



Stanowisko oficjalne Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland na temat zdrowia psychicznego

Wstęp

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) określa zdrowie jako „stan pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego, społecznego i duchowego, a nie tylko brak choroby bądź niepełnosprawności”. Choć zdrowie psychiczne – sprecyzowane przez tę samą instytucję jako „stan dobrobytu, w którym jednostka jest świadoma swojego potencjału, potrafi radzić sobie z normalnym życiowym stresem, produktywnie pracować oraz jest zdolna do wniesienia swojego wkładu do społeczeństwa” - jest integralną częścią tej definicji, w drugiej dekadzie XXI wieku wszelkie związane z nim problemy pozostają zaniedbane na tle innych chorób niezakaźnych. Na czele z chorobą afektywną jednobiegunową i zaburzeniami lękowymi w wielu krajach europejskich stanowią one główną przyczynę lat przeżytych w niepełnosprawności, jak również, poprzez generowanie ogromnych kosztów i ograniczenie kapitału ludzkiego, znacząco obciążają ekonomię oraz w dłuższej perspektywie hamują rozwój państwa. Pewne grupy społeczne, takie jak: osoby młode, osoby starsze w wieku emerytalnym, przedstawiciele środowiska LGBTIQ ze względu na często dotykającą ich dyskryminację oraz nieposzanowanie praw człowieka, osoby doświadczające stresu i przepracowania – w tym szczególnie bliskie nam środowisko studentów kierunków medycznych – są, na tle pozostałych, wyjątkowo narażone na wszelkie dolegliwości ze strony zdrowia psychicznego.

Stanowisko IFMSA-Poland

Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA-Poland wyraża troskę o zdrowie psychiczne polskiego społeczeństwa, z naciskiem na wrażliwe grupy o szczególnej podatności, jednym z priorytetów swojej aktywności. Reprezentując opinię studentów kierunków medycznych w całej Polsce popieramy rekomendacje, kierunki działań i sugerowane czynności wyznaczone w dokumencie „Europejski Plan Działania na rzecz Zdrowia Psychicznego 2013-2020” Światowej Organizacji Zdrowia, jak również cele i zamiary obrane przez ministrów właściwych ze względu na cele Programu, Narodowy Fundusz Zdrowia i samorządy województw, powiatów oraz gmin zawarte w dokumencie “Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022” (14). Przychylamy się również do Uchwały Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego z dnia 4.11.2016 r. wskazującej na zdrowie psychiczne osób o orientacji homoseksualnej.

My, jako Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA-Poland, w szczególności wzywamy:

- 1) Radę Ministrów w Polsce z wyszczególnieniem Ministerstwa Zdrowia – do:
 - a) jak najszybszego podjęcia działań na rzecz poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży:
 - i) wyceny ogółu przedsięwzięć i zasobów materialnych koniecznych do zapewnienia dostosowanej do bieżących, jak i spodziewanych w najbliższej przyszłości potrzeb kraju kompleksowej opieki psychiatrycznej skierowanej ku dzieciom i młodzieży oraz wdrożenia rozwiązań finansowych skutecznie poprawiających obecną sytuację w tym sektorze;



- ii) jak najszybszego wdrożenia czynności zmierzających ku zwiększeniu liczby miejsc dostępnych na oddziałach psychiatrii dziecięcej funkcjonujących w ramach szpitali ogólnych i psychiatrycznych do poziomu adekwatnego do zapotrzebowania;
- iii) zapewnienia równomiernego na terenie całego kraju dostępu do opieki psychiatrycznej dla tej grupy;
- iv) aktywnego działania w ramach ogólnego koordynowania współpracy nauczycieli, pedagogów i psychologów szkolnych, sieci poradni psychologiczno-pedagogicznych, systemu wsparcia rodziny, ośrodków pomocy społecznej, pracowników socjalnych, sądów rodzinnych i służby kuratorskiej, co zapewni udzielanie kompleksowej pomocy potrzebującym dzieciom i młodzieży oraz ich rodzicom bez konieczności długotrwałego i uciążliwego samodzielnego poszukiwania przez tę grupę kolejnych rozwiązań;
- b) sukcesywnego zwiększania inwestycji finansowych w sektor psychiatrii dzieci i dorosłych do wysokości średniej dla państw o wyższym średnim poziomie dochodu narodowego, do których zalicza się Polska;
- c) zwiększania dostępu do psychiatrów i psychologów wraz z wdrożeniem działań w celu skrócenia czasu oczekiwania na wizytę u tych specjalistów;
- d) poprawy warunków pobytu na oddziałach psychiatrycznych krajowych szpitali, z zapewnieniem pacjentom niezbędnej prywatności oraz pomocy ze strony personelu, o podejściu pełnym szacunku, poszanowania godności osobistej i indywidualizowanym w stosunku do każdego chorego, jak i promowania wśród personelu szpitalnego opisanego tu podejścia;
- e) zaoferowania lekarzom pierwszego kontaktu możliwości udoskonalenia umiejętności w zakresie wykrywania depresji i stanów lękowych oraz prowadzenia dotkniętych nimi pacjentów;
- f) interwencji w celu ograniczenia stygmatyzacji i dyskryminacji osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi:
 - i) umożliwienia równego i nieograniczonego dostępu do edukacji osobom z problemami zdrowia psychicznego, z implementacją niezbędnych udogodnień, jeśli okażą się konieczne;
 - ii) promocji wśród pracodawców zatrudniania na równych zasadach osób niepełnosprawnych, w tym z zaburzeniami psychicznymi, oraz edukacji w zakresie dostosowania miejsc pracy do potrzeb tych osób;
 - iii) prowadzenia działań edukacyjnych dotyczących konieczności respektowania praw osób z zaburzeniami psychicznymi;
 - iv) prowadzenia działań edukacyjnych mających na celu zwalczanie społecznego napiętnowania osób korzystających z leczenia psychiatrycznego i/lub opieki psychologicznej
- g) zwiększenia udziału osób z problemami zdrowia psychicznego w czynnościach wpływających na wygląd polityki prowadzonej w sektorze zdrowia psychicznego oraz w kształtowaniu powstających w tej dziedzinie usług;
- h) zapewnienia wsparcia społecznego szczególnie narażonym na pogorszenie stanu zdrowia psychicznego osobom w wieku podeszłym i/lub cierpiącym na schorzenia przewlekłe i/lub niepełnosprawnym;
 - i) wdrożenia czynności dążących do aktywizacji osób po ukończeniu wieku emerytalnego, w tym rozpowszechniania informacji o miejscach udzielania pomocy oraz możliwościach podejmowania się lokalnych aktywności przez osoby starsze;
 - ii) poszukiwania rozwiązań celem dofinansowywania opieki socjalnej osobom żyjącym w samotności, schorowanym i niepełnosprawnym na poziomie dostosowanym do potrzeb społeczeństwa w tym zakresie;
 - iii) wprowadzania nowych i udoskonalania istniejących rozwiązań infrastrukturalnych dostosowanych do potrzeb wymienionych grup społecznych;
- i) podjęcia działań celem prewencji i zwiększenia wykrywalności zjawiska przemocy domowej;
- j) wspierania inicjatyw społecznych mających na celu zwiększenie świadomości społecznej w temacie przejawów pogorszenia stanu zdrowia psychicznego, form pomocy oraz redukcję stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego;



- k) promocji w mediach poszukiwania wsparcia w razie podejrzeń wystąpienia u siebie objawów psychiatrycznych oraz rozpowszechniania informacji o realnych miejscach i sposobach uzyskania takiej pomocy;
 - l) rozwijania strategii mających na celu prewencję samobójstw zgodnie z ostatnimi doniesieniami naukowymi odnośnie ich skuteczności.
- 2) Ministerstwo Edukacji Narodowej wraz ze szkołami w Polsce do:
- a) aktywnego prowadzenia działań prowadzących do redukcji nękania psychicznego, upokarzania i prześladowania w kontaktach uczeń-uczeń i (obustronnie) nauczyciel-uczeń od najmłodszych lat edukacji przedszkolnej i szkolnej, angażujących bezpośrednio wychowanków szkół, kadre pedagogiczną oraz rodziców;
 - b) wprowadzenia obowiązkowych szkoleń dla pedagogów mających na celu edukację w zakresie udoskonalenie reagowania na zaburzenia psychiczne wychowanków;
 - c) interwencji w celu ograniczenia stygmatyzacji i dyskryminacji osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi:
 - i) umożliwienia równego i nieograniczonego dostępu do edukacji osobom z problemami zdrowia psychicznego, z implementacją niezbędnych udogodnień, jeśli okażą się konieczne;
 - ii) popularyzacji ministerialnych programów pomocy i programów edukacyjnych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, takich jak "Nie bój się psychiatry", w szkołach oraz placówkach szkolno-wychowawczych.
- 3) Uczelnie medyczne w Polsce do:
- a) zapewnienia wszystkim studentom dostępu do bezpłatnej pomocy psychologicznej, zarówno w momentach kryzysowych, sytuacjach ciągłej potrzeby intensywnego wsparcia uwarunkowanych zaburzeniami psychicznymi, jak i w przypadku tymczasowego poszukiwania wsparcia;
 - b) wyodrębnienia w ramach prowadzonych przedmiotów z zakresu nauk psychologicznych tematyki zadbania przez studentów o własne zdrowie psychiczne z uwzględnieniem specyfiki studiowanych przez nich kierunków studiów oraz z położeniem nacisku na praktyczne podejście do zagadnienia;
 - c) wdrożenia działań zwiększających i ugruntowujących umiejętności przyszłych pracowników zawodów medycznych w zakresie wykrywania stanów obniżonej kondycji zdrowia psychicznego oraz objawów sugerujących przemoc domową;
 - d) wspierania inicjatyw społecznych mających na celu zwiększenie świadomości społecznej w temacie zaburzeń zdrowia psychicznego, form pomocy oraz redukcję stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego;
 - e) prowadzenia badań naukowych na temat stanu zdrowia psychicznego studentów medycyny, pracowników ochrony zdrowia, w celu zwiększenia efektywności ich działań oraz wśród poszczególnych grup pacjentów, by ich leczenie było bardziej skuteczne
- 4) Państwową Inspekcję Pracy do:
- a) sporządzenia jasnych wytycznych dla zakładów pracy, z naciskiem na ich właścicieli, w zakresie funkcjonowania zgodnie z zasadami ochrony zdrowia psychicznego osób zatrudnionych.
- 5) Pracodawców do:
- a) respektowania praw pracowników zawartych w Kodeksie Pracy;
 - b) zatrudniania na równych zasadach osób niepełnosprawnych, w tym z zaburzeniami psychicznymi oraz do dostosowania miejsc pracy do ich potrzeb;
 - c) organizacji i zapewniania form pomocy dla pracowników dotkniętych stresem związanym z pracą;
 - d) czynnego udziału w walce z wypaleniem zawodowym:
 - i) umożliwienia koniecznego wypoczynku;
 - ii) dążenia do zredukowania atmosfery konkurencji w miejscu pracy;
 - iii) pielęgnowania pasji do medycyny poprzez umożliwienie udziału w szkoleniach i konferencjach;
 - iv) aktywnego wsparcia w poszukiwaniu pomocy specjalistycznej;
 - v) promowania i zachęcania pracowników do ustalania równowagi pomiędzy aktywnością zawodową a dbaniem o pasje niezwiązane z pracą.



6) Członków IFMSA-Poland do:

- a) popularyzacji kampanii Ministerstwa Zdrowia oraz Programu Stałego ds. Zdrowia Publicznego na temat zdrowia psychicznego w mediach społecznościowych oraz na swoich uniwersytetach;
- b) aktywnego włączania się w działania projektów Stowarzyszenia z zakresu ochrony zdrowia psychicznego ("Psychiatrii też dla ludzi", "Zaburzeń odżywiania", "Naszego pięknego umysłu", "Tygodnia Zdrowia Psychicznego", "Psychodelików") oraz wszelkich projektów szczególnie nakierowanych na grupy społeczne wysokiego ryzyka wystąpienia zaburzeń zdrowia psychicznego, wymienione we wstępie.
- c) troski o własne zdrowie psychiczne, o higienę snu i stylu życia oraz do dawania przykładu takich zachowań wśród pozostałych studentów uczelni medycznych;
- d) reagowania na wszelkie zachowania stygmatyzujące osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym na zachowania piętnujące pacjentów - jako grupę szczególnie narażoną na zaburzenia psychiczne;
- e) przyjmowania postawy wzajemnego wsparcia i pomocy w zakresie pełnionych obowiązków w IFMSA-Poland;
- f) trenerów IFMSA-Poland do zwiększenia liczby przeprowadzanych treningów w Oddziałach poświęconych zarządzaniu czasem, metodom radzenia sobie ze stresem, sposobom zwiększania efektywności nauki;
- g) poszanowania życia prywatnego pozostałych członków Stowarzyszenia i wyrozumiałości w zakresie stopnia angażowania się w działalność Stowarzyszenia.



Słowo wstępne

Mimo ogromnego rozpowszechnienia, jak również udowodnionego i niepodważalnego znaczenia problemów z zakresu zdrowia psychicznego w rozwoju globalnym i lokalnym w XXI wieku, obszar ten pozostaje w dużej mierze zaniedbany. Zaburzenia zdrowia psychicznego z roku na rok dotyczą także coraz większej liczby Polaków; mimo to dostęp do profesjonalnej opieki zdrowotnej w tej dziedzinie, jak i zakres odnoszących sukcesy działań prewencyjnych wciąż są bardzo ograniczone.

Jako Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA-Poland czujemy potrzebę włączenia się w czynności mające na celu poprawę obecnego stanu zdrowia psychicznego polskiego społeczeństwa, w szczególności (lecz nie tylko) zwracając uwagę na skalę tego problemu wśród studentów kierunków uczelni medycznych, pozostałych środowisk o wysokiej podatności oraz wśród samych członków Stowarzyszenia, w następnej kolejności proponując i realizując na miarę naszych możliwości działania zmierzające ku zmniejszeniu wyżej opisanego problemu w naszym kraju.

Jesteśmy głęboko przekonani, iż aktywności związane z ochroną zdrowia psychicznego w dzisiejszym świecie, jak i w Polsce, powinny być ustanowione jako priorytetowe przez wszelkie podmioty realizujące je w mniejszym bądź większym stopniu i bez względu na poboczne interesy tych podmiotów, gdyż tylko w taki sposób wszyscy razem mamy szansę na skuteczność w zwalczaniu tak rozpowszechnionego i poważnego problemu.

Tło problemu ochrony zdrowia psychicznego w świetle faktów i liczb

W XXI wieku skala problemu zaburzeń zdrowia psychicznego pozostaje ogromna zarówno w ujęciu globalnym, jak również w Europie i samej Polsce. Około 1/4 dorosłej populacji europejskiej w ciągu danego roku doświadcza jakichkolwiek przejawów złej kondycji zdrowia psychicznego, a liczba osób leczonych z powodów psychiatrycznych systematycznie rośnie. Przynajmniej jedno zaburzenie psychiczne z definiowanych w klasyfikacjach (ICD-10 i DSM-IV) można rozpoznać w ciągu życia u aż 23,4% dorosłych Polaków. Obniżony stan psychiczny ogranicza wydajność zawodową społeczeństwa, tym samym w dłuższej perspektywie przyczyniając się do obniżenia tempa rozwoju całego kraju. Choroby neuropsychiatryczne zajmują trzecie miejsce na świecie pod względem liczby lat skorygowanych niepełnosprawnością wyrażonych przez wskaźnik DALY.

Jako najpoważniejszy skutek schorzeń psychicznych uznaje się samobójstwa. Krokiem o nieprzecenionej wartości w celu ich prewencji jest uwrażliwianie i rozwijanie umiejętności rozpoznawania stanów odbiegających od normy bądź indywidualnego dotychczasowego poziomu nastroju wśród pacjentów przez pracowników ochrony zdrowia, z naciskiem na lekarzy pierwszego kontaktu i specjalistów psychiatrii. 20% osób dokonujących samobójstwa pozostaje w kontakcie ze swoim lekarzem rodzinnym bądź opieką psychiatryczną w ciągu ostatniego tygodnia przed śmiercią, zaś w perspektywie ostatniego miesiąca odsetek ten sięga aż 40%.

Jedną z największych przeszkód w dostarczeniu powszechnej, efektywnej i dostępnej dla wszystkich opieki nad kondycją psychiczną, w tym gwarancji dostosowanych do potrzeb świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych z ramienia państwa, stanowi ograniczenie finansowe, szczególnie duże w Polsce. Poziom ochrony zdrowia psychicznego od strony kadr obrazuje wskaźnik liczby psychiatrów i pielęgniarek psychiatrycznych na 100 tys. mieszkańców. W naszym kraju w roku 2014 wynosił on 6 psychiatrów i 18,6 pielęgniarek/100 tys. Była to liczba wyraźnie mniejsza niż ówczesna średnia w regionie europejskim - 9,4 psychiatrów i 25,6 pielęgniarek/100 tys.⁶ Z najświeższego dostępnego zestawienia z roku 2015 wynika, iż Polska zajmuje przedostatnie miejsce wśród krajów Unii Europejskiej pod względem liczby psychiatrów przypadających na 100 tysięcy mieszkańców.¹² Jednocześnie, jeśli spojrzeć na nakłady finansowe z budżetu państwa – Polska, mimo zaliczania się do krajów o wyższym średnim poziomie dochodu narodowego, przeznacza znacząco mniejszy odsetek wszystkich wydatków na świadczenia zdrowotne na ochronę zdrowia psychicznego w porównaniu z innymi państwami tej samej grupy (3,5% względem 4,25%); z kolei postulowany przez środowiska psychiatryczne w oparciu o dane z krajów Unii Europejskiej minimalny poziom finansowania



ze środków publicznych wynosi 5,0%. Ponadto, mniej niż 1% nakładów finansowych dedykowanych zdrowiu psychicznemu jest inwestowany w prewencję.

Szczególnie zatrważająca sytuacja ma miejsce w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży. Zgodnie z raportami Konsultanta Krajowego, w Polsce na 400 tys. młodych ludzi potrzebujących pomocy psychiatrycznej obecnie przypada tylko 400 lekarzy specjalistów w tej dziedzinie. Troska o zdrowie psychiczne tej grupy stanowi kwestię nadzwyczaj istotną, jako że doświadczenia z okresu dorastania rzutują na zdrowie psychiczne jednostki podczas całego jej dalszego życia. Potwierdza to fakt, iż połowa wszystkich zaburzeń zdrowia psychicznego ma swój początek podczas dzieciństwa bądź dojrzewania (dokładniejsze statystyki sugerują 50% jako odsetek ww. problemów rozpoczynających się przed 14. rokiem życia i aż 75% przed ukończeniem 24 lat życia). [13] 30% dzieci w szkołach doświadcza upokorzenia ze strony rówieśników, co w przypadku regularnego szykanowania zwiększa ryzyko zaburzeń psychicznych, na czele ze stanami lękowymi. Wdrożenie działań w tym obszarze niesie za sobą niepodlegającą wątpliwości szansę na poprawienie aktualnej sytuacji – udowodniono, iż szkolne programy walki z nękaniami psychicznymi są w stanie zmniejszyć skalę problemu nawet o 20%.

Jednym z czołowych wyzwań, z którymi przychodzi zmierzyć się w ramach ochrony zdrowia psychicznego, jest również zniwelowanie i zapobieganie stygmatyzacji, dyskryminacji i wykluczenia chorych. Prawie 9 na 10 osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego deklaruje doświadczenie na sobie przynajmniej jednego z dwóch pierwszych zjawisk, zaś aż 7 przyznaje się do powstrzymania się z ich powodu od podejmowanych przez siebie aktywności.

Uzasadnienie wezwania do działań

Jako Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA-Poland wyrażamy niezbitą przekonanie, iż realizacja zadań, o które orędujemy w powyższym dokumencie, jest niezbędna, aby Rzeczpospolita Polska jako kraj członkowski Regionu Europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia mogła sprostać kierunkom wyznaczonym w Europejskim Planie Działania na rzecz Zdrowia Psychicznego WHO na lata 2013-2020. Przedstawione niżej podstawowe i przekrojowe cele operacyjne tego planu umożliwiają zachowanie i faktyczną realizację w funkcjonowaniu państwa trzech podstawowych we współczesnej trosce o zdrowie psychiczne wartości: sprawiedliwości, upelnomocnienia oraz bezpieczeństwa i efektywności. Wszystkie postulowane przez nas interwencje stanowią środek w dążeniu do tego, aby:

- każdy miał równe szanse, by realizować dobrostan psychiczny podczas całego życia, zwłaszcza ci, którzy są najbardziej wrażliwi i narażeni na czynniki ryzyka;
- osoby z problemami zdrowia psychicznego były obywatelami, których prawa człowieka są w pełni respektowane, chronione i promowane;
- świadczenia opieki zdrowotnej były dostępne i osiągalne finansowo, dostępne w środowisku zgodnie z potrzebami;
- osoby miały prawo do pełnego poszanowania oraz bezpiecznego i efektywnego leczenia;
- systemy opieki zdrowotnej dostarczały dobrej opieki psychiatrycznej dla wszystkich;
- opieka w zakresie zdrowia psychicznego funkcjonowała w dobrze skoordynowanym partnerstwie z innymi sektorami;
- przywództwo w zakresie podejmowania decyzji na rzecz zdrowia psychicznego i ich realizacja bazowały na solidnej informacji i wiedzy.

Należy podkreślić, iż wyżej wymienione cele, dzięki swojej uniwersalności i kompleksowości, obejmują również grupy społeczne o zwiększonym ryzyku rozwoju zaburzeń z zakresu zdrowia psychicznego, w tym grupy wyszczególnione przez nas we wstępie Policy paper.



Referencje:

- [1] Constitution of the World Health Organization, Nowy Jork, 22 lipca 1946 r.
- [2] Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. World Health Organization; Genewa, Szwajcaria, 2005
- [3] Risks to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors. Background paper by WHO secretariat for the development of a comprehensive mental health action plan. World Health Organization, 27 sierpnia 2012
- [4] Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP – Polska, kwiecień 2012
- [5] Whiteford HA et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 382(9904): 1575-86, 2013
- [6] Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO. Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2014
- [7] Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. RC Kessler i wsp., *Current Opinion in Psychiatry*. 20(4):359-364, lipiec 2007
- [8] Peer victimization and its impact on adolescent brain development and psychopathology. EB Quinlan i wsp., *Molecular Psychiatry*, 12 grudnia 2018
- [9] School-Based Programs to Reduce Bullying and Victimization. D. Farrington, M. Ttofi, The Campbell Collaboration Crime and Justice Group, 2009
- [10] School-Based Programs to Reduce Bullying and Victimization. D. Farrington, M. Ttofi, The Campbell Collaboration Crime and Justice Group, 2009
- [11] WHO-Europe (2015), The European Region Mental Health Action Plan 2013-2020. ISBN 978 92 890 50951
- [12] Physicians by medical speciality, zestawienie Eurostat, European Commission
- [13] Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62 (6) pp. 593-602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593.
- [14] Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022, Ministerstwo Zdrowia

Autorzy stanowiska oficjalnego:

Koordynator Ogólnopolski Projektu Ochrony Zdrowia Psychicznego - Dominika Zajkowska
Koordynator Narodowy Programu Stałego ds. Zdrowia Publicznego (NPO) – Maciej Bugajski
Asystent NPO ds. polityki zdrowotnej - Alicja Bielachowicz