

## Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego w Polsce: szanse i bariery

Panie i Panowie!

Dziękuję organizatorom tego interesującego spotkania za zaproszenie do pięknego Lublina i za możliwość przedstawienia polskich wysiłków na rzecz unowocześnienia ochrony zdrowia psychicznego w tym gronie, tak bardzo zainteresowanym tym tematem. Słowo "unowocześnienie" oznacza zawsze próbę konfrontacji współczesnych zadań z historycznym doświadczeniem. Dlatego to wystąpienie zacznę od sformułowania poglądu na historyczny rozwój i dzisiejsze oczekiwania od ochrony zdrowia psychicznego.

### Perspektywa historyczna

Najdawniejsze etapy rozwoju opieki nad osobami cierpiącymi z powodu zaburzeń psychicznych są nam mało znane, często zagadkowe, choć raczej mało chwalebne. Z punktu widzenia potrzeb osób chorujących psychicznie, lepiej znane procesy historyczne nowszych czasów można opisać jako:

- odzyskiwanie człowieczeństwa, uzyskanie dostępu do opieki i azylu (zapoczątkowane gestem Pinela, praktyką "leczenia moralnego" i instytucjonalizacją psychiatrii - od przełomu XVIII i XIX wieku),
- odzyskiwanie praw, uzyskanie dostępu do terapii oraz życia w środowisku (zapoczątkowane traumą II wojny światowej, wprowadzeniem aktywnych form leczenia oraz falami radykalnej

krytyki tradycyjnych instytucji psychiatrycznych - od połowy XX wieku),

- odzyskiwanie podmiotowości, uzyskanie wpływu na politykę społeczną i zdrowotną, oraz wybór formy pomocy (zapoczątkowane aktywnością organizacji konsumenckich i falą liberalnej krytyki tzw. paternalistycznej tradycji w psychiatrii - od przełomu XX i XXI wieku).

W wielu funkcjonujących współcześnie systemach pomocy psychiatrycznej można wyśledzić obecność wszystkich tych procesów, choć w różnym stopniu. Dominacja instytucji typu azylowego w systemie oznacza na ogół ślady pierwszego z procesów. Tolerowanie nierówności praw lub dostępu do świadczeń zdrowotnych wskazuje na niezakończony proces drugi. Powstanie silnych, wpływowych organizacji konsumenckich zapoczątkuje proces trzeci.

W Polsce, dominującą rolę w systemie opieki psychiatrycznej odgrywają nadal azyle (54 duże szpitale psychiatryczne, ok. 3 nakładów na te opiekę). Model środowiskowe realizowany jest lokalnie, nie uzyskuje adekwatnego wsparcia legislacyjnego, organizacyjnego ani finansowego. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z 1994 r. zagwarantowała wiele praw osobom chorującym psychicznie i uregulowała sposoby ich respektowania. Organizacje konsumenckie są aktywne lokalnie, lecz ich realny wpływ na los populacji chorujących psychicznie lub narażonych na ryzyko zachorowania i na politykę społeczną

dziedzinie ochrony zdrowia psychicznego jest jeszcze słaby.

## Perspektywa współczesna

Raport Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) opublikowany w roku 2001 poświęcony był zdrowiu psychicznemu i zwracał uwagę na zaskakująco duże - w wymiarach indywidualnym, społecznym i ekonomicznym - globalne obciążenia powodowane zaburzeniami psychicznymi. Zwracał też uwagę na niemożliwe do akceptacji bariery - związane ze stygmatyzacją, dyskryminacją, wykluczeniem i nieadekwatnymi formami pomocy - uniemożliwiające w skali globalnej milionom ludzi uzyskanie pomocy, która jest możliwa i która powinna być dostępna. Według ówczesnych oszacowań ok. 450 milionów ludzi na świecie cierpiało z powodu zaburzeń psychicznych, lecz tylko niewielka mniejszość uzyskiwała choćby najbardziej podstawową pomoc. Zaburzenia psychiczne i zachowania stanowiły 12% globalnego obciążenia chorobami (jedna z największych grup obciążeń zdrowotnych), lecz w większości krajów świata na zdrowie psychiczne przeznaczano mniej niż 1% wszystkich wydatków na zdrowie. Ponad 40% krajów nie prowadziło żadnej polityki wobec zdrowia psychicznego, a ponad 30% nie miało żadnego programu w tej dziedzinie. Ponad 90% krajów nie ustanowiło żadnej polityki w dziedzinie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Problemy zdrowia psychicznego są od lat ignorowane i lekceważone. Sytuacja krajów europejskich jest nieco lepsza. Udział wydatków na ochronę zdrowia psychicznego w zdrowie psychiczne wynosi ok. 5% ogółu wydatków na zdrowie, a poczucie odpowiedzialności za tę ochronę w większości krajów zinstytucjonalizowało się w postaci odpowiednich programów. Nie jest jednak dobrze, skoro zachodzi potrzeba budzenia sumień (Deklaracja i Plan Działania z roku 2005), inicjowania specjalnych dyskusji (Zielona Księga, 2006) i deklarowania pakatów społecznych (Pakt dla Zdrowia Psychicznego, 2008).

W Polsce, nakłady na opiekę psychiatryczną wynoszą (od 1998 r., odkąd dostępne są publicznie dane na ten temat) ok. 3,5% ogółu nakładów na zdrowie. Opieka zdrowotna dla osób z zaburzeniami psychicznymi jest słabo dostępna, nierównomiernie rozmieszczona, oferuje kosztowny i nieskuteczny model organizacyjny z dominującą pozycją odległego szpitala (azyłu), z ograniczoną dostępnością opieki ambulatoryjnej i - praktycznie - niedostępnością środowiskowych form organizacyjnych. Jest niedoinwestowana, ulega dekapitalizacji. Zasoby kadrowe są niedostateczne i maleją. W funkcjonowaniu systemu zawodzi ciągłość opieki dla tych, którzy jej potrzebują, a dla większości - koordynacja działania między różnymi placówkami opieki zdrowotnej oraz oparciem świadczonym przez placówki pomocy społecznej. Wniosek z tego jest taki, że ochrona zdrowia psychicznego w Polsce nie odpowiada współczesnym standardom i potrzebom społecznym - nie można dłużej odkładać początku jego gruntownej, systemowej przebudowy.

## Reformowanie systemu opieki psychiatrycznej w Polsce

Idee reformowania opieki psychiatrycznej pojawiły się w Polsce w latach 70. Niestety, bankructwo państwa socjalistycznego w latach 80. odsunęło ich realizację. Przełom ustrojowy lat 90. ujawnił inne, naglące priorytety polityczne i, niestety pobudził też nowe egoizmy grupowe, których zaspokojenie oddalało realizację zadań publicznych, w tym - palących zaniedbań i zapóźnień w dziedzinie opieki psychiatrycznej. W 1994 uchwalono wspomnianą już Ustawę o ochronie zdrowia psychicznego, dokument deklarujący między innymi budowę środowiskowej opieki psychiatrycznej - jednak starannie pomijający zobowiązania państwa do inwestowania w unowocześnienie opieki psychiatrycznej. Jedynej konkretnej, zapisanej w tej sprawie obligacji (stworzenia docelowej sieci publicznych zakładów opieki psychiatrycznej) - nie zrealizowano i ostatecznie, po 10 latach z niej zrezy-

gnowano. Od chwili uchwalenia Ustawy trwały prace nad przygotowaniem kompleksowego programu reformy ochrony zdrowia psychicznego. Dwie kolejne wersje takiego programu przedstawiono rządowi i parlamentowi (1996, 2001) - niestety bezskutecznie.

## Nadzieja

W ostatnich latach opublikowano szereg dokumentów Unii Europejskiej (Deklaracja i Plan Działania wspólnie z WHO, Zielona Księga, Pakt dla Zdrowia Psychicznego) - zachęcających kraje członkowskie do zmiany sposobu myślenia o zdrowiu psychicznym, w tym do budowania sprawnych, zrównoważonych systemów opieki psychiatrycznej. Rząd polski sygnował te dokumenty lub deklaruje respekt dla nich. Wynika z tego, że również w Polsce zdrowie psychiczne musi być traktowane jako nieodłączny składnik zdrowia. Czas zaprzestać nierównego traktowania osób chorujących psychicznie i ich problemów zdrowotnych - fakty wskazują na wiele przejawów takiej dyskryminacji zarówno indywidualnej, jak i strukturalnej, tj. zakorzenionej w sposobie działania wielu instytucji społecznych oraz w bezmyślnie upowszechnianych stereotypach kulturowych. Konieczna jest zasadnicza zmiana podejścia wobec problemów medycznych, społecznych i ekonomicznych związanych ze zdrowiem psychicznym. Ignorancja i lekceważenie wobec tych problemów prowadzi bowiem, obok ogromu zbędnych cierpień osób i rodzin, do strat i kosztów społecznych związanych spowodowanych z możliwymi do ograniczenia skutkami zaburzeń psychicznych w postaci np.: niepełnosprawności, niesamodzielności, braku zatrudnienia, dysfunkcji rodzinnych, napiętnowania, wykluczenia społecznego, uzależnienia od instytucji. Dlatego także w niebogatym kraju zdrowie psychiczne należy traktować jako istotną wartość - wyzwanie dla obywateli, dla polityki społecznej i zdrowotnej państwa oraz przedstawicielstw samorządowych.

## Program

W roku 2006 projekt programu ochrony zdrowia psychicznego zredagowano na nowo i przedstawiono rządowi. Tym razem z powodzeniem. W lipcu 2008 parlament niemal jednomyślnie uchwalił nowelizację Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego ustanawiającą Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) definiując jego zadania i wskazując instytucje odpowiedzialne za jego realizację. Zadania Programu skupione są wokół trzech strategicznych celów.

CEL 1. Zmiana pozycji społecznej zdrowia psychicznego i jego zaburzeń: promowanie zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym, poprzez:

- upowszechnianie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego oraz rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu
- zapobieganie zaburzeniom psychicznym oraz przeciwdziałanie nietolerancji, wykluczeniu i dyskryminacji osób z problemami zdrowia psychicznego
- tworzenie instytucji poradnictwa i pomocy w kryzysach

CEL 2. Reforma opieki psychiatrycznej - zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej, zintegrowanej i dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form pomocy niezbędnych do życia w środowisku społecznym (w tym rodzinnym, zawodowym) poprzez systemowe upowszechnienie:

- środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej (rozwój sieci lokalnych centrów zdrowia psychicznego równoważącej stopniowo wpływ, pozycję i funkcję azyłów psychiatrycznych, dostosowanie nakładów i zasobów do potrzeb, racjonalizacja finansowania opieki psychiatrycznej, wzrost i różnicowanie zasobów profesjonalnych)
- zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego (rozwój i różnicowanie sieci oparcia społecznego)

- udziału w życiu zawodowym (udostępnianie różnych i nowych form aktywności zawodowej, dostosowanej do potrzeb i możliwości osób odzyskujących zdrowie po kryzysach psychicznych)

- koordynacji różnych form opieki i pomocy ( na szczeblu krajowym, regionalnym i lokalnym)

CEL 3. Gromadzenie rzetelnej i przydatnej wiedzy dla przyszłości - rozwój badań naukowych i systemów informacji z zakresu ochrony zdrowia psychicznego

Jako podmioty odpowiedzialne za realizację programu Ustawa wskazuje na: (1) samorządy wojewódzkie, powiatowe i gminne, (2) ministrów w zakresie niektórych właściwych dla nich zadań, (3) Narodowy Fundusz Zdrowia.

Szczegóły realizacji Programu w latach 2009-2014 mają być zapisane w przygotowywanym od roku Rozporządzeniu Rady Ministrów. Można mieć nadzieję, że decyzja parlamentu przetrzeje drogę do programu skutecznych działań odpowiednich do rangi, powagi i rozległości problemu, i będzie można rozpocząć realizację Programu spóźnionego w stosunku do większości dobrze zarządzanych krajów Europy o około 30 lat.

Niestety - nic nie jest dane bez wysiłku. Już widoczne są próby opóźniania, rozmywania i sabotowania realizacji Programu, choć proponowane w nim działania nie są niczym nadzwyczajnym, ani specjalnie nowym. Stanowią przecież tylko ludzką, obywatelską i profesjonalną powinność - zmierzającą do uwolnienia Polaków od niewiedzy i bezradności wobec problemów i kryzysów zdrowia psychicznego, do uwolnienia chorujących psychicznie od stereotypów i dyskryminacji oraz do zapewnienia im równego dostępu do dobrej i możliwie efektywnej opieki, która nie będzie naruszać ich godności. Program formalnie i niestety tylko wirtualnie wystartował w styczniu 2009. Jego ostateczny kształt i sposób realizacji ma określić akt wykonawczy, rozporządzenie Rady Ministrów, które nadal nie jest gotowe. Najnowszy projekt z początku września 2009 jest w trakcie kon-

sultacji "społecznych" i wciąż nie ma pewności, jaki kształt ostatecznie przybierze. Projekt ten konkretyzuje m. in. główne i szczegółowe zadania dla poszczególnych podmiotów (samorządów lokalnych i wojewódzkich, ministerstw - Zdrowia, Oświaty i Wychowania, Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Pracy i Spraw Społecznych, Spraw Wewnętrznych i Administracji Publicznej, Obrony Narodowej, Sprawiedliwości, Kultury, a także dla Narodowego Funduszu Zdrowia) oraz określa terminy ich realizacji i wskaźniki monitorowania. Przewiduje też skromne środki na ten cel. Dopiero opublikowanie Rozporządzenia rozpocznie etap praktycznego wdrażania proponowanych rozwiązań.

## Barier

Biorąc pod uwagę dotychczasowe doświadczenia związane z działaniem na rzecz programu można spodziewać się licznych trudności pełniących rolę barier opóźniających lub blokujących jego wdrażanie. Ich znaczenie i wpływ można przedstawić w formie piramidy. U jej podstawy znajdują się bariery blokujące działania w sposób najbardziej rozległy i determinujący skuteczność barier usytuowanych wyżej.

Barier aksjologiczne tkwią w wartości i normach kulturowych, które w najbardziej szeroki sposób określają odpowiedź na pytanie, czy zdrowie psychiczne jest lub może być uznaną/realizowaną wartością. Rozpoznanie tych wartości nie jest łatwe. Chodzi np. o zapisany w kulturze poziom społecznego egoizmu, wyrażający się w gotowości respektowania "dobra wspólnego", "spraw publicznych", albo "niesienia pomocy", "godności osoby ludzkiej". Bariery aksjologiczne trudno zmieniać, ich ewolucja ma złożoną i raczej leniwą dynamikę.

Barier świadomościowe wynikają z postaw społecznych różnych grup społecznych, które wprawdzie czerpią z tych samych wartości kulturowych, ale w sposób zróżnicowany. Reprezentatywne badania opinii publicznej w Polsce wskazują na znaczny udział

stereotypów, dystansu oraz stygmatyzacji i nierówności traktowania w odniesieniu do chorób psychicznych i chorych psychicznie. Zarazem jednak ukazują w tej dziedzinie duży zakres odczuwanego niedoinformowania, bezradności i zagrożenia dla własnego zdrowia psychicznego. Zdecydowane są też w ostatnich latach deklaracje poparcia dla NPOZP. Badanie te w ostatniej dekadzie wskazują na znaczną trwałość takich opinii. Jednocześnie jednak doświadczenia związane z oddziaływaniem wielu lokalnych, informacyjno-edukacyjnych akcji społecznych pozwoliły zaobserwować pozytywny odzew w tych społecznościach, przynajmniej czasowo.

Bariery polityczne wiążą się z wolą i decyzjami tej jednej grupy społecznej, która zdobywa wpływ na decyzje (polityka, polityka społeczna, polityka zdrowotna) podejmowane w imieniu wspólnoty lokalnej lub na poziomie państwa. Niestety odnotowujemy tu stale tendencję do unikania lub rozmywania odpowiedzialności za ochronę zdrowia psychicznego, niekorzystny dla tej sprawy wybór priorytetów, zmienność i koniunkturalność tzw. "woli politycznej" oraz upartyjnienie debaty publicznej. Wiele spotkań ukazuje istotny brak informacji i zrozumienia dla tej dziedziny, związanych z nią realiów, potrzeb i konsekwencji zaniechania. Jak się wydaje, politycy mają świadomość względnie słabej, "rynkowej" pozycji środowisk zabiegających o ochronę zdrowia psychicznego i dość bezwzględnie oraz bezkarnie to wykorzystują. Jak się wydaje, stabilizacja chimerycznej "woli politycznej" może sprzyjać reformowaniu i warto szukać sojuszników dla osiągnięcia tego celu.

Bariery legislacyjne i ekonomiczne są oczywiście pochodną braku adekwatnej do potrzeb społecznych polityki - skutkują opóźnieniami lub niejednoznacznością, a nawet sprzecznością stanowionych regulacji, a także, niestety, łatwością poświęcania potrzeb ochrony zdrowia psychicznego dla innych celów przydatnych w grach i marketingu politycznym. Urzędnicy niższego szczebla zwykle pokazują przy tym na brak działania ze

strony urzędników wyższego szczebla, a ci ostatni na opieszałość pierwszych. Ulubioną figurą polityczną jest ostatnio, na przykład, werbalna deklaracja zrozumienia i poparcia dla społecznej doniosłości ochrony zdrowia psychicznego, z jednoczesnym zaniechaniem działania motywowanym np. "kryzysem ekonomicznym", "innymi ważniejszymi celami" lub "nieopłacalnością". W tle tych niekonsekwencji pozostaje jak się wydaje bardziej fundamentalny spór o poziom regulacji-deregulacji w ochronie zdrowia, w tym zwłaszcza zdrowia psychicznego. W tych sprawach konieczność uzgodnień między przekonanymi a nieprzekonanymi jest nieunikniona, choć osiąganie ich może trwać długo i trzeba liczyć się z przestojami.

Bariery organizacyjne dotyczą wyobraźni, inicjatywy, działania i współdziałania różnych grup i środowisk społecznych, które są lub powinny być zaangażowane w realizację celów NPOZP. W środowiskach profesjonalnych (także psychiatrycznym) nie zawsze dostateczny jest poziom zainteresowania zmianami proponowanymi przez Program - w grę wchodzi różne konflikty priorytetów (np. między tzw. orientacją biologiczną i społeczną), konflikty interesów (np. ekonomicznych, prestiżowych), spory i rywalizacje (np. między modelami, podejściami, instytucjami), a także niejasna, ewoluująca artykulacja misji zawodowej (np. psychiatrów, psychologów, psychoterapeutów, pielęgniarek), czy przejawy wypalenia. Po stronie środowisk administracyjnych chodzi często o brak informacji, doświadczeń, wzorców, a czasem także o konflikty interesów, czy gry o władzę. Zrozumiałe, że tego typu bariery mogą skutecznie utrudniać organizowanie i reorganizowanie placówek, oraz koordynowanie ich działalności. Jeszcze innych barier można spodziewać się w działalności środowisk pracodawców, instytucji ubezpieczenia społecznego, konsumenckich, medialnych, oświatowych, naukowych, prawniczych. Tego typu bariery stanowią chleb powszedni reformowania. Na szczęście dysponujemy wieloma doświadczeniami i przykładami rozwiązań,

które mogą stanowić argument w przełamaniu takich środowiskowych barier.

## Szanse

Zasadnicze impulsy na rzecz reformy opieki psychiatrycznej wywodziły się dotąd ze strony środowisk eksperckich i profesjonalnych - zwłaszcza środowisko psychiatryczne od lat podejmowało starania o unowocześnienie opieki psychiatrycznej. Wielką pomocą w kształtowaniu środowiskowej wyobraźni profesjonalnej jest od lat wymiana doświadczeń dokonująca się w ramach Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego. Jednak zdrowie psychiczne i związane z nim problemy zdrowotne nie są tylko sprawą środowiska psychiatrów - wymagają zrozumienia i dobrej woli ze strony wszystkich, bo wszystkich w jakimś stopniu i w jakimś okresie życia mogą dotknąć lub dotkną. Spodziewamy się, że świadomość tego faktu, a także społecznej i ekonomicznej opłacalności reformy ochrony zdrowia psychicznego będzie stopniowo rosła, że uda się przekonać do niej nie tylko przedstawicieli administracji rządowej i samorządowej, ale także środowiska opiniotwórcze (media, kultura, nauka, oświata) i autorytety aksjologiczne (kościół, stowarzyszenia).

Reforma potrzebuje stronników, przyjaciół, którzy z czasem staną się może jej bezpośrednimi lub pośrednimi realizatorami. By to osiągnąć trzeba prawdopodobnie wielu działań. Proponowana zmiana jest rozległa i wielokierunkowa i nie da się zrealizować odgórnie, według jednego schematu. Otwiera pole dla lokalnej wrażliwości, determinacji i odpowiedzialności, choć wymaga też działań centralnych - rozsądnych impulsów i uważnego monitoringu. Najważniejsze kierunki działania, jakie - wydaje się - stają przed nami, można ująć w perspektywie poziomej i pionowej.

Perspektywa pozioma wskazuje na działania już istniejących grup proreformatorskich, tj. Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (Sekcja Psychiatrii Środowiskowej i Rehabilitacji, Komisja Reformy Opieki Psychiatrycz-

nej), Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego, Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Konsultantów Krajowego i Wojewódzkich,

i zakłada kontynuowanie i intensyfikowanie działań, tzn. zwłaszcza:

- doprowadzenie do ostatecznego uchwalenia Rozporządzenia Rady Ministrów, podstawowego narzędzia wdrażania reformy

- umacniania wsparcia dla reformy w środowiskach profesjonalnie związanych z opieką psychiatryczną - zwiększania zrozumienia i neutralizowania nieracjonalnych oporów; środkiem mogą być dyskusje, seminaria, publikacje, konferencje.

- powołanie zawodu, którego definicja, misja i przyszły prestiż wiązałyby się z realizacją reformy; wstępnie nazywamy go "terapeutą środowiskowym", który wyposażony w kompetencje pozwalające na wspieranie osobom chorujących psychicznie i pomoc im pozostawałby bliżej nich niż bardziej kosztowni i wąsko wyspecjalizowani specjaliści

- działania eksperckie w postaci prac na standardami, regulaminami, programami szkolenia, rozwiązaniami modelowymi,

- przygotowanie i realizacja programu konsekwentnego wdrożenia reformy, w wybranych zróżnicowanych społecznie środowiskach lokalnych, na zasadzie monitorowanego eksperymentu, w celu oceny jej efektów zdrowotnych i społecznych, zysków i kosztów.

Perspektywa pionowa zakłada udrażnianie przepływu bezpośredniej komunikacji między potrzebami społecznymi a decyzjami umożliwiającymi ich zaspokajanie. Możliwe działania mogą być inicjowane w różnych kierunkach:

"Od dołu" (tzn. od środowisk lokalnych), poprzez:

- budzenie zainteresowania, szkolenie, wynajdywanie liderów, popularyzowanie przykładów i budowanie dobrej praktyki samorządowej,

- wspieranie powstawania i zwiększanie wpływu:

(1) organizacji konsumenckich - ćwiczenie w formowaniu własnych opinii i używaniu własnego głosu, torowanie drogi do "mównicy", konsolidowanie działań ponadlokalnych, oraz

(2) lokalnych pozarządowych organizacji obywatelskich - wspieranie inicjatyw, poszerzanie współpracy

- informacyjne akcje społeczne: Dni Solidarności z Chorującymi, Dzień Zdrowia Psychicznego i inne - w coraz większym stopniu pod kontrolą organizacji konsumenckich i obywatelskich.

"Od góry" (tzn. od gremiów decydenckich, parlamentarnych i rządowych), poprzez powstanie parlamentarnej, ponadpartyjnej grupy zainteresowanej ochroną zdrowia psychicz-

nego i gotowej do monitorowania procesu wdrażania reformy, a z czasem ciało polityczno-ekspertkie współpracującej i respektowanej przez rząd, przypominającej niemieckiej Aktion Psychisch Kranke ,

"Od góry - do dołu" (tzn. na wszystkich poziomach zarządzania i polityki społecznej oraz działalności publicznej), poprzez działania zespołów koordynacyjnych zapisanych w programie reformy - Rady Ochrony Zdrowia Psychicznego, regionalnych i lokalnych (powiatowych, gminnych) rad ochrony zdrowia psychicznego.

Można mieć nadzieję, że nadanie reformie pewnej masy krytycznej uruchomi mechanizmy, które nadadzą jej coraz bardziej samoczynny przebieg.