

WROCLAWSKI APEL O DZIAŁANIE

Europejskie Towarzystwo Suicydologii, Prewencji i Postwencji (ESPPA)

Symposium ESPPA 2026 „Changing the Narrative on Suicide: Safer Transitions” · Politechnika Wrocławska, 11 września 2026 r.

„Wrocławski apel o działanie” jest inicjatywą Europejskiego Towarzystwa Suicydologii, Prewencji i Postwencji (ESPPA), wypracowaną na podstawie dyskusji polskich i międzynarodowych ekspertów, wymiany doświadczeń oraz wspólnej pracy warsztatowej uczestników pierwszego Symposium ESPPA 2026 „Changing the Narrative on Suicide: Safer Transitions” („Zmiana narracji o samobójstwie: zapewnienie ciągłości i bezpieczeństwa opieki po kryzysie samobójczym”), które odbyło się 11 września 2026 r. na Politechnice Wrocławskiej.

Apel kierowany jest do instytucji odpowiedzialnych za organizację, finansowanie i jakość opieki, świadczeniodawców, podmiotów leczniczych, osób wykonujących zawody medyczne, środowisk naukowych i badawczych oraz przedstawicieli mediów. Dotyczy bezpiecznego zakończenia opieki i przekazania pacjenta do dalszej opieki po kryzysie samobójczym, niezależnie od tego, czy następuje ono z oddziału psychiatrycznego, SOR lub izby przyjęć, toksykologii czy innego oddziału szpitalnego, z uwzględnieniem specyfiki opieki nad dziećmi i młodzieżą.

Kryzysy samobójcze generują wysokie koszty leczenia i ponownych hospitalizacji, a samobójstwa także utratę lat życia i produktywności. W 2025 r. zamierzone zatrucia lekami stanowiły 44% prób samobójczych rejestrowanych przez Policję, a ich liczba od 2017 r. wzrosła o 191%. Dane policyjne nie obejmują wszystkich prób samobójczych, a Mapy Potrzeb Zdrowotnych nie odzwierciedlają rzeczywistej skali potrzeb. Część kosztów można ograniczyć dzięki skuteczniejszej opiece przed wypisem i po nim. Przejście ze szpitala do dalszej opieki jest krytycznym okresem w zapobieganiu samobójstwom i zamierzonym samouszkodzeniom, w tym próbom samobójczym.

WZYWAMY DO PODJĘCIA NASTĘPUJĄCYCH DZIAŁAŃ

1. Traktujmy wypis jako proces, a nie jako pojedyncze zdarzenie.

Główni adresaci: podmioty lecznicze i świadczeniodawcy udzielający świadczeń osobom po kryzysie samobójczym oraz personel sprawujący opiekę nad pacjentem.

Przygotowanie do bezpiecznego wypisu powinno rozpoczynać się już przy przyjęciu do szpitala, a działania zapewniające ciągłość opieki powinny być szczególnie intensywne w pierwszych dniach i tygodniach po wypisie oraz kontynuowane tak długo, jak wymaga tego sytuacja pacjenta.

2. Twórzmy plan bezpieczeństwa wspólnie z pacjentem przed wypisem ze szpitala.

Główni adresaci: osoby wykonujące zawody medyczne uczestniczące w przygotowaniu pacjenta do wypisu oraz podmioty lecznicze organizujące proces wypisu.

Każdemu pacjentowi wypisywanemu po kryzysie samobójczym należy zaproponować wspólne opracowanie praktycznego i zrozumiałego planu bezpieczeństwa, dostosowanego do jego sytuacji. Plan powinien pomagać rozpoznawać sygnały pogorszenia, określać konkretne sposoby radzenia sobie i działania w razie kryzysu oraz wskazywać osoby, miejsca i sposoby uzyskania pomocy.

3. Włączajmy rodzinę i osoby wspierające.

Główni adresaci: osoby wykonujące zawody medyczne sprawujące opiekę nad pacjentem, pacjent oraz, za jego zgodą, osoby bliskie lub inne osoby wspierające.

Za zgodą pacjenta i z poszanowaniem zasad poufności rodzina i inne osoby wspierające powinny, jeśli jest to możliwe, uczestniczyć w opracowaniu i realizacji planu bezpieczeństwa. Powinny wiedzieć, na jakie sygnały pogorszenia reagować, jak wspierać ograniczanie dostępu do metod i środków mogących zwiększać ryzyko samobójcze oraz gdzie uzyskać pomoc w sytuacji nagłego pogorszenia.

4. Ograniczajmy dostęp do potencjalnie śmiertelnych środków.

Główni adresaci: osoby wykonujące zawody medyczne i podmioty lecznicze; w zakresie rozwiązań systemowych i regulacyjnych: Minister Zdrowia i inne właściwe organy administracji publicznej.

Planowanie bezpieczeństwa powinno obejmować indywidualną ocenę dostępu do leków i innych potencjalnie śmiertelnych środków, używania alkoholu i substancji psychoaktywnych oraz uzgodnienie działań ograniczających ryzyko. Jeśli stan pacjenta, w tym intoksykacja, uniemożliwia rzetelną ocenę kliniczną, należy zapewnić bezpieczeństwo i ponowić ocenę, działając zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi zgody i postępowania bez zgody. Działaniom indywidualnym powinny towarzyszyć rozwiązania populacyjne i regulacyjne ograniczające dostęp do potencjalnie śmiertelnych środków i metod.

5. Dbajmy o bezpieczeństwo farmakoterapii przy wypisie.

Główni adresaci: lekarze, farmaceuci, podmioty lecznicze i apteki; w zakresie rozwiązań systemowych i finansowych: Minister Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia.

Sposób przepisywania i wydawania leków powinien uwzględniać ciągłość leczenia i ryzyko samobójcze.

Na poziomie klinicznym, jeżeli jest to uzasadnione, należy rozważyć mniejsze ilości leków, etapowe wydawanie, zamykane pojemniki, dozowniki i inne rozwiązania zwiększające bezpieczeństwo.

Na poziomie systemowym należy rozwijać współpracę lekarza, placówki i farmaceuty oraz mechanizmy organizacyjne i finansowe umożliwiające stosowanie takich rozwiązań.

6. Zapewnijmy szybki i aktywny kontakt po wypisie ze szpitala.

Główni adresaci: podmiot wypisujący oraz wskazany przed wypisem świadczeniodawca odpowiedzialny za pierwszy kontakt po wypisie.

Przed wypisem podmiot wypisujący powinien ustalić i udokumentować, kto i kiedy skontaktuje się z pacjentem. W przypadku utrzymującego się ryzyka samobójczego pierwszy kontakt powinien nastąpić nie później niż w ciągu 48 godzin. Kontakt powinien być aktywnie inicjowany przez ustalony podmiot, a nie zależeć wyłącznie od tego, czy pacjent sam zgłosi się po pomoc.

7. Zapewnijmy ciągłość opieki i jasny podział odpowiedzialności.

Główni adresaci: podmiot wypisujący oraz świadczeniodawca przejmujący dalszą opiekę nad pacjentem.

Przed wypisem należy ustalić dalszą ścieżkę opieki, termin kolejnego kontaktu i zakres informacji przekazywanych zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami poufności. Podmiot wypisujący inicjuje przekazanie opieki, a jeśli inny podmiot ma ją przejąć, należy dążyć do potwierdzenia przyjęcia pacjenta. Jeśli nie jest to możliwe, uruchamiany jest plan B. Przekazanie powinno, gdy to możliwe, mieć charakter aktywny („warm handoff”).

8. Zawsze przygotujmy plan B.

Główni adresaci: podmiot wypisujący i świadczeniodawca odpowiedzialny za dalszą opiekę; w zakresie zapewnienia dostępności świadczeń: Narodowy Fundusz Zdrowia oraz właściwe podmioty odpowiedzialne za organizację opieki zdrowotnej.

Plan bezpieczeństwa powinien określać, co zrobić, jeśli stan pacjenta się pogorszy, zabraknie wsparcia, leku lub uzgodniona forma opieki okaże się niedostępna. Placówka powinna mieć alternatywną ścieżkę postępowania także wtedy, gdy nie można zapewnić planowanego przekazania opieki lub pacjent nie zgłosi się na wizytę. Finansowanie powinno umożliwiać niezbędne działania zabezpieczające, zanim brak wsparcia przełoży się na większe potrzeby zdrowotne i koszty leczenia.

9. Mierzmy efekty, rozwijajmy badania i wdrażajmy skuteczne rozwiązania.

Główni adresaci: podmioty lecznicze i świadczeniodawcy, Minister Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, podmioty odpowiedzialne za jakość i akredytację oraz jednostki naukowe i badawcze.

Mierniki jakości powinny obejmować rozpoznawanie i kodowanie zachowań samobójczych zgodnie z klasyfikacją ICD, opracowanie planu bezpieczeństwa, lub podanie informacji, dlaczego z tego zrezygnowano, ograniczenie dostępu do potencjalnie śmiertelnych środków, zaplanowanie dalszej opieki, termin kolejnego kontaktu, wskazanie odpowiedzialnego podmiotu, kontakt po wypisie, przekazanie niezbędnych informacji kolejnemu zespołowi oraz bezpieczeństwo farmakoterapii. Dane statystyczne, wyniki badań i doświadczenia pacjentów, bliskich i profesjonalistów powinny służyć doskonaleniu opieki.

Inwestowanie w skuteczne działania zwiększające bezpieczeństwo jest elementem racjonalnej polityki społecznej i zdrowotnej i może przynieść wymierne korzyści zdrowotne, społeczne, ekonomiczne i finansowe.

10. Uczynmy bezpieczeństwo po wypisie ze szpitala wspólną odpowiedzialnością.

Główni adresaci: Minister Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w zakresie jej ustawowych kompetencji, podmioty odpowiedzialne za jakość i akredytację oraz świadczeniodawcy.

Należy opracować i wdrożyć krajowe wymagania dotyczące bezpiecznego wypisu po kryzysie samobójczym. Powinny one rozróżniać elementy stanowiące standard jakości i organizacji opieki, wymagania możliwe do wprowadzenia w procedurach i warunkach kontraktowych oraz rozwiązania wymagające zmian regulacyjnych lub dodatkowego finansowania.

NFZ powinien uwzględniać właściwe wymagania w warunkach realizacji i finansowania świadczeń, a AOTMiT w wycenie lub taryfikacji tam, gdzie wymagane jest nowe lub zmodyfikowane świadczenie. Dane powinny wspierać planowanie świadczeń odpowiadających rzeczywistym potrzebom pacjentów.

MZ, NFZ, instytucje odpowiedzialne za jakość i akredytację, świadczeniodawcy, w tym Centra Zdrowia Psychicznego (CZP), profesjonaliści, osoby z doświadczeniem kryzysu suicydalnego, osoby wspierające i media powinny współtworzyć warunki sprzyjające bezpiecznemu wypisowi ze szpitala i zapewnieniu ciągłości opieki.

NASZE ZOBOWIĄZANIE

„Wrocławski apel o działanie” wskazuje na potrzebę odejścia od traktowania wypisu jako końca leczenia. Bezpieczny wypis po kryzysie samobójczym powinien być standardem opieki, zapewniającym ciągłość leczenia i wsparcia oraz mierzalną jakość. Będziemy działać na rzecz wdrożenia tych rozwiązań do standardów, finansowania i praktyki klinicznej.

- Żadna osoba opuszczająca szpital po kryzysie samobójczym nie powinna pozostawać sama w okresie największego ryzyka.
- Przed wypisem należy zaproponować jej wspólne opracowanie planu bezpieczeństwa, określić dalszą ścieżkę opieki oraz ustalić, kto i kiedy podejmie aktywny kontakt po wypisie.
- Działania powinny być uzgadniane z pacjentem oraz za jego zgodą, z bliskimi lub osobami wspierającymi, z poszanowaniem prawa do informacji, zgody i odmowy oraz wyjątków przewidzianych prawem.
- Skuteczne wdrożenie wymaga rozwiązań na poziomie standardów jakości i organizacji opieki, warunków kontraktowych oraz tam gdzie jest to konieczne, regulacji i finansowania.