

Funkcjonowanie Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP) w Polsce w czasie pandemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2

Operation of Mental Health Centres (CZP) in Poland during the SARS-CoV-2 pandemic

Mira Lisiecka-Biełanowicz¹, Bartłomiej Molenda², Daria Biechowska³

¹ Zakład Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych, Alergologii i Immunologii,
Katedra Zdrowia Publicznego i Środowiskowego, Wydział Nauki o Zdrowiu,
Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Zakład Zdrowia Publicznego, Instytut Psychiatrii i Neurologii

³ Wydział Psychologii w Sopocie, Uniwersytet SWPS

Summary

The paper concerns the community-based model of psychiatric care implemented within the pilot programme in Mental Health Centres (CZP) during the SARS-CoV-2 pandemic.

The aim of the study is to characterise the changes in the operation of Mental Health Centres (CZPs) in Poland during the COVID-19 pandemic. The change in the concept of psychiatric care and the shift towards a community-based model within CZPs meant, among other things, that providers did not have to present and implement strictly defined schedules, which made it possible to respond to the current needs of patients and made it possible to adapt the conditions and ways of providing psychiatric care in Poland during the pandemic.

On the basis of the experience during the pandemic, recommendations were made to improve the organisation of CZPs in Poland.

Słowa kluczowe: pandemia SARS-CoV-2, Centrum Zdrowia Psychicznego

Key words: SARS-CoV-2 pandemic, mental health centres

Wprowadzenie

Zdrowie psychiczne, w tym zaburzenia i choroby psychiczne, oraz ochrona zdrowia psychicznego to obszary życia społecznego i działalności publicznej, w których zakresie funkcjonuje wiele uprzedzeń oraz barier [1]. W Polsce od wielu lat nie wprowadzano na tak szeroką skalę zmian zmierzających do poprawy istniejącego systemu

psychiatrycznej opieki zdrowotnej, jak dzieje się to obecnie [2]. Program pilotażowy realizowany w Centrach Zdrowia Psychicznego (CZP) jest próbą przetestowania środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej w polskim systemie ochrony zdrowia. W założeniach pilotaż ma na celu sprawdzenie, czy opieka środowiskowa wpłynie na:

- funkcjonowanie systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej,
- efektywność kosztową, jakość oraz dostępność świadczeń,
- strukturę rozpoznań psychiatrycznych,
- zmniejszenie problemów zdrowia publicznego, m.in. liczby samobójstw,
- poprawę dostępności do opieki dla osób w kryzysie psychicznym.

Model środowiskowy sprzyja uzyskiwaniu lepszych wyników w procesie zdrowienia, stymuluje powrót osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego i ich rodzin do uczestnictwa w życiu społecznym oraz przeciwdziała zjawisku stygmatyzacji [3, 4]. Odchodzenie od modelu leczenia zamkniętego opartego na dużych szpitalach psychiatrycznych i deinstytucjonalizacja opieki psychiatrycznej to kierunki zmian postulowane przez międzynarodowe organizacje kreuące politykę zdrowotną na podstawie wiedzy naukowej [5, 6].

Środowiskowy model opieki psychiatrycznej zakłada współpracę CZP z lokalną administracją samorządową. CZP jest prowadzone w ramach podmiotu leczniczego, którego zadaniem jest zapewnienie kompleksowej opieki zdrowotnej nad osobami z zaburzeniami psychicznymi powyżej 18. r.ż. na określonym obszarze. Na realizację tego zadania podmiot prowadzący CZP otrzymuje ryczałt na populację będący iloczynem stawki na mieszkańca oraz liczby dorosłych mieszkańców na obszarze, na którym ten podmiot jest odpowiedzialny za realizację opieki psychiatrycznej. Środki otrzymane przez podmiot prowadzący CZP mogą być przeznaczone wyłącznie na pokrycie bieżących kosztów funkcjonowania CZP związanych z udzielaniem świadczeń opieki psychiatrycznej na rzecz populacji objętej pilotażem oraz zapewnianiem gotowości ich udzielania na rzecz tej populacji. W każdym CZP w ramach poradni zdrowia psychicznego funkcjonuje Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny (PZK), do którego zadań należy m.in.: udzielanie informacji o zakresie działania centrum i możliwości uzyskania świadczeń zdrowotnych, przeprowadzenie wstępnej oceny potrzeb, uzgodnienie wstępnego planu postępowania, uzgodnienie terminu przyjęcia i wskazanie miejsca uzyskania niezbędnego świadczenia psychiatrycznego i pomocy społecznej, udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej [5].

W dniu 27 kwietnia 2018 roku minister zdrowia wydał rozporządzenie [7] w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia; program obejmuje okres od 1 lipca 2018 do 31 grudnia 2022 roku [8]. Umowy na realizację pilotażu były zawierane przez podmioty lecznicze od 1 lipca 2018 do 1 grudnia 2018 roku, w związku z tym duża część podmiotów testowała projekt w 2019 roku. Ten czas pozwolił na przeorganizowanie pracy i skupienie się na rozszerzaniu opieki środowiskowej dla objętych programem populacji, był jednak za krótki, aby w pełni wdrożyć model opieki środowiskowej.

Koncepcja zmiany modelu opieki psychiatrycznej, czyli przejście do modelu środowiskowego (w tym: elastyczne dostosowywanie koncepcji tego modelu opieki

psychiatrycznej wraz ze zmieniającymi się warunkami w czasie pandemii) oraz brak konieczności przedstawiania i realizacji ściśle określonych harmonogramów przez świadczeniodawców, pozwala odpowiedzieć na potrzeby pacjentów oraz umożliwia dostosowanie warunków i sposobów udzielania świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej.

Świadczenia zdrowotne w zakresie opieki psychiatrycznej w ramach CZP w Polsce udzielane są w następujących warunkach:

- (1) stacjonarnych:
 - (a) psychiatrycznych,
 - (b) w miejscu udzielania pomocy doraźnej (tj. w przypadku stanów nagłych i pilnych np. izba przyjęć psychiatryczna albo dział przyjęć przy oddziale psychiatrycznym w szpitalu ogólnym);
- (2) dziennych psychiatrycznych;
- (3) ambulatoryjnych – psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego) [9].

Podczas testowania środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej w ramach CZP realizatorzy dostosowywali rozwiązania do innowacji wynikających z założeń projektu. Czas przeznaczony na przeprowadzenie reformy opieki psychiatrycznej okazał się jednak niewystarczający, a początek pandemii COVID-19 ujawnił szereg problemów systemowych i organizacyjnych [10–12].

Celem artykułu jest charakterystyka zmian w funkcjonowaniu CZP w Polsce w okresie pandemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2.

Material i metoda

Doświadczenia z 2019 roku pokazują, że tam, gdzie CZP rozpoczęły swoją działalność, zyskały uznanie oraz wsparcie ze strony władz samorządowych. W części obszarów objętych programem pilotażowym w ramach CZP funkcjonuje dobrze pojęta współpraca między podmiotem prowadzącym a np. Ośrodkami Pomocy Społecznej (OPS) czy podstawową opieką zdrowotną (POZ) – poradniami. Wymienione instytucje mogą dzięki temu stwarzać lepsze warunki opieki dla populacji na danym terenie. CZP może wspierać OPS i POZ w szczególnie trudnej pracy w wypadku opieki nad osobami z zaburzeniami i chorobami psychicznymi, natomiast OPS i POZ mogą wspomagać lub pośredniczyć w pomocy przy budowaniu sieci wsparcia oraz dotarciu do tych pacjentów, którzy z racji wykluczenia społecznego [13, 14] bez takich działań nie skorzystaliby z usług oferowanych w ramach CZP.

Komunikat Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 marca 2020 roku¹ dotyczący realizacji i rozliczania świadczeń w rodzaju opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 wskazuje na możliwość wykonywania i rozliczania porad lekarskich,

¹ <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-dla-swiadczeniodawcow,7643.html> (dostęp: 5.05.2023).

realizowanych w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju „opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień” oraz „program pilotażowy w centrach zdrowia psychicznego”, z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności². Przedstawione w artykule dane zostały opracowane na podstawie informacji zbieranych przez Biuro do spraw pilotażu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) w kwietniu 2020 roku od realizatorów programu pilotażowego w CZP.

Biuro do spraw pilotażu NPOZP 5 kwietnia 2020 roku wystąpiło do kierowników i koordynatorów 35 centrów (29 funkcjonujących i 6 planujących rozpoczęcie działalności) o przedstawienie obecnej sytuacji w placówkach i lokalnej opiece psychiatrycznej, występujących problemach i sposobach ich rozwiązywania oraz informacji, jak sprawdza się model CZP i PZK w warunkach pandemii. Pytania miały charakter otwarty. Otrzymane informacje pozwoliły na opracowanie ogólnej oceny sytuacji w CZP, a także na identyfikację problemów wymagających podjęcia działań na poziomie centralnym. Wyniki podzielono na 6 kategorii:

- (1) informacje ogólne (w tym o oddziałach dziennych i PZK);
- (2) świadczenia stacjonarne;
- (3) świadczenia ambulatoryjne i środowiskowe;
- (4) problemy i inne informacje związane z epidemią;
- (5) postulaty i oczekiwania podmiotu;
- (6) decyzje wojewody nakładające obowiązki w związku z epidemią.

Odpowiedzi przesłane przez CZP w podziale na województwa obrazuje zamieszczona niżej tabela. Odpowiedzi przesłały 33 podmioty, w tym 6 placówek, które planowały rozpoczęcie działalności i nie miały wcześniejszych doświadczeń w realizacji zadań wynikających z rozporządzenia w sprawie programu pilotażowego w CZP.

Tabela. Liczba przesłanych odpowiedzi CZP w podziale na województwa

Lp.	Nazwa województwa	Liczba przesłanych odpowiedzi
1	dolnośląskie	2
2	kujawsko-pomorskie	1
3	lubelskie	2
4	lubuskie	1
5	łódzkie	3
6	małopolskie	4
7	mazowieckie	4
8	opolskie	0
9	podkarpackie	2

² Podmioty korzystały z ogólnodostępnych form komunikacji, tj. rozmów telefonicznych z pacjentami, korespondencji e-mail, komunikatorów i platform umożliwiających połączenia audio i wideo (np. Microsoft Teams, Zoom i Google Meet, WhatsApp, Signal, Facebook Messenger).

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

10	podlaskie	4
11	pomorskie	2
12	śląskie	2
13	świętokrzyskie	2
14	warmińsko-mazurskie	2
15	wielkopolskie	1
16	zachodniopomorskie	1

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych zebranych przez Biuro do spraw pilotażu w ramach monitorowania ciągłości CZP.

Liczba przesłanych odpowiedzi jest ściśle związana z liczbą funkcjonujących CZP na terenie kraju. Najwięcej odpowiedzi uzyskano z województw: małopolskiego, mazowieckiego i podlaskiego (4 odpowiedzi z każdego z województw). Trzy odpowiedzi zostały przesłane z województwa łódzkiego. Z województw: dolnośląskiego, lubelskiego, podkarpackiego, pomorskiego, śląskiego, świętokrzyskiego, warmińsko-mazurskiego do Biura do spraw pilotażu zostały przesłane dwie odpowiedzi. Po jednej odpowiedzi przesłały województwa: lubuskie, kujawsko-pomorskie, wielkopolskie i zachodniopomorskie. Z województwa opolskiego nie uzyskano żadnej odpowiedzi, ponieważ na jego terenie nie funkcjonowało CZP.

Wyniki

Z zebranych informacji wynika, że wojewodowie nakładający obowiązki związane z epidemią na oddziały psychiatryczne wchodzące w skład CZP (m.in. wchodzące w skład szpitali zakaźnych jednoimiennych) nie wskazali jednocześnie innych oddziałów psychiatrycznych, które przejęłyby dotychczasowe zadania oddziałów epidemicznych. Spowodowało to lokalne trudności w koordynacji opieki psychiatrycznej. CZP wprowadzały zmiany organizacyjne związane z epidemią w zależności od lokalnych uwarunkowań. W kilku podmiotach wprowadzono zasadę funkcjonowania w dwóch lub trzech stałych, odrębnych zespołach, wymieniających się zadaniami naprzemiennie. W wielu CZP wdrożono bezpieczne procedury przyjęcia pacjentów w wypadku konieczności osobistego kontaktu i przeszkolono pracowników. W niektórych zdecydowano się w tym celu na reorganizację pomieszczenia lub przebudowę.³

Zgłoszone postulaty i propozycje zebrane z CZP w czasie pandemii obejmują następujące działania, które według respondentów powinny zostać podjęte w czasie zagrożenia oraz po okresie zagrożenia zarażeniem wirusem SARS-CoV-2 w Polsce:

- możliwość bieżącego zaopatrzenia w środki ochrony osobistej;
- konsultowanie decyzji wojewodów w sprawie opieki psychiatrycznej z konsultantami wojewódzkimi i zainteresowanymi placówkami;

³ Informacje pochodzą z notatki sporządzonej przez Biuro do spraw pilotażu dla Ministerstwa Zdrowia.

- wprowadzenie rozwiązań (na poziomie województwa) ustalających zasady zapewnienia opieki stacjonarnej dla mieszkańców obszaru działania CZP, jeśli oddział psychiatryczny CZP został przekształcony w oddział „epidemiczny” dla mieszkańców województwa;
- opracowanie krajowych wytycznych dotyczących porad/wizyt domowych/środowiskowych w warunkach epidemii;
- opracowanie krajowych wytycznych dotyczących funkcjonowania oddziałów psychiatrycznych „epidemicznych” (w szczególności w szpitalach jednoimiennych) i oddziałów psychiatrycznych ogólnych w szpitalach specjalistycznych nie przekształconych w szpitale jednoimienne;
- ujednoczenie procedur zapewniających bezpieczeństwo personelu w placówkach opieki psychiatrycznej oraz wykonywanie testów diagnostycznych u pacjentów i personelu jednostek opieki stacjonarnej, w tym izb przyjęć;
- zniesienie skierowań do psychologa i tym samym zwiększenie dostępu do usług w zakresie zapewnienia zdrowia psychicznego.

Podsumowując wyniki badania, można stwierdzić, że w pierwszej fazie pandemii uwaga została skierowana tylko na rejestrację i obserwację trendów nowych przypadków COVID-19. Faza druga pandemii natomiast to szereg działań przygotowawczych, w tym reorganizacja systemów pod kątem leczenia pacjentów „dodatnich”, czyli między innymi wydzielanie specjalnych stref dla osób, u których stwierdzono koronawirusa. W kilku raportach z działalności CZP w czasie pandemii zbieranych przez Biuro do spraw pilotażu NPOZP wspomniano o przeorganizowaniu systemu przyjmowania pacjentów do oddziałów psychiatrycznych z odrębną ścieżką dla osób z podejrzeniem zakażenia i zapewnieniem stosownych form izolacji w oddziale i poza oddziałami w szpitalach jednoimiennych. Faza trzecia to ten etap pandemii, który według założeń powinien być ukierunkowany na kompleksowe leczenie pacjentów oraz rekoordynację całego systemu leczenia pacjentów z chorobami psychicznymi, niepodjętymi do zarażenia koronawirusem, w ramach CZP.

W czasie pandemii podmioty realizujące program pilotażowy, czekając na wytyczne i stanowiska MZ, NFZ i Państwowej Inspekcji Sanitarnej, działały na podstawie umiejętności i doświadczeń lekarzy oraz sytuacji klinicznej (brakowało bowiem wiarygodnych danych z badań naukowych), stąd tylko część z postulowanych i zgłaszanych problemów rozwiązano w sposób systemowy.

Doświadczenia z okresu pandemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2 wskazują, że ważne jest, aby w ramach organizacji pracy CZP w Polsce⁴:

- pacjenci wiedzieli, gdzie i jak mogą zgłaszać się ze swoimi dolegliwościami: we wszystkich CZP obecnie kontynuowana jest praca PZK, które realizują rodzaj łatwo dostępnej pomocy, szczególnie oczekiwany w warunkach epidemii, szybko dostarczając podstawowych informacji, a tym samym eliminując

⁴ Opracowano na podstawie danych zebranych przez Biuro do spraw pilotażu w ramach monitorowania ciągłości CZP.

bezradność oraz niepewność i lęk o siebie lub bliskich. PZK w krótkim czasie wykształciły zasady wykorzystania systemów teleinformatycznych do informowania, oferowania wstępnego wsparcia i koordynowania dalszej pomocy z zachowaniem możliwości bezpośredniego kontaktu w przypadkach nagłych lub w razie niemożności posłużenia się zdalnymi formami kontaktu;

- wdrożono nowe procedury organizacji pracy w wybranych formach opieki psychiatrycznej, w tym:
 - w oddziałach całodobowych, m.in. przez organizację odrębnych pomieszczeń lub części oddziałów, w których przebywali pacjenci z COVID lub podejrzeniem zakażenia koronawirusem (od czasu przyjęcia do otrzymania wyniku testu w kierunku SARS-CoV-2),
 - w oddziałach dziennych, w których w czasie pandemii we wszystkich CZP zgodnie z zaleceniem NFZ została tymczasowo zawieszona działalność. Pacjentom tych oddziałów w większości zapewniono podtrzymanie kontaktu z CZP i niezbędne wsparcie w ramach świadczeń ambulatoryjnych, najczęściej oferowanych w postaci teleporad, które w zależności od potrzeb i indywidualnych preferencji pacjenta powinny być kontynuowane lub realizowane w formie mieszanej (spotkań stacjonarnych oraz teleporad);
 - w poradniach zdrowia psychicznego (PZP), które utrzymały ciągłość pracy w większości CZP – głównie za pośrednictwem systemów teleinformatycznych. Na odstępstwa od tej zasady zdecydowano się przeważnie w odniesieniu do pacjentów pierwszorazowych lub sygnalizujących szczególnie istotne trudności, albo wymagających podania leków w postaci depot. Sygnalizowanym dużym ułatwieniem była możliwość korzystania z e-recept i e-zwolnień. Obecnie istnieje potrzeba wypracowania elastycznego systemu pracy w poradniach, czyli wychodzącego naprzeciw potrzebom pacjenta;
 - w zespołach leczenia środowiskowego (ZLŚ), gdzie tryb świadczenia opieki jest zbliżony do opisanego powyżej. Czynny charakter realizowanej przez ZLŚ opieki wymaga częstszego i bardziej regularnego kontaktu z pacjentami, obecnie zapewnianego głównie przez systemy teleinformatyczne. Wyjątki wiążą się przeważnie z koniecznością podawania leków o przedłużonym działaniu [15].

Wnioski i rekomendacje

1. Pilnie potrzebna jest nowa mapa organizacji usług zdrowotnych w zakresie zdrowia psychicznego po okresie szczytu pandemii w Polsce. Mapa z nowym podziałem zadań ma zapewnić pacjentom z problemami zdrowotnymi w zakresie zdrowia psychicznego znajomość ścieżki szybkiego dostępu do lekarzy w swojej okolicy. W I i II fazie pandemii pacjenci niezarażeni SARS-CoV-2 mieli problem z do-

- stępem do stacjonarnych form opieki psychiatrycznej, stąd obecnie, w związku z doświadczeniami z pandemii, niezbędne jest wypracowanie na przyszłość:
- krajowych wytycznych dotyczących funkcjonowania oddziałów psychiatrycznych „epidemicznych” (w szczególności w szpitalach jednoimiennych) i oddziałów psychiatrycznych ogólnych w szpitalach specjalistycznych nie przekształconych w szpitale jednoimienne;
 - rozwiązań (na poziomie województwa) ustalających zasady zapewnienia opieki stacjonarnej dla mieszkańców obszaru działania CZP na wypadek sytuacji, w której oddział psychiatryczny CZP zostanie przekształcony w oddział „epidemiczny” lub inny na potrzeby mieszkańców województwa.
2. Dobrze funkcjonująca opieka środowiskowa sprzyja dobremu rozeznaniu potrzeb pacjentów i ich warunków życia, co sprawia, że nawet w sytuacji np. pandemii nie ma elementu zaskoczenia oraz znane są kanały i sposoby reagowania na zaistniałą sytuację nadzwyczajną (w ramach obszarów związanych m.in. z oceną ryzyka czy zarządzaniem zmianą). W sytuacji epidemii pilotażowe CZP szybko i łatwo dostosowały sposoby reagowania do zmieniających się lub nowych potrzeb/okoliczności. Owa „łatwość szybkiego dostosowania sposobu reagowania na zmieniające się lub nowe potrzeby/nowe okoliczności” to możliwości wyróżniające funkcjonowanie CZP, które stały się osiągalne dzięki elastycznym harmonogramom oraz warunkom udzielania świadczeń występujących w ramach tradycyjnych rozwiązań systemowych. Istotną rolę odegrał tu nowy sposób finansowania pilotażowych CZP – w postaci ryczałtu na populację, co zapewniło „elastyczną stabilność finansową” CZP i umożliwiło skupienie działań na poszukiwaniu adekwatnych rozwiązań w odpowiedzi na wyzwania towarzyszące pandemii.
 3. W ramach działań w zakresie reform opieki psychiatrycznej w Polsce na obecnym etapie stosowne wydaje się wykorzystanie wszelkich obserwacji oraz informacji na temat funkcjonowania i organizacji pracy podmiotów, które były włączone w czasie pandemii COVID-19 do programu pilotażowego CZP, aby nieustannie doskonalić funkcjonowanie nowego modelu opieki zdrowia psychicznego opartego na opiece środowiskowej (CZP). Wiedza i doświadczenie zdobyte w czasie pandemii powinny zostać wykorzystane do opracowania standardu diagnostyczno-terapeutycznego w CZP, który uwzględniałby m.in. postępowanie z pacjentem w czasie pandemii.

Piśmiennictwo

1. World Health Organization. *Zero Draft Global Mental Health Action Plan 2013–2020*: Version dated 27 August 2012 (discussion paper). http://www.who.int/mental_health/mhgap/mental_health_action_plan_EN_27_08_12.pdf (dostęp: 5.05.2023).
2. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 (Dz.U., poz. 458).
3. Thornicroft G, Tansella M. *W stronę lepszej psychiatrycznej opieki zdrowotnej*. Robson M, Gatt E. tłum. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2010.

4. Cechnicki A, Bielańska A. *Wpływ wczesnej psychospołecznej interwencji na odległe kliniczne wyniki leczenia osób chorujących na schizofrenię*. Psychiatr. Pol. 2017; 51(1): 45–61.
5. Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F, Sledge W, Kluitert H i wsp. *Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) Acute day hospital versus admission; (2) Vocational rehabilitation; (3) Day hospital versus outpatient care*. Health Technol. Assess. 2001; 5(21): 1–75.
6. Wciórka J. *Psychiatria środowiskowa: idea, system, metoda i tło*. Postępy Psychiatr. Neurol. 2000; 9(3): 319–337.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2018 r., poz. 852 z późn. zm.).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz.U., poz. 2364 z późn. zm.).
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz.U., poz. 2491).
10. Biechowska D, Cechnicki A, Godyń J, Balicki M, Wciórka J, Ciuńczyk I i wsp. *Centra Zdrowia Psychicznego. Wstępna ocena procesu wdrażania modelu pilotażowego*. Psychiatr. Pol. 2022; 56(2): 205–216.
11. Schwarz J, Cechnicki A, Godyń J, Galbusera L, Biechowska D, Galińska-Skok B i wsp. *Flexible and integrative psychiatric care based on a global treatment budget: Comparing the implementation in Germany and Poland*. Front. Psychiatry 2022; 12: 760276. doi: 10.3389/fpsy.2021.760276.
12. Hat M, Arciszewska-Leszczuk A, Cechnicki A. *Satysfakcja z opieki u pacjentów chorujących na schizofrenię w modelu pilotażowym i w modelach tradycyjnych*. Psychiatr. Pol. 2023; 57(1): 35–50.
13. Jackowska E. *Stigma and discrimination towards people with schizophrenia – A survey of studies and psychological mechanisms*. Psychiatr. Pol. 2009; 43(6): 655–670.
14. Cechnicki A, Angermeyer MC, Bielańska A. *Anticipated and experienced stigma among persons with schizophrenia: Its nature and correlates*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2011; 46(7): 643–650. doi: 10.1007/s00127-010-0230-2
15. *Rekomendacja PTP – Informacja na temat stosowania leków o przedłużonym działaniu w okresie pandemii COVID-19*, 2020. https://static2.medforum.pl/upload/file/klienci/ptp/2020_coronavirus/PTP_udostepnia_3-depotLAI-Covid19-20200422OK.pdf (dostęp: 5.05.2023).

Adres: Daria Biechowska
Zakład Podstaw Psychologii
Wydział Psychologii w Sopocie
Uniwersytet SWPS
e-mail: dbiechowska@swps.edu.pl

Otrzymano: 8.06.2022

Zrecenzowano: 18.07.2022

Otrzymano po poprawie: 1.09.2022

Przyjęto do druku: 20.11.2022