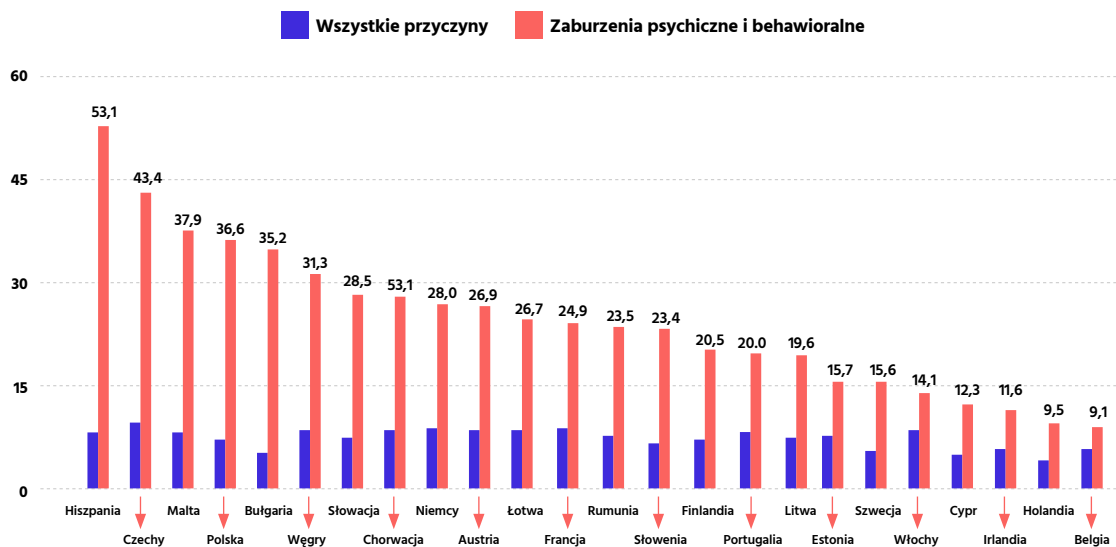
tyłe łóżek na oddziałach opieki psychiatrycznej mieliśmy w Polsce w 2022 roku i wartość ta zbliża się do średniej Unii Europejskiej wynoszącej 71,8 na 100 tysięcy mieszkańców (zgodnie z tegoroczną [publikacją Eurostatu](#)). Warto zaznaczyć, że wskaźnik ten przyjmuje bardzo różne wartości zależnie nie tylko od poziomu zamożności danego kraju, ale też od sposobu organizacji systemu opieki zdrowotnej. Najwyższą liczbę łóżek raportują Belgia (140,7) oraz Niem-

cy (131,3). Skrajnie niska jest natomiast we Włoszech, gdzie wynosi jedynie 8,13 na 100 tysięcy mieszkańców, co wynika z wprowadzonej tam w 1978 roku reformy. Reforma ta – nazywana prawem Basaglii (od nazwiska jej pomysłodawcy) – miała na celu systematyczne zamykanie szpitali psychiatrycznych i zastąpienie ich opieką środowiskową prowadzoną przez małe oddziały przy szpitalach ogólnych oraz sieć placówek ambulatoryjnych. Warto więc pamiętać, że dostępność łóżek szpitalnych – traktowana w izolacji od innych wskaźników – nie jest sama w sobie dobrą miarą jakości czy dostępności opieki w obszarze zdrowia psychicznego.

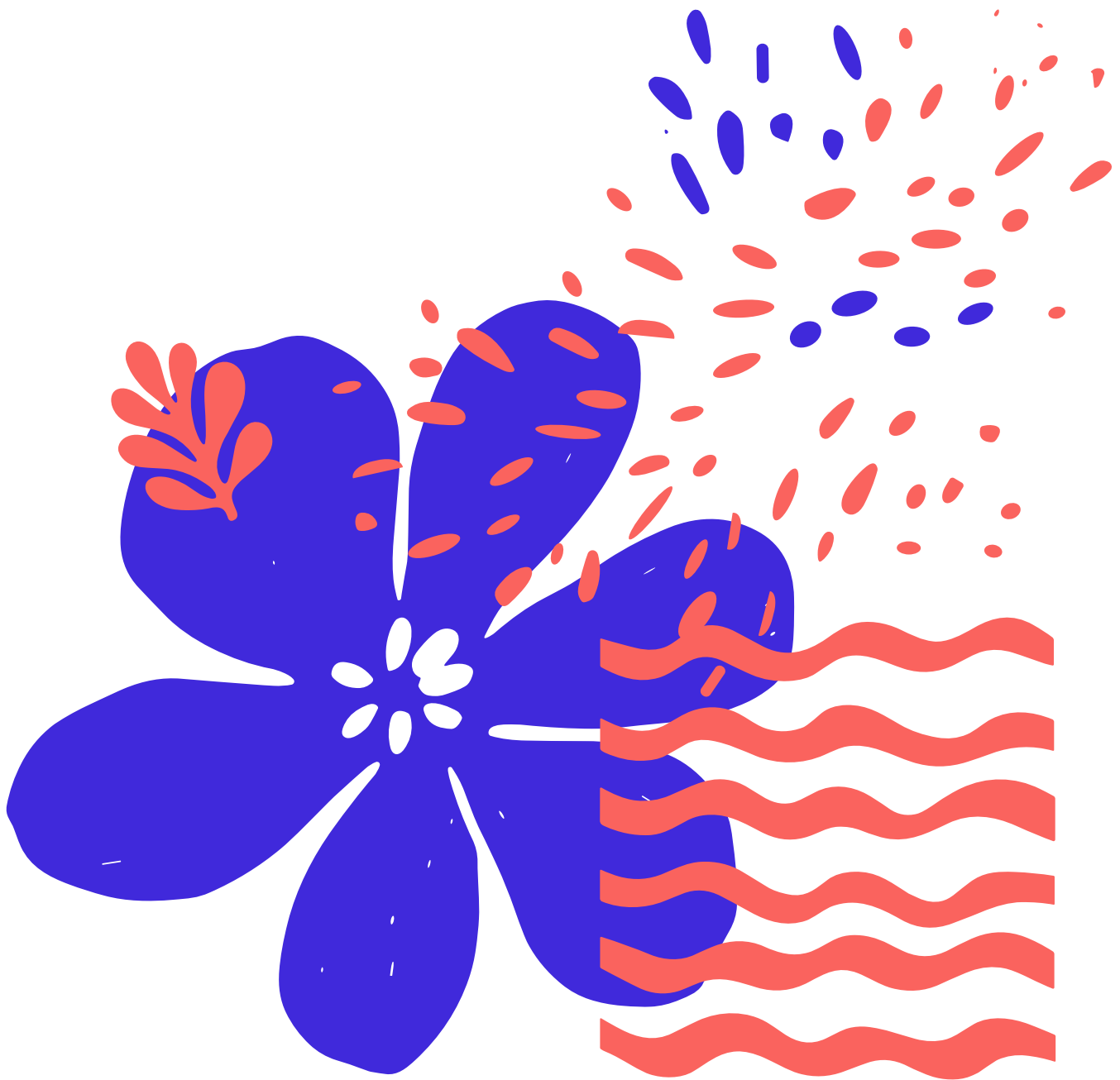
36,6 DNIA

tyle wynosi w Polsce średnia długość hospitalizacji spowodowanej zaburzeniami zdrowia psychicznego lub zaburzeniami behawioralnymi – zgodnie z danymi [opublikowanymi przez Eurostat w lipcu 2024 roku](#), opierającymi się głównie na statystykach z 2021 roku. W zestawieniu tym Polska znajduje się na wysokim, czwartym miejscu. Na czele listy znajduje się Hiszpania, gdzie wskaźnik ten (53,1) jest ponad pięciokrotnie wyższy niż w Belgii (9,1). Warto zaznaczyć, że zróżnicowanie średniego czasu hospitalizacji ze wszystkich przyczyn medycznych nie wykazuje aż tak dramatycznych różnic.

Średni czas trwania hospitalizacji (w dniach)



Różnice w długości hospitalizacji spowodowanych zaburzeniami zdrowia psychicznego i behawioralnymi mogą mieć wiele przyczyn. Istotne znaczenie mają na pewno kwestie związane z organizacją systemu opieki zdrowotnej i dominującym podejściem do leczenia zaburzeń zdrowia psychicznego. W krajach z rozwiniętą opieką środowiskową, takich jak Włochy czy Holandia, pobyty w szpitalu są krótsze, ponieważ kładzie się tam nacisk na integrację pacjentów ze społecznością i na leczenie ambulatoryjne. Tam, gdzie dominuje model instytucjonalny lub dostęp do alternatywnych form wsparcia jest ograniczony, hospitalizacje bywają dłuższe, co często odzwierciedla zarówno uwarunkowania historyczne, jak i kwestie finansowe czy kulturowe.



“

...bardzo szybko
**rośnie świadomość
społeczeństwa**
na temat zagrożeń
związanych ze zdrowiem
psychicznym.”



prof.

Piotr Gałęcki

Specjalista psychiatra, specjalista seksuolog. Kierownik Kliniki Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii, przewodniczący Rady ds. Zdrowia Psychicznego oraz Zespołu do opracowania Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Autor i współautor ponad 600 publikacji naukowych, w tym podręczników akademickich, z których uczą się nowe pokolenia specjalistów w dziedzinie ochrony zdrowia psychicznego. W pracy klinicznej i badawczej dąży do poznania biologicznych uwarunkowań zaburzeń zdrowia psychicznego, głównie depresyjnych.

■ **Jaki jest obecny stan opieki psychiatrycznej w Polsce?**



Nakłady finansowe na opiekę psychiatryczną w ciągu ostatnich lat wzrosły dość wyraźnie, więc nie można powiedzieć, że jest to totalna zapaść. Wiadomo jednak, że rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych, szczególnie tych związanych z zaburzeniami lękowymi, depresyjnymi, wysokim poziomem zaburzeń otępiennych czy zaburzeniami wśród dzieci i młodzieży jest trendem wciąż wzrastającym. Wydaje się, że jesteśmy przed szczytem rozpowszechnienia tych zaburzeń. Dodatkowo, bardzo szybko rośnie świadomość społeczeństwa dotycząca zagrożeń związanych ze zdrowiem psychicznym. To powoduje paradoksalnie znacznie większą zgłaszalność niż kiedyś i niejako napędza to rozpowszechnienie. Z jednej strony, mamy faktyczny wzrost rozpoznawalności, a z drugiej strony, zgłaszają się te osoby, które wcześniej potrzebowały pomocy, ale z powodu stygmatyzacji czy autostygmatyzacji tej pomocy nie poszukiwały, a teraz jej poszukują. To powoduje, że system goni w piętkę. Mimo że nakłady wzrosły znacząco w porównaniu do – powiedzmy – ostatnich pięciu lat, to zabezpieczają pewne minimalne funkcjonowanie systemu. Istnieje też kwestia dostępności tych świadczeń. W dużych aglomeracjach i miastach akademickich, z kształconymi lekarzami i miejscami akredytacyjnymi dla osób, które się specjalizują – a warto zaznaczyć, że znacząco więcej młodych lekarzy wybiera specjalizację z psychiatrii niż kiedyś – ta dostępność jest większa. W tych miejscach jest również lepszy dostęp do gabinetów prywatnych. Prywatny system ambulatoryjny – bo właściwie tylko taki istnieje – jest w stanie odpowiedzieć na zapotrzebowanie społeczne. W miejscach, gdzie nie ma szkolących się lekarzy i nadal funkcjonuje system, który nie jest oparty na Centrach Zdrowia Psychicznego, na pierwszorazową wizytę można czekać nawet kilka miesięcy. W dużej miejscowości, tam, gdzie funkcjonują Centra Zdrowia Psychicznego, należy to już – śmiało mogę powiedzieć – do historii: dostępność w punkcie zgłoszeniowo-koordynacyjnym jest właściwie natychmiastowa. Geograficznie bywa zatem różnie. Jeśli chodzi o finansowanie, to oczywiście mogłoby być lepiej, ale byłbym nieuczciwy, gdybym powiedział, że nie nastąpił jego znaczący wzrost. Pilotaż Centrów Zdrowia Psychicznego pokazał też, że opieka środowiskowa jest rozwiązaniem, które stanowi odpowiedź na ten wzrost zaburzeń psychicznych w nowoczesnym rozwijającym się społeczeństwie.

■ **Jakie są pozafinansowe, pozaekonomiczne wyzwania stojące przed sektorem ochrony zdrowia psychicznego w Polsce?**



W pilotażu testowany był system nie *fee for service*, tylko stawki ryczałtowej na populację, ale to nie oznacza, że świadczeniobiorcy nie musieli sprawozdawać wszystkich świadczeń. Czyli musimy liczyć się z tym, że publiczny płatnik nie będzie wydawał na coś ekstra, co nie jest związane ze świadczeniem zdrowotnym, bo te publiczne pieniądze muszą być przeznaczone na zdrowie. Nie można ich przeznaczyć np. na kluby pacjentów, które wpływają na dobrostan psychiczny, scalają społeczność, integrują. Finansowanie tego typu inicjatyw powinno jednak być delegowane na inne resorty. W ochronie zdrowia musimy dbać przede wszystkim o zdrowie, chociaż profilaktyka jest ważna, ale ona jest finansowana z wielu innych środków, którymi dysponują inne resorty, więc powinniśmy o tym pamiętać.

Jeśli mówimy o farmakoterapii czy leczeniu biologicznym, w Polsce są dostępne wszystkie nowoczesne formy terapii stosowane na świecie. Wszystkie, które są nowocześniejsze i droższe, są refundowane: wszystkie nowoczesne leki długodziałające w iniekcjach, elektroterapia, która jest już starszą metodą, ale uznaną. Refundowana jest także przezczaszkowa stymulacja mózgu, bardzo nowoczesna metoda.

Zatem jeśli chodzi o dostępność tych form terapii, nie można powiedzieć, że nam czegoś brakuje. Personel w psychiatrii nie boryka się z takimi problemami jak personel w niektórych innych dziedzinach medycyny. Polski psychiatra ma twarz młodego rezydenta czy młodego specjalisty. Z kadrą zatem nie mamy – na szczęście – na razie problemu i oby tak pozostało. Otrzymujemy odpowiednią liczbę miejsc rezydenckich z ministerstwa. Te miejsca są wykorzystywane, a ośrodki są bardzo zainteresowane tworzeniem miejsc akredytacyjnych.

Nowoczesną farmakoterapię więc mamy, personel mamy i myślę, że on się będzie systematycznie zwiększał. Natomiast to, co było istotną bolączką, to brak inwestycji w infrastrukturę psychiatryczną.

Szpital psychiatryczne były zaniedbanymi budynkami, często stuletnimi, a poradnie wyglądały tak, jakby inwestycje po raz ostatni wykonywano parę dekad wcześniej. Wynikało to również z tego, że psychiatria nie była wcale dobrze finansowana, bo każdy wolał zainwestować w ten oddział, który jakoś tam się bilansuje albo przynosi zysk, a psychiatria do takich dziedzin medycyny nie należy. Pamiętajmy też, że Narodowy Fundusz Zdrowia nie finansuje remontów budynków, bo nie jest ich właścicielem, on może tylko finansować usługę zdrowotną.

To było bardzo dużą bolączką i wpłynęło na postrzeganie psychiatrii zupełnie niesprawiedliwie jako nienowoczesnej dziedziny medycyny. To też się zmienia – w tym roku Ministerstwo Zdrowia przeznaczyło 3 miliardy złotych z funduszu celowego na inwestycje w podmiotach prowadzących całodobową opiekę psychiatryczną. Nie zdarzyło się to nigdy wcześniej w nowoczesnej Polsce.

■ ***Jak ocenia Pan reformę psychiatrii?***



Warto zaznaczyć, że jak powstał pilotaż, został jednak popełniony pewien błąd na samym początku: nie określono wskaźników ewaluacji. Trudno jest teraz szukać tych wskaźników, jeżeli nie były one monitorowane na bieżąco, czyli nie można ich poddać analizie. Generalne jednak wnioski, jakie możemy wyciągnąć z pilotażu, są takie, że opieka środowiskowa to jedyna forma opieki, która jest w stanie sprostać nowoczesnemu, szybko rozwijającemu się i dynamicznemu społeczeństwu, w którym te zagrożenia zdrowia psychicznego występują.

Opłata fee for service spowodowałaby moim zdaniem duże zagrożenie dla zdrowia wielu pacjentów i na pewno doprowadziłaby do znacząco szybszego rozwoju w tym zakresie sektora prywatnego, który zresztą i tak się rozwijał, bo jest odpowiedzią na wzrost rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych.

Dla mnie kluczowe jest to, by pozostał model opieki Centrum Zdrowia Psychicznego i opieki środowiskowej, bo to bardzo ważne, żeby pacjent mógł się leczyć blisko swojego miejsca zamieszkania, blisko swojej pracy, tam, gdzie mieszka jego rodzina, tam, gdzie ma grupę społeczną, z którą się identyfikuje.

■ ***Jaka byłaby idealna alternatywa dla obecnego modelu?***



Moim zdaniem idealny model wyglądałby tak, że w całej Polsce w każdym powiecie byłoby Centrum Zdrowia Psychicznego typu A, czyli takie, w którym jest mały oddział psychiatryczny całodobowy, ze średnią liczbą łóżek 25 na 100 tysięcy populacji, z szybką dostępnością do oddziałów dziennych, opieki środowiskowej i oddziałów ambulatoryjnych. To, co jest ważne – a nie dotyczy już tylko psychiatrii, ale w ogóle społeczeństwa – to brak systemowych rozwiązań dotyczących osób w podeszłym wieku. Osoby po sześćdziesiątym, nawet siedemdziesiątym roku życia, mają wiele chorób współistniejących, w których stan psychiczny i somatyczny są ze sobą powiązane. Często osoba z zaburzeniami układu krążenia czy metabolicznymi ma objawy psychiatryczne i na odwrót – objawy psychiatryczne mogą powodować zaniedbania zdrowia somatycznego. Tutaj potrzebna jest kompleksowa opieka, także środowiskowa, nad pacjentami w podeszłym wieku czy seniorami. Za nią terytorialnie powinien odpowiadać samorząd.

■ ***Jak wygląda sytuacja psychiatrii dzieci i młodzieży?***



To nie jest tak, że nagle nasze dzieci są słabsze i rozwijają się gorzej niż pokolenie ich rodziców. Kryzys dzieci i młodzieży jest tak naprawdę odzwierciedleniem kryzysu relacji, kryzysu rodziny, kryzysu istotnych potrzeb pojedynczej osoby w dużym, nowoczesnym, szybko rozwijającym się społeczeństwie. Żyjemy coraz szybciej, coraz więcej jest zagrożeń i wyzwania, żyjemy w coraz większych skupiskach, coraz bardziej się komunikujemy, ale nie interpersonalnie, nie rozmawiamy ze sobą. Nie sądzę jednak, by wszyskiemu – jak to niekiedy się mówi – winna była szkoła. Szkoła jest pierwszym miejscem, w którym dziecko może korzystać z kompetencji społecznych zdobytych w domu. Jeżeli dziecko w domu nie nauczyło się komunikować, odczytywać emocji, reagować na nie, rozpoznawać zagrożeń, to trudno oczekiwać od niego, że będzie to wszystko wiedziało. Tego nie da się przeczytać w książce, mając 7 czy 8 lat.

W mojej opinii jest tak, że jeśli chodzi o zaburzenia psychiczne zarówno u dzieci i młodzieży, jak u dorosłych, jesteśmy przed szczytem zachorowań. On jest dopiero przed nami. Ja myślę, że on nastąpi w ciągu dekady. W wielu krajach europejskich ten szczyt miał miejsce już wcześniej. A trendy wzrostu zachorowalności w Polsce i w krajach Unii Europejskiej są bardzo podobne.

■ **Czy jesteśmy systemowo przygotowani na ten szczyt?**



Centrum Zdrowia Psychicznego i opieka środowiskowa są dobrą odpowiedzią na oczekiwany kryzys.

Jeśli jest rozbudowany system opieki środowiskowej, gdzie mamy zespół leczenia środowiskowego, poradnię, zespół dzienny, oddział całodobowy, punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny i mobilny personel, który w razie zagrożeń można przekierowywać z jednego miejsca do drugiego, i nie ma stałego harmonogramu, że lekarz musi siedzieć w tym gabinecie od 8.00 do 15.00, to taki system jest w stanie obsłużyć większą liczbę pacjentów, a poza tym lepiej reagować na zagrożenia.

W opiece środowiskowej liczy się również to, że pacjent jest znany, ma jedną historię choroby. Stary system – o czym zapomnieliśmy – był taki, że pacjent wychodził ze szpitala wyłącznie z wypisem. Jego dokumentacja zostawała w szpitalu, pacjent przychodził do lekarza, który niczego o tym człowieku nie wiedział, nie miał dostępu do żadnej dokumentacji, wiedział tyle, ile mógł mu powiedzieć pacjent. Często lekarz musiał zaczynać swoją pracę od nowa, a nawet powtarzać niepotrzebnie badania dodatkowe. W Centrach Zdrowia Psychicznego w ramach opieki środowiskowej pacjent ma jedną dokumentację i wystarczy, że każdy lekarz, który jest w centrum, zaloguje się do systemu, by uzyskać dostęp do wszystkich informacji.

Personel Centrum Zdrowia Psychicznego jest w stałym kontakcie z ośrodkami pomocy społecznej, wiemy zatem, co się dzieje, i możemy też ukierunkować taką pomoc. Moim zdaniem odpowiedzią na wzrost zachorowalności jest rozwijanie psychiatrii środowiskowej.

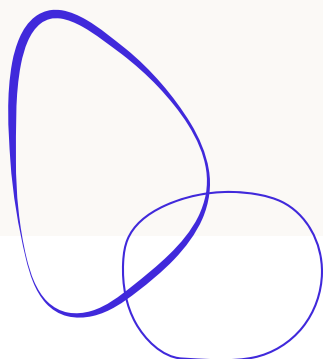
■ ***Jaka jest w tym kontekście rola organizacji pozarządowych?***



Jest wiele fundacji, które zajmują się pomocą osobom w kryzysie psychicznym. Myślę, że to dobry kierunek, który jest odpowiedzią na konkretne zapotrzebowanie. Warto również pamiętać, że badanie EZOP II wykazało, iż 26% Polaków cierpi lub będzie cierpieć na jakieś zaburzenie psychiczne. Co oznacza, że co czwarty Polak, czyli statystycznie każda polska rodzina jest dotknięta w jakiś sposób kryzysem zdrowia psychicznego.

Pomoc fundacji i organizacji pozarządowych jest bardzo ważna. Myślę, że jest ona wpisana w system funkcjonowania opieki zdrowotnej nowoczesnego państwa, bo może być kierowana do konkretnej społeczności, może obejmować konkretny problem zdrowotny. To jest ważne przede wszystkim dlatego, że destygmatyzuje psychiatrię i pełni bardzo ważną rolę edukacyjną. Dobrze to pokazuje przykład depresji czy ADHD.

Przez to, że taka działalność jest oddolna, można ją kierować do bardzo wielu różnych obszarów i w bardzo wiele stron. Ja bym nie próbował nawet jej ukierunkować ani mówić, co należy robić. Organizacje powinny mieć pełną swobodę, bo dobrze działająca fundacja zatrudnia m.in. osoby po kryzysie psychicznym, które będzie wiedziały, w jaki sposób zabezpieczyć potrzeby konkretnej grupy pacjentów.



W omawianym już wcześniej badaniu EZOP II sprawdzano także, jak zdaniem Polek i Polaków wygląda leczenie psychiatryczne w kraju. Pytano ich m.in., czy zetknęli się kiedyś z osobą chorującą psychicznie. Na tak postawione pytanie **29,3%** respondentów odpowiedziało twierdząco. Respondenci ci wskazywali, że najczęściej tą osobą był „ktoś ze znajomych/sąsiadów” (**34,2%**), „ktoś znany tylko z widzenia” (**30,9%**) oraz „osoba dalszej rodziny” (**12,3%**).

Zdanie respondentów dotyczące tego, jak zareagowałiby, gdyby okazało się, że osoba, które chorowała psychicznie i leczyła się w szpitalu psychiatrycznym, jest ich kolegą/koleżanką z klasy są podzielone: 52,9% osób deklarowało sprzeciw, a 46,7% – akceptację. Zdecydowany sprzeciw badanych budziłaby natomiast sytuacja, w której osoba leczona w szpitalu psychiatrycznym byłaby opiekunką ich dziecka (89,6%), nauczycielem ich dziecka (86,9%), leczącym ich lekarzem (84%), ale też ich synową lub zięciem (81,3%). Silny sprzeciw respondentów budziłby także fakt, że osoba, która chorowała psychicznie i leczyła się w szpitalu psychiatrycznym, byłaby ich szefem w pracy (77,3%), burmistrzem lub wójtem w ich gminie (73,1%) lub posłem z ich okręgu (70,8%). Z najnowszych [wytocznych WHO](#) opublikowanych w październiku 2024 roku jasno wynika, że aktywne uczestnictwo osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego w życiu publicznym – obejmowanie przez nie funkcji liderek i współprzewodniczek, nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktów społecznych opartych na inkluzywnej współpracy, np. wokół wspólnego celu – stanowią absolutną podstawę działań prowadzących do zmniejszenia stygmatyzacji i dyskryminacji. W Polsce organizacjami, które aktywnie zajmują się takimi działaniami, są m.in. [Fundacja eKropka](#) oraz [Ogólnopolskie Stowarzyszenie Centrów Zdrowia Psychicznego](#).

“

Często jest tak, że my,
z zasobami, jakie mamy,
**nie możemy wykreować
własnego celu**, zaopiekować
własnej potrzeby.



Katarzyna Szczerbowska

Dziennikarka, asystentka zdrowienia,
członkini Rady ds. Zdrowia Psychicznego przy Ministrze Zdrowia

■ **Jak ocenia Pani stan ochrony zdrowia psychicznego w Polsce?**



Może zacząć od plusów. Zaczęła się rozwijać psychiatria środowiskowa, a wraz z nią – myślenie o potrzebach pacjentów w kontekście sieci wsparcia. Nie tylko o takiej podstawie jak opanowanie objawów kryzysu, ale też o włączeniu społecznym. Coraz częściej patrzy się na zjawisko kryzysu z szerokiej perspektywy zdrowia publicznego i myśli o wszystkich kosztach doświadczenia kryzysu. Tego, jak on wpływa na całą społeczność – część ludzi rezygnuje z pracy, z nauki, wypada z rytmu życia. Coraz częściej mówi się o działaniach antystygmatyzacyjnych, szuka się sposobu mówienia o kryzysach, który oswoja to doświadczenie.

Bardzo wzmocnił się w ciągu ostatnich lat ruch pacjentów – także dzięki asystentom zdrowienia. Ludzie o podobnym doświadczeniu zaczęli się widzieć, wspierać, rozmawiać ze sobą, tworzyć różne grupy, organizacje. Wydarzyło się to w bardzo krótkim czasie. Coraz częściej mówi się nie o psychiatrii, ale właśnie o systemie ochrony zdrowia psychicznego. Mówi się o tym, że pomaganie jest pracą zespołową i pacjent powinien otrzymywać wsparcie na różne sposoby, od różnych specjalistów: psychologa, psychoterapeuty, psychiatry, ale też od ludzi o podobnym doświadczeniu, przeszkolonych do pomagania, takich, jakimi są asystenci zdrowienia. Dyskutuje się też o potrzebie tworzenia wspierającej sieci społecznej i edukowaniu pracodawców, rodziny, ludzi w ogóle, czym jest kryzys psychiczny, jak dbać o siebie, jakie są zdrowe sposoby na regulowanie emocji. Ludzie szukają zajęć z treningu umiejętności społecznych, mindfulness, porozumienia bez przemocy. Szukają grup dla ludzi z doświadczeniem kryzysu prowadzonych przez ekspertów, takich jak asystenci zdrowienia. Organizuje się spotkania oferujące wsparcie dla ludzi, którzy doświadczyli przemocy – takie działania są finansowane na przykład z budżetów władz lokalnych. Te tematy zaczynają coraz częściej się pojawiać i w mediach, i w internecie.

■ **A co jest minusem?**



Ciągle jest nim nadal nieskoordynowana pomoc. Pojawiają się fajne inicjatywy, ale dotrzeć do nich jest bardzo trudno. Mało się też myśli o jak najlepszym wykorzystaniu zasobów ludzkich. Często ludzie o ogromnym potencjale zajmują się rzeczami, które są czasochłonne. Na przykład, wybitni psychiatrzy kierują szpitalami, a ich najcenniejszym zasobem jest – w moim odczuciu – pomaganie. Po to się kształcili i po to zdobyli doświadczenie kliniczne. Pomaganie i wspieranie coraz bardziej się rozwija w sektorze prywatnym. Zapewnia on szybki dostęp do pomocy, ale jest też ona bardzo niepewna, bo nie wiemy, do kogo trafiamy. Dotyczy to lekarzy – pacjentów przyjmują osoby, które są jeszcze na stażu, niedawno skończyły studia, mają też inne specjalności. Ponieważ nie ma ustawy o zawodzie psychologa ani o zawodzie psychoterapeuty, to pacjent nie wie, do kogo trafia, a dużo jest na rynku osób nieprzygotowanych. Psychoterapia jest formą leczenia, ale może zaszkodzić, jeśli prowadzi ją osoba, która nie ma do tego kompetencji związanych z odpowiednim wykształceniem. W tym zawodzie, w moim odczuciu, bardzo ważne są też kompetencje osobowościowe – zwłaszcza gdy pracuje się z ludźmi z doświadczeniem psychozy. Często słyszę, że system ochrony zdrowia psychicznego zamienia się w stomatologię – staje się dostępny tylko za pieniądze, prywatnie. Moim zdaniem, dla naszego ogólnego dobra społecznego dobrze by było, żeby ta pomoc była dostępna w ramach NFZ-u. Model już mamy, wystarczy go wdrażać. Każde zainwestowane pieniądze się zwrócą, bo ogromne koszty stanowią renty i zapomogi związane z niezdolnością do pracy osób, które mogłyby funkcjonować w społeczeństwie, gdyby dostały lepszą pomoc. Ogromnym kosztem są zwolnienia lekarskie spowodowane kryzysem psychicznym. Poza tym rodzina, w której ktoś doświadcza kryzysu, też w jakimś sensie choruje. Trudno takim ludziom być twórczymi, gdy cierpią wraz ze swoim bliskim.

■ ***Jakie są – Pani zdaniem – pozaekonomiczne wyzwania dla systemu ochrony zdrowia?***



Myślę, że dużym wyzwaniem jest szkolenie kadr i przygotowanie lekarzy psychiatrów do zawodu w taki sposób, aby mieli na studiach zajęcia z komunikacji z pacjentem, i żeby osoby, które udzielają pomocy, uczyły się też dbać o siebie: jak chronić swoje zasoby, jak odpoczywać. Dużo ludzi pracuje jednocześnie i prywatnie, i państwowo. Tak długo się nie da. Przede wszystkim w systemie ochrony zdrowia psychicznego bardzo ważna – w moim odczuciu – jest jakość usług, nie ilość. Myślę, że bardzo brakuje informacji o tym, jaką pomoc można dostać w ramach systemu, a byłoby świetnie, żeby ludzie wiedzieli, gdzie mogą się zgłaszać, np. dzięki komunikatom w telewizji publicznej. Wiele dałoby się uratować, gdyby pomoc faktycznie przyszła natychmiast, zwłaszcza jeżeli dotyczy to kryzysów samobójczych – wtedy bardzo ważny jest natychmiastowy, osobisty kontakt z drugim człowiekiem. Rozmowa z psychiatrą, rozmowa z psychologiem czy rozmowa z jakimś autorytetem może się okazać w takiej sytuacji bardzo wspierająca. Cieszę się, że są telefony zaufania, telefony wsparcia, ale nic nie zastąpi bezpośredniego kontaktu.

■ ***Na co – poza kwestiami finansowymi – systemowo powinno się zwracać uwagę?***



Myślę, że na stosunek do pacjenta, na empatię, na traktowanie go podmiotowo i z szacunkiem. Ważna jest zmiana sposobu komunikacji z pacjentami, którzy doświadczają kryzysu. Ludzie, którzy nas leczą, powinni starać się zmieniać też wizerunek chorego. Społecznie jesteśmy najbardziej wykluczoną grupą, zaraz po osobach z niepełnosprawnością umysłową. Z tego powodu nie można się przyznać bez konsekwencji, że doświadczyło się kryzysu psychicznego. Ludzie muszą żyć w ukryciu. Jeżeli ewidentnie nie widać objawów – ukrywają to. Moim zdaniem przykład powinien pójść z góry. Dobrze by było, żeby ludzie, którzy nas leczą i którzy piastują wysokie pozycje w państwie pilnowali języka i sposobu wyrażania się. Ludzie uczą się, obserwując. Ważne jest w myśleniu o zdrowiu psychicznym uświadomienie sobie, że wszyscy nawzajem na siebie wpływamy.

■ ***Jak wygląda ochrona zdrowia psychicznego z perspektywy organizacji pacjentów?***



Z perspektywy aktywistki i przedstawicielki organizacji pozarządowej widzę, że na takie organizacje zrzuca się bardzo dużo działań, za które powinno być odpowiedzialne państwo. Organizacje pozarządowe w Polsce są bardzo biedne, żyją z grantów. Te granty trzeba pisać pod kątem tego, co ktoś nam chce dać, robić jakieś szpagaty. Nie mamy w Polsce dużych biznesów, które tworzą fundacje. Fundacje tworzą zazwyczaj ludzie, którzy nie mają pieniędzy, nie mają zasobów. To jest często walka o przetrwanie, bardzo dużo stresu. Chciałabym się upomnieć o asystentów zdrowienia, czyli o osoby, które doświadczyły kryzysu, a pracują w ramach systemu. Sama pracuję w tej chwili jako asystentka: to jest bardzo ciężka praca i jednocześnie bardzo pomocna pacjentom, ale wynagradzana najniższą pensją krajową. Ja naprawdę nie jestem w stanie z tego się utrzymać, nie dam rady. Nie jest to też zajęcie szanowane. Bardziej szanowani są eksperci przez wiedzę – słucha się ich, liczy się z ich zdaniem. Asystenci zdrowienia mają być ulegli, dostosowani, pozwalają się przesuwac tak, jak wygodnie jest osobom, które z nimi pracują. Na szczęście nie wszędzie tak jest. Myślę, że dużym wyzwaniem jest w Polsce nadal bieda. Najłatwiej jest nas, pacjentów wykluczać, bo my nie umiemy się obronić. Nie mamy takich zasobów i wsparcia jak pacjenci onkologiczni czy kardiologiczni, którzy mogą walczyć skuteczniej o swoje prawa.

■ ***Przed jakimi wyzwaniami stoją organizacje pacjentów?***



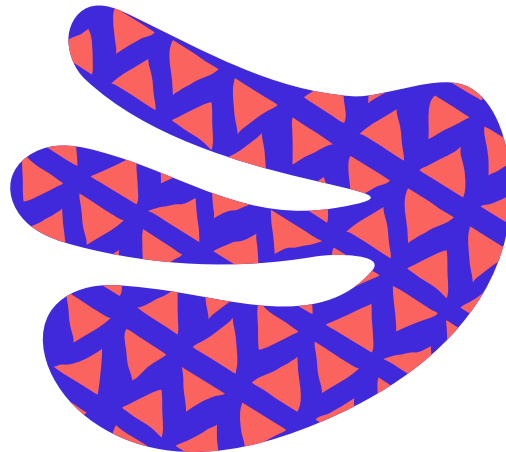
Często jest tak, że my, z zasobami, jakie mamy, nie możemy wykreować własnego celu, zaopiekować własnej potrzeby. Musimy dostosować swoje zasoby do tego, jak ktoś inny widzi nasze potrzeby i jak je sobie wyobraża. Dla fundacji jest to problem. Dużo łatwiej jest zaproponować swoje pomysły na działania, ale skąd mamy wziąć te pieniądze? Z jednej strony, możemy błagać ludzi, żeby nam dawali 1,5% podatku, zachęcać, ale wszyscy zachęcają. Możemy szukać jakichś darczyńców. To jest naprawdę takie wieczne zebranie. Z drugiej strony, możemy zaproponować działania, które są w środowisku – blisko ludzi, w konkretnej dzielnicy i bez konieczności jechania do odległej placówki ochrony zdrowia psychicznego. O różnych inicjatywach trzeba się

dowiadywać pocztą pantoflową albo zobaczyć przypadkiem plakat. Chciałabym, żeby był dobrze skoordynowany ośrodek krajowy, gdzie można byłoby się w jednym miejscu zorientować i sprawdzić np. jakie grupy działają w mojej okolicy. Chciałabym też, żeby fundacje mogły wzajemnie się wspierać, wymieniać, robić coś wspólnie, wiedzieć o sobie. Kiedyś zrobiłam listę organizacji pozarządowych pomagających w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Byłam zdziwiona, że jest ich aż tyle. Niektóre działają w uśpieniu. Albo działają w sposób, który jest nieadekwatny do potrzeb.

■ ***Jakby miała Pani stworzyć taki idealny model ochrony zdrowia, to jak on by wyglądał?***



Przede wszystkim rozwinęłabym centra zdrowia psychicznego, aby powstawały wszędzie. Druga rzecz to szkolenie kadr i wymyślenie, jak zatrzymać osobę w systemie, żeby ona nie odchodziła do sektora prywatnego. Można to zrobić, zapewniając jej odpowiednie zarobki, ale też odpowiednie warunki pracy. Tak aby też wspierano tych ludzi, którzy pomagają. No i wprowadzenie drugiego i trzeciego poziomu referencyjnego, tak jak to było zaplanowane. Rozwijanie opieki specjalistycznej i ośrodków akademickich. Po prostu kontynuowałabym obecną reformę.



133 złote i 28 groszy

tyle wynosiła średnia wartość refundacji sesji psychoterapii finansowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2023 roku zgodnie z [danymi udostępnianymi przez portal eZdrowie](#). Dla konsultacji psychologicznych średnia kwota refundacji wyniosła 96 złotych i 84 grosze, a dla konsultacji psychiatrycznej – 69 złotych i 50 groszy. Wartości te są znacznie niższe niż wycena analogicznych świadczeń w sektorze prywatnym. Jednocześnie trzeba pamiętać, że kwota refundacji nie trafia bezpośrednio do psychologów czy psychiatrów, lecz jest przekazywana placówkom medycznym realizującym świadczenia. Musi zatem pokryć nie tylko wynagrodzenia personelu, ale także koszty wynajmu lub utrzymania lokalu, opłaty administracyjne oraz inne wydatki związane z prowadzeniem działalności. Oczywiście, refundacja nie jest jedynym źródłem przychodu, ale taka wycena świadczeń wpływa na opłacalność prowadzenia działalności w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia przez placówki i jednocześnie ogranicza ich konkurencyjność jako pracodawców.

WM



dr

Joanna Gutral

Psycholożka, psychoterapeutka, psychoedukatorka.

Dydaktycznie i badawczo związana z Uniwersytetem SWPS w Warszawie. Prowadzi psychoterapię indywidualną osób dorosłych w podejściu poznawczo-behawioralnym (nr cert. PTPPB 896). Zajmuje się psychoedukacją opartą na metodach udowodnionych naukowo (EBM): prowadzi wykłady i warsztaty, a także wielokrotnie nagradzany podcast *Gutral Gada*. Autorka stałej rubryki *Gutral pyta* w magazynie Newsweek Psychologia.

■ **Co tzw. zwykli ludzie w Polsce wiedzą o zdrowiu psychicznym?**



Moim zdaniem wiedzą więcej niż kiedyś, ale nadal niewiele. Z jednej strony, spowszedniały już takie terminy jak depresja czy zaburzenia lękowe, ale z drugiej strony upowszechniają się takie popetykiety, pod którymi nie do końca wiadomo, co się kryje, np. toksyk czy narcyz. O ile w dużych miastach upowszechniło się już korzystanie z usług psychoterapeuty, o tyle w mniejszych miejscowościach nie dość, że dostępność tych usług jest mniejsza, to korzystanie z nich wciąż jest objęte tabu i stygmatyzowane. Moim zdaniem ludzie nie wiedzą też, że niewłaściwie dobrane oddziaływanie psychologiczne nie tylko nie pomaga, ale może wręcz zaszkodzić, a źle dobrana metoda może dać negatywne skutki. Mamy również do czynienia z całą masą metod, które nie mają żadnej naukowej skuteczności. Przez brak regulacji zawodu psychologa i psychoterapeuty coraz większą popularność zyskują oddziaływania psychowashingowe, czyli różnego rodzaju porady. Stanowią one potężny biznes działający na zasadach wolnego rynku, nie obowiązuje tutaj etyka świadczenia usług czy wykonywania zawodu. Z racji tego, że te działania nie są evidence-based practice, czyli nie mają potwierdzonej naukowo skuteczności, ludzie nie wiedzą, czy są naprawdę skuteczne, czy są bezpieczne, czy ich efekty utrzymują się w czasie. Nie wiedzą też, że takie oddziaływania mogą być szkodliwe. Moim zdaniem Polacy nie wiedzą, że są pewne wytyczne dotyczące tego, jaka metoda jest rekomendowana w danym przypadku. Zdarzają się osoby, które np. mają PTSD, spróbowały już wielu różnych magicznych procedur – okadzania szałwią itd. – a nigdy nie przeszły terapii metodą przedłużonej ekspozycji i nawet nie wiedzą, co to jest. Do mainstreamu nie przebijają się metody leczenia z wyboru. Dużo skuteczniejsze marketingowo są metody – nazwijmy to łagodnie – pozbawione jakiegokolwiek weryfikacji, często z pogranicza pseudonauki. Moim zdaniem Polacy wiedzą, że zdrowie psychiczne jest ważne, ale nie wiedzą, co z tą wiedzą dalej robić.

■ **Kontynuując ten wątek: czy Polacy wiedzą, jacy specjaliści zajmują się zdrowiem psychicznym?**



Myślę, że nie wiedzą, czym się różni psycholog od psychoterapeuty, od psychiatry czy od psychotraumatologa. Często zresztą zadają bardzo zasadne pytania: „do kogo się udać?”. W związku z tym, że tego nie wiedzą, nie wiedzą również, jak weryfikować kompetencje kogoś, do kogo trafiają. Ludzie nie wiedzą też, jak psychoterapia powinna wyglądać – że to jest usługa, która ma swoje ramy, która powinna zawierać kontrakt i która ma dawać poczucie bezpieczeństwa w postaci jakiejś miary skuteczności leczenia, kontrolowanej przez pacjenta. Czasami również nie wiedzą, że po jednej wizycie świat się nie zmieni, bo to nie jest żadna magia. Oczekiwania pacjentów, że po jednej wizycie wszystko się zmieni, są niemożliwe do spełnienia. Ale rozumiem, że w desperackiej próbie szukania pomocy pojawia się taka fantazja. To zresztą furtka dla psychowasherów – bo właśnie takie obietnice składają w swoich ofertach.

Sądzę także, że Polacy nie wiedzą do końca, jak wyglądają różne zaburzenia – np. depresja wciąż ma taki bardzo filmowy obraz ciężkiego epizodu, podczas którego nie jest się w stanie wstać z łóżka. Zapominają lub nie wiedzą o tym, że depresja może mieć również słabsze nasilenie, które i tak utrudnia funkcjonowanie, pomimo że dana osoba chodzi do pracy, pozornie wywiązuje się ze swoich obowiązków. Podobnie z napadami paniki, które wciąż kojarzą się przede wszystkim z zawąsem serca albo omdleniem na przystanku. A spektrum objawów jest bardzo szerokie – przez tę niewiedzę można ignorować niektóre mniej wyraziste, ale ważne objawy, które dają się skutecznie leczyć.

Jednocześnie myślę też, że mamy podział na bańkę dużych miast i pewnych środowisk, w których wyczulenie na jakikolwiek dyskomfort psychiczny popycha natychmiast do poszukiwania jakiejś metody, niekoniecznie evidence-based, oraz inne grupy, gdzie ta świadomość jest bardzo, bardzo niska. Myślę, że tutaj oscylujemy pomiędzy dwoma biegunami.

■ **Z czego ta różnica wynika Twoim zdaniem?**



Myślę, że w grę wchodzi większa świadomość, dostępność i społeczne uczenie się. Bo skoro wszyscy moi znajomi chodzą do psychoterapeuty, to ja również chodzę, a jak nikt z moich znajomych nie chodzi, to ja nie chodzę. W mniejszych miejscowościach wciąż jest to objęte tabu, a w dużych miastach ludzie nie mają problemu, aby rozmawiać o tym, że ktoś chodzi do psychoterapeuty. Niektórzy nawet się identyfikują czy utożsamiają ze swoim rozpoznaniem. Wpisuje się to w ich tożsamość. W większych miastach jest także większy dostęp nie tylko do psychoterapii, ale również do szeregu warsztatów i innych praktyk, które nieprofesjonalistom ciężko odróżnić od psychoterapii. Sądzę, że te niejasności – moim zdaniem wynikające z braku regulacji – sprawiają, że ludziom jest coraz trudniej rozpoznać, czym psychoterapia jest.

■ **Jak oceniasz obecny krajobraz medialny wokół zdrowia psychicznego?**



Internet daje nam dostęp do ludzi i głos. Natomiast social media nie powstały w celach edukacyjnych. My jako psychoedukatorzy – podobnie jak edukatorzy wszelkiej maści – jesteśmy na tej dyskotecce social mediów tymi, którzy podpierają ściany. Z jednej strony, żadna z funkcjonalności tych aplikacji nie sprzyja pełnej i wyczerpującej psychoedukacji: bo jak w pięciosekundowej rolce zrobić porządną psychoedukację? Z drugiej strony, czy ludzie woleliby słuchać o prawdopodobieństwie, diagnozie różnicowej, ryzyku powikłań, czy raczej woleliby usłyszeć, że jeśli jest im smutno, to niech sprawdzą te trzy praktyczne rozwiązania. Wiadomo, że – w dobie szybkich informacji i szybkiego ich przetwarzania – to właśnie takie treści będą dużo bardziej klikalne. Te, które próbują opisywać rzeczywistość w sposób pełny, bardziej skomplikowany, nigdy nie zdobędą tak szerokiej publikacji. Teraz dobrze widziane jest także przytaczanie, oddziaływanie efektem autorytetu badaczy – jeżeli powołujemy się na jakieś badanie, to nie można nam zarzucić, że jesteśmy nierzetelni czy niemerytoryczni. Istnieje jednak ogromna ilość materiałów, w których cytuje się badania, ale ich wyniki mają się nijak do faktycznej treści. Poza tym psychoterapeuta powie Ci, że psychoterapia to praca do wykonania i że to Ty wykonujesz jej najwięcej, że może być trudniej na jakimś etapie tej terapii, że „samo się nie zrobi”. A osoby promujące usługi psychowashingowe powiedzą Ci, że nie będzie Ci trudniej, będzie tylko lepiej, a jak kupisz sobie jakiś specyfik (to jest taki nowy trend), to on sprawi, że już od razu będzie fajnie.

■ ***Jako edukatorka i terapeutka chciałabym najbardziej, aby ludzie wiedzieli o...?***



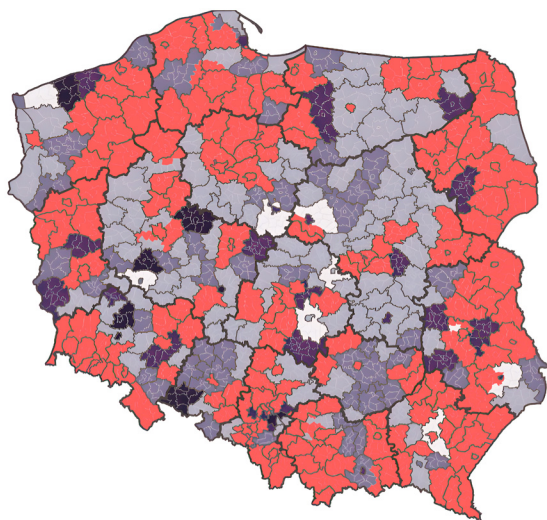
O tym, że zdrowie psychiczne jest tak samo ważne jak fizyczne, a brak leczenia może mieć poważne konsekwencje dla zdrowia somatycznego i relacji społecznych. O tym, że np. nieleczona depresja rodzica zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia depresji u dziecka. Nie tylko w związku z genetyką, ale ze specyfiką funkcjonowania poznawczego, a więc to jest w interesie Twoim i Twojej rodziny, by skorzystać ze skutecznej pomocy. Obniżona jakość życia może mieć negatywne skutki, którym możemy zapobiegać, więc dlaczego by tego nie robić. Chciałabym, żeby ludzie wiedzieli, iż obecny świat z różnymi swoimi wymaganiami jest sprzeczny z zasadami higienicznego stylu życia, być może kiedyś bardziej naturalnego. Było w nim więcej spontanicznej aktywności fizycznej, bardziej miarowy czas snu, lepsze odżywianie. Teraz – pomimo że świadomość rośnie – dbanie o to wymaga od nas czasu i innych zasobów. Kapitalizm zaś pcha nas w kierunku coraz większej ilości pracy i zobowiązań. Jeżeli my sobie nie zbudujemy tych zdrowych podstaw, nawyków, świadomości, jak to w ogóle działa, to z dużym prawdopodobieństwem polegniemy dużo szybciej niż ci, którzy sobie taką świadomość wyrobią.

■ ***A co powinniśmy wiedzieć o psychoterapii?***



Że psychoterapia jest pracą i jest na nią potrzebny czas. Że najwięcej dzieje się pomiędzy sesjami, a nie w trakcie sesji, i że bez zaangażowania pacjenta nic się nie wydarzy. Często pytam pacjentów, na kogo byliby źli, gdyby po złamaniu nogi poszli do fizjoterapeuty, fizjoterapeuta zaleciłby ćwiczenia, a oni by ich nie wykonywali i ich stan by się nie poprawiał: na fizjoterapeutę czy na siebie? Podobnie jest ze zdrowiem psychicznym – jeśli będziesz chodzić na terapię, ale bez zaangażowania, to psychoterapeuta nie zrobi tej roboty za Ciebie. Wiem, że ta wizja nie jest sexy, ale tak po prostu jest. Psychoterapia to empatyczna i empiryczna współpraca, w której specjalista świadczy usługi na rzecz pacjenta wedle swojej najlepszej wiedzy, korzystając z dobranych do problemu pacjenta technik o udowodnionej naukowo skuteczności, pacjent zaś angażując się w podążanie swoją – często niełatwą – drogą do zdrowia. Tylko wspólnymi siłami terapeuty i pacjenta można osiągnąć jego terapeutyczne cele.

Obszary odpowiedzialności Centrów Zdrowia Psychicznego oraz liczba podstawowych form leczenia psychiatrycznego w powiatach w 2023 roku



- Obszary odpowiedzialności aktualnie działających lub mających wkrótce powstać Centrów Zdrowia Psychicznego
- Powiat posiadający 4 formy leczenia: poradnia, ZLŚ, oddział dzienny, oddział szpitalny
- Powiat posiadający 3 formy leczenia z: poradnia, ZLŚ, oddział dzienny, oddział szpitalny
- Powiat posiadający 2 formy leczenia z: poradnia, ZLŚ, oddział dzienny, oddział szpitalny
- Powiat posiadający 1 formę leczenia: poradnia, ZLŚ, oddział dzienny, oddział szpitalny
- Powiat posiadający 0 form leczenia: poradnia, ZLŚ, oddział dzienny, oddział szpitalny


ZLŚ to Zespół Leczenia Środowiskowego (domowego)



Odległość gmin od najbliższej gminy, w której znajduje się poradnia, rok 2024

Odległość (km)





Dostępność usług z zakresu ochrony zdrowia jest zjawiskiem wielowymiarowym. Zależy m.in. od zasobów finansowych i kadrowych oraz od specyfiki lokalnej. Jak wygląda dostępność psychologów i psychiatrów pracujących w ramach państwowej służby zdrowia?

Zgodnie z informacjami zamieszczonymi na portalu [ŚwiatPrzychodni.pl](https://swiatprzychodni.pl), który pozwala wyszukiwać placówki publicznej służby zdrowia (NFZ) z najkrótszym czasem oczekiwania, mamy obecnie (pod koniec grudnia 2024 roku) 1386 placówki oferujące dostęp do psychologa. Średni czas oczekiwania dla ujętych w zestawieniu placówek to 128 dni, przy czym występuje tu ogromne zróżnicowanie pomiędzy województwami: najkrótszy jest w województwie świętokrzyskim (32 dni), najdłuższy – w województwie pomorskim (212 dni). W ocenie dostępności usług psychologicznych kluczowe znaczenie ma jednak perspektywa lokalna – do psychologa trudno jest podróżować regularnie na większą odległość – i to ona właśnie pokazuje poważne deficyty systemu. W wielu mniejszych i średnich miastach w Polsce minimalny czas oczekiwania na finansowaną ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia wizytę to nadal wiele tygodni, a bywa nawet, że wiele miesięcy.

Obserwujemy nieco dłuższe czasy oczekiwania na świadczenia psychiatryczne, choć układ wyników jest zbliżony. Obecnie działają w Polsce 938 placówki świadczące tego rodzaju usługi. Średni czas oczekiwania na wizytę to 152 dni, a różnice pomiędzy województwami sięgają od 35 (świętokrzyskie) do 305 dni (pomorskie).

Dwie mapy prezentowane obok doskonale ilustrują ogromne różnice w dostępności form opieki psychiatrycznej w Polsce. Na pierwszej z nich, obszary w kolorze różowym to zakresy odpowiedzialności Centrów Zdrowia Psychicznego. Kolory w pozostałej części mapy wskazują na liczbę dostępnych w poszczególnych powiatach podstawowych form leczenia.

“

Poza absolutną koniecznością wdrożenia edukacji psychologicznej, rozwiązaniem byłoby nadawanie do obywateli komunikatu, **że państwo w ogóle obchodzi kwestia zdrowia psychicznego.**



Marta Niedźwiecka

Psycholożka, propagatorka nauki.

Absolwentka SWPS w Warszawie, szkoli się w psychologii analitycznej w Polskim Towarzystwie Psychoanalizy Jungowskiej w Krakowie. Prowadzi podcast psychologiczny O Zmierzchu.

■ **Jak Pani ocenia stan wiedzy Polek i Polaków o zdrowiu psychicznym?**



Uważam, że jest ona relatywnie szeroka. Od kiedy zaczęłam działalność psychoedukacyjną, czyli od 2010 roku, obserwuję ogromną zmianę, przebijanie się do powszechnej świadomości spraw związanych ze zdrowiem psychicznym. Jednocześnie jest to jednak świadomość płytka i wrywkowa. Często uzyskana na podstawie impulsywnego poszukiwania informacji, gdy pojawił się jakiś problem. Ludzie są już świadomi, że mają psychikę. Ale wiedza, czym ona jest, jak działa, jak szukać specjalistów, co jest prawdą, a co fałszem na jej temat – to są sprawy, z którymi dalej jest kłopot. Dominuje szukanie prostych odpowiedzi na złożone problemy osobiste za pośrednictwem social mediów. Na przykład: mam problem w związku, więc sprawdzę, co mówi na ten temat Instagram. Na pewno zwiększa się potrzeba pomocy, natomiast korzystanie z niej jest doświadczeniem bardzo klasowym, zależnym od stanu finansów i świadomości, że są dostępne zróżnicowane formy tej pomocy.

■ **Czy to nie brzmi jak dobra wiadomość o dostępności ochrony zdrowia psychicznego?**



Dostępność w ramach NFZ to jest mrzonka. Dostępność szpitali i pomocy ambulatoryjnej, pomocy podtrzymującej czy doraźnej interwencji, to też jest bardzo trudny temat. Potrzebujący pomocy zazwyczaj dowiadują się o tym, gdzie jej szukać od innych osób prywatnych. Ludzie najczęściej, niestety, korzystają z usług psychoterapeutów, psychologów czy psychiatrów w momencie kryzysu. Prewencja nie istnieje, więc w momencie kryzysu poszukiwanie pomocy polega na sięganiu po najprostsze znane rozwiązania – to, co podpowiada nam Internet albo znajomi. Nie ma żadnego państwowego bytu, który byłby adresatem takich pytań. Mamy do czynienia z nieobecnością państwa w tej sferze. Z jednej strony, bardzo trudno dostać się do psychiatry czy do dobrego specjalisty, mieszkając w małej miejscowości, w dużej też bywa to nie proste. Z drugiej zaś, osoby nie szukają zazwyczaj pomocy poza sektorem prywatnym, bo nie ufają opiece państwowej w tym zakresie. Często słyszę, że gdy trzeba iść do psychoterapeuty, to tylko prywatnie. To jest moim zdaniem niezwykle niebezpieczne, bo komercjalizacja – taka stuprocentowa – oznacza też zawłaszczenie pewnych

treści i ich merkantylizację. Psychologię i psychoterapię, jak każdą naukę, można wykorzystywać w określonym celu, którym nie jest dobro pacjenta. Dlatego bardzo ważne jest, kto ich używa, a nie tylko sam fakt ich wykorzystania. Trend pełnej komercjalizacji usług związanych ze zdrowiem psychicznym wydaje mi się niezwykle niepokojący. Zarówno ze względu na dostępność – to nie powinna być wyłącznie usługa dla bogatej klasy średniej i wyższej, ale też ze względu na pewien rodzaj narracji naszego państwa, która dotyczy tego, o co się w nim troszczymy, a o co nie.

■ ***Co Pani zdaniem wpływa na ten brak zaufania do państwa w sprawach dotyczących ochrony zdrowia psychicznego?***



Państwo o tym w ogóle nie mówi. Mówi o problemach związanych z medycyną ciała, które są obecne w debacie publicznej choćby pod postacią zaostrzenia praw reprodukcyjnych. Niespecjalnie natomiast widać, aby ktokolwiek się interesował zdrowiem psychicznym. Brzydko mówiąc – nie ma do kogo pójść. Zdrowie psychiczne stało się domeną osób, które wypowiadają się w Internecie. To trochę jak z usługami funeralnymi. Ich powiązanie z Kościołem jest tak głębokie, że większość osób, które być może nawet rozważyłyby pochówek cywilny, nie ma wiedzy, że coś takiego istnieje. Ścieżka jest wydeptana i nikt się nie zastanawia – szczególnie w momencie poważnego kryzysu po odejściu kogoś bliskiego – jak zrobić to inaczej. Jeżeli państwo nie jest powiązane z myśleniem o zdrowiu psychicznym obywateli, to nikt państwa o to nie pyta i nikt go z tego nie rozlicza. Tematu zdrowia psychicznego nie ma też w edukacji powszechnej.

■ ***Jak Pani zdaniem ta edukacja powinna wyglądać?***



Rozwiązaniem byłaby porządna edukacja psychoseksuologiczna, rozpoczynająca się na wczesnych etapach edukacji dziecka – już w przedszkolu, kiedy to np. uczymy nazywania części ciała i przy okazji możemy uczyć określania emocji, np.: „Małgosiu, Ty jesteś rozzłoszczona”, „Jasiu, Ty jesteś smutny”. Nazywamy emocje, mapujemy potrzeby. Uczymy podstaw komunikacyjnych, których dzieci mogą nie wynosić z domu, bo po prostu nie mają od kogo tego się uczyć. Potem tę edukację, która powinna trwać aż do adolescencji, dostosowujemy do zmieniających się potrzeb

i rzeczywistości w taki sposób, aby przekazać przynajmniej to, co wiemy z psychologii rozwojowej i psychologii emocji. Czyli wiedzę, która jest potrzebna każdemu do bezpiecznego przetrwania. Ważne jest też, aby wyrobić nawyk i świadomość tego, w jakich momentach z jakiej pomocy korzystać, a także dać zupełnie podstawowe narzędzia: myślę tu o regulacji emocji, narzędziach do radzenia sobie ze stresem, do rozwiązywania konfliktów, do budowania współpracy. Dodanie do tego trochę więcej wiedzy o relacjach czy więcej wiedzy o psychologii społecznej pozwoliłoby, być może, zrozumieć ludziom trudne sytuacje i siebie w nich.

■ **Co byłoby najważniejsze w tej edukacji?**



Podstawą jest fundamentalna wiedza o funkcjonowaniu w świecie społecznym i w relacjach oraz umiejętność regulacji emocji, pracy ze stresem, prewencji ryzykownych zachowań związanych z seksualnością, używkami czy social mediami. Oczywiście, to nie załatwia wszystkiego, ale na podstawowym poziomie pozwala wystarczająco dobrze funkcjonować młodym osobom. Potem mogą one – już jako dorosłe osoby – same sięgać po, chociażby, książki czy podcasty, żeby próbować sobie samodzielnie radzić z codziennymi trudnościami. Jednym z doświadczeń osoby w kryzysie psychicznym w Polsce jest izolacja i osamotnienie, czyli takie odczucie, że zostało się z czymś bardzo trudnym i bardzo nienamacalnym. O chorobach fizycznych, układowych można komuś opowiedzieć. Można pójść do internisty i powiedzieć – tu mnie boli. A osoba, która jest w kryzysie psychicznym, przeciętny Kowalski czy Kowalska, bardzo często ma nawet problem ze zidentyfikowaniem tego, że doświadcza symptomów, które coś oznaczają. Przypominam sobie liczne wiadomości, w których ludzie opisywali mi sytuacje niezwykle krytyczne, ale takim swobodnym, kolokwialnym językiem, nie rozumiejąc, że na przykład bezsenność, anhedonia [nieodczuwanie radości], brak łaknienia i tak dalej, składają się na obraz depresji. Dla nich nie były to rzeczy, które w jakikolwiek sposób się łączyły.

■ **Jakie zmiany systemowe można by wprowadzić, aby poprawić tę sytuację?**



Poza absolutną koniecznością wdrożenia edukacji psychologicznej, rozwiązaniem byłoby nadawanie do obywateli komunikatu, że państwo w ogóle obchodzi kwestia zdrowia psychicznego. Żyjemy w świecie i w czasach, które zdrowiu psychicznemu nie sprzyjają. Popularne są raczej przekazy niszczące to zdrowie, np. o przepracowaniu w dążeniu do sukcesu. Doprowadziliśmy – w środkach masowego przekazu, ale też w dyskursie publicznym – do sytuacji, w której mówimy tylko o PKB i o zysku, a różne prominentne osoby mówią o pracy 14 godzin na dobę jako o czymś pożądanym. Nie zauważamy kosztów społecznych ani jednostkowych problemów. Nagłaśniane są raczej sposoby życia, pracy i zarządzania zasobami osobistymi, o których my jako psychologowie wiemy, że są niszczące i sprzyjają występowaniu zaburzeń. Jeżeli troska o zdrowie fizyczne i psychiczne stanie się wartością w obiegu publicznym, to ludzie zaczną inaczej myśleć o swoich ciałach i o swojej psychice.

■ **Kilkukrotnie pojawiał się w naszej rozmowie wątek edukacji psychologicznej w social mediach. Jak wygląda ta kwestia?**



Jest podzielona na formy uprawomocnionej interwencji czy edukacji psychologicznej i formy nieuprawomocnione, które – dzięki algorytmom – mogą dotrzeć do bardzo konkretnej grupy odbiorców. Możemy stworzyć przekaz celowany dla trzydziestoletniego mężczyzny głoszącego na konkretną partię polityczną, chodzącego codziennie na siłownię i podporządkowanego obsesji samodoskonalenia. W związku z tym ta treść jest specjalnie sformatowana: nie jest obiektywna, ale podporządkowana realnym potrzebom tej grupy. Na przykład: mówimy, jak podtrzymywać procesy motywacyjne w zakresie codziennego ćwiczenia, a nie mówimy, że jednocześnie z aktywnością fizyczną dorosła osoba musi umieć się regulować emocjonalnie. Wiedza psychologiczna jest zdeformowana w zależności od tego, kto mówi i do kogo, oraz naginana do celów, nie tylko finansowych, ale np. ideologicznych. Mamy do czynienia nie tylko z wysypem treści psychologicznych niepopartych wiedzą i doświadczeniem, ale też z pewnym zawłaszczaniem języka, z manipulacją treścią – osoba niewykształcona specjalistycznie nie będzie wiedziała, jak odróżnić przekaz merytoryczny od niemerytorycznego.

■ ***Jak można nad tym zapanować?***



Myślę, że konieczne jest wprowadzenie regulacji dotyczących oznaczania treści. Rozwiązań prawnych wymuszających to, że każdy, kto wypowiada się w sieci, musi w jakiś sposób udokumentować, czy jest przygotowany do tego, aby propagować treści psychologiczne i psychoterapeutyczne. Analogicznie jak osoba bez odpowiedniego przygotowania i edukacji nie może udzielać w Internecie porad medycznych. Musi być jasne, czy ktoś dysponuje bazowym wykształceniem, żeby się wypowiadać. Nie zmusimy wszystkich obywateli do korzystania z licencjonowanych psychologów czy psychoterapeutów, ale jeśli będą korzystać z porad osób do tego nieprzygotowanych, zrobią to na własne ryzyko. Dużym zagrożeniem jest fakt, że te nieuprawnione treści są szczególnie często związane z obszarami wrażliwymi – dotyczącymi seksualności, traumy. A jednocześnie często promują doraźne rozwiązania, drogi na skróty. To jest kultura instant, która udziela prostych odpowiedzi na bardzo skomplikowane pytania. Oczywiście, nie idealizowałabym też tych treści, które są tworzone przez osoby wykształcone, ponieważ samo medium, jakim są socjale, determinuje sposób komunikowania danych. Są one fragmentaryczne, szczątkowe, nie można ich połączyć w spójny system budujący u odbiorców samoświadomość.

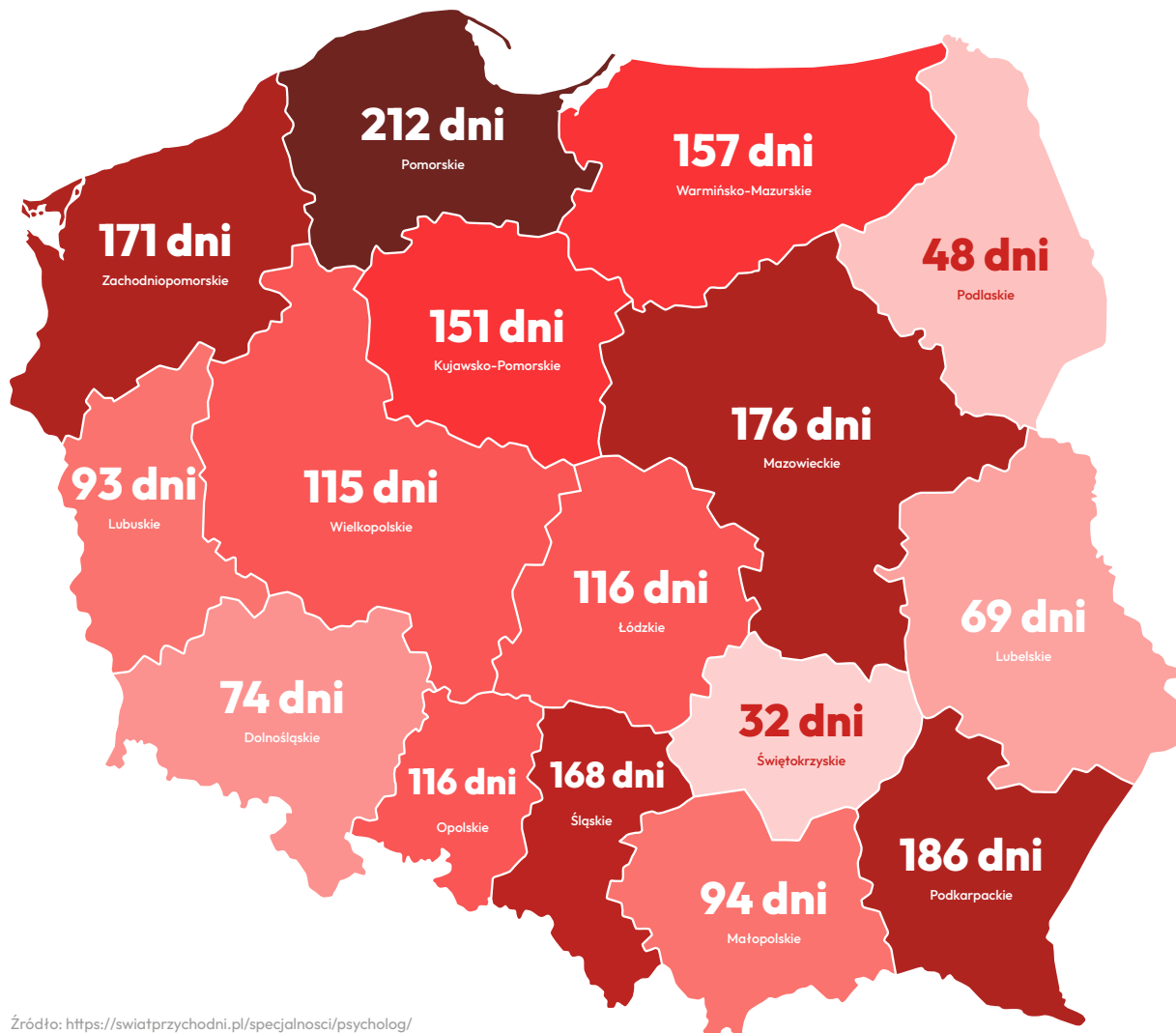
■ ***A co wobec tego powinniśmy wiedzieć o zdrowiu psychicznym tak naprawdę?***



Powinniśmy wiedzieć, że mamy psychikę – że ona może chorować, tak jak wszystko inne, ale że można o nią dbać. Powinniśmy pamiętać, że rzeczywistość, w której żyjemy, nie przypomina tego, w co chcielibyśmy wierzyć – jest pełna cierpienia, deficytów, trudności, a przygotowanie się do tego należy do obowiązków dojrzałej psychicznie osoby. I że większość rzeczy, które opowiada się nam na temat tak zwanego szczęścia i dobrego życia, to nieprawda. A jednocześnie – że możemy coś z tym wszystkim zrobić. Nawet COVID jakoś przeszliśmy, więc wierzę, że kryzys zdrowia psychicznego też się da opanować.


Dostępność usług psychologicznych finansowanych przez NFZ w Polsce

– średni czas oczekiwania na wizytę w grudniu 2024



Źródło: <https://swiatprzychodni.pl/specjalnosci/psycholog/>

W Polsce w grudniu 2024 roku działało **1 386** placówek oferujących finansowane przez NFZ wizyty u psychologa. Średni czas oczekiwania to **128 dni**. W województwie z najkrótszym czasem oczekiwania średnio czeka się **32 dni**, a w rejonie z najdłuższymi kolejkami jest to **212 dni**.



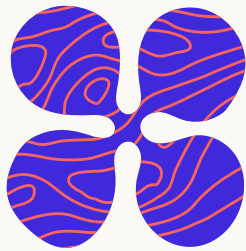
Raport ten stanowi złożoną mozaikę danych, analiz i głosów ekspertów, ukazujących stan ochrony zdrowia psychicznego w Polsce oraz związane z nim wyzwania.

Kluczowe wnioski podkreślają konieczność inwestowania w rozwój systemu ochrony zdrowia psychicznego, zwiększania dostępności usług psychoterapeutycznych oraz wspierania profilaktyki i edukacji psychologicznej.

Współczesne wyzwania wymagają podejścia systemowego, obejmującego efektywne finansowanie, rozwój kadr oraz zapewnienie równego dostępu do pomocy. Istotne jest, aby wsparcie psychoterapeutyczne i psychiatryczne opierało się na dowodach naukowych, a polityki publiczne były budowane na solidnych podstawach merytorycznych i z uwzględnieniem głosów badaczy, praktyków i samych pacjentów.

Wierzymy, że raport stanie się elementem społecznego dialogu i przyczyni się do podjęcia konkretnych działań na rzecz poprawy jakości życia obywateli. Tylko wspólnie, poprzez współpracę instytucji państwowych, nauki i organizacji społecznych, możemy stworzyć bardziej sprawiedliwy i skuteczny system ochrony zdrowia psychicznego. Działania podejmowane w tej sferze są inwestycją w przyszłość nas wszystkich.



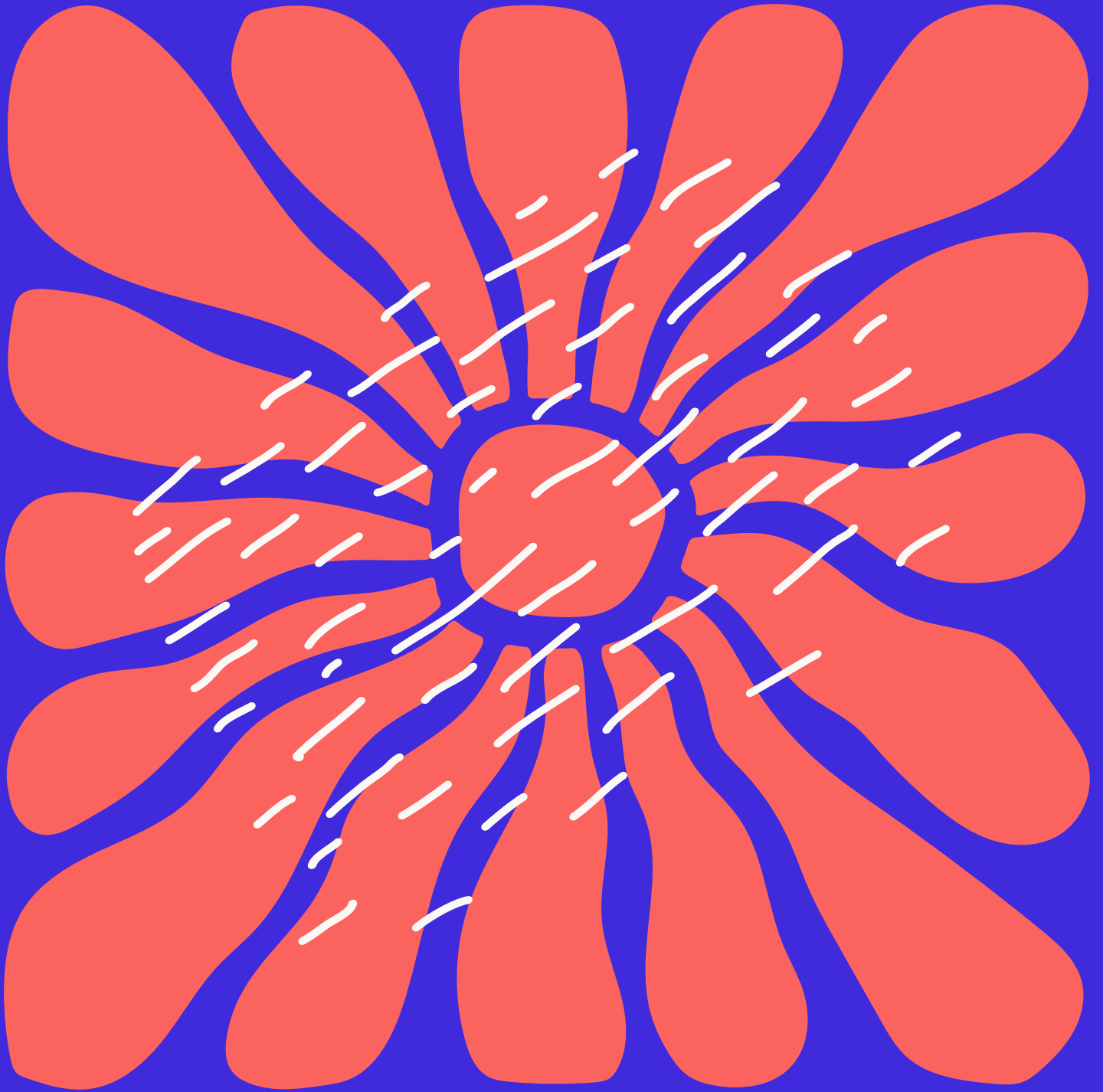


Koncepcja raportu, realizacja wywiadów,
opracowanie danych i wniosków

Katarzyna Kulwicka, Uniwersytet SWPS
dr Maksymilian Bielecki, Uniwersytet SWPS

Layout oraz skład graficzny

Mikołaj Ławnicki, MICU Studio



FUNDACJA
Pomagam.pl



Uniwersytet
SWPS