Agnieszka Wojtecka

Psychiatria środowiskowa w województwie pomorskim – wybrane aspekty

Wydanie I

Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych

Gdańsk 2011

© Copyright by Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych , Gdańsk 2011

Autor:
Agnieszka Wojtecka, Gdański Uniwersytet Medyczny, Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej

ISBN 978-83-933651-3-5

Wydawca:
Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych
Aleja Zwycięstwa 42 a, 80-210 Gdańsk
tel. +48587358303, fax +48583491548

www.ptpz.pl
Wszystkie prawa zastrzeżone. Żadna część tej książki nie może być powielana ani rozpowszechniana bez uprzedniego wyrażenia zgody przez wydawcę i autorów.

SPIS TREŚCI

1. Wstęp....3
2. Cele opracowania....4
3. Metoda....4
4. Wyniki....6
4.1 Wstęp....6
4.2. Podstawowe dokumenty promujące rozwój opieki środowiskowej....8
4.3. Propozycje rozwiązań strukturalnych zależne od zasobów kraju....13
4.4. Programy i doświadczenia lokalne w Polsce....14
4.5. Formy organizacyjne środowiskowej opieki zdrowotnej....18
4.6. Opracowanie w ramach programu Zdrowie dla Pomorzan 2005-2013....19
4.7. Parametry opieki i miary efektywności podjętych działań....24
4.8. Wyniki badania ankietowego....30
5. Wnioski....38
6. Narodowy Program Zdrowia Psychicznego....40
7. Spis Rysunków....86
8. Literatura....87

1. WSTĘP

Analiza potrzeb w zakresie psychiatrii środowiskowej w województwie Pomorskiem została przeprowadzona w Opracowaniu Xa Leczenie Psychiatryczne, w roku 2007, w roku 2007, w ramach Programu Zdrowie dla Pomorzan 2005 – 2013. [19] Rozdział 2 Aktualny stan lecznictwa psychiatrycznego w województwie pomorskim na tle kraju oraz w porównaniu wytycznymi Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (projekt). Niniejszy raport zawiera odniesienie do tego opracowania oraz Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Dzięki przeprowadzonym i przedstawionym analizom było możliwe sformułowanie wniosków zawartych na końcu tego opracowania.

Niniejsze opracowanie nie zawiera obszaru związanego z leczeniem uzależnień. Po przeprowadzeniu przeglądu piśmiennictwa dotyczącego programu psychiatrii środowiskowej, przygotowując opracowanie oparto się na raporcie pt. „Psychiatryczna opieka środowiskowa w Polsce" opublikowanym przez Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej pod redakcją ze strony Instytutu Psychiatrii i Neurologii doc. dr hab. Joanny Meder prof. dr. hab. Marka Jaremy, a ze strony Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego prof. dr. hab. Aleksandra Araszkiewicza. [5] W opracowaniu z 2008 roku autorzy zwracają uwagę na działania, które w opinii specjalistów mają pierwszorzędne znaczenie dla ośrodków opieki środowiskowej. Należy zapewnić 24 godzinny dostęp dla wielospecjalistycznego personelu dla osób cyt: "z takimi poważnymi chorobami psychicznymi, jak schizofrenia, choroba afektywna dwubiegunowa, ciężka depresja lub otępienie."

Wskazują oni, że pierwotnym celem do realizacji programu jest zapewnienie podstaw opieki dla tych chorych. Wynika to zapewne między innymi z ograniczonej podaży specjalistów, na których niedobory wskazuje wielu autorów. Ponadto sieć ośrodków zajmujących się uzależnieniami nie jest ograniczona do psychiatrii , psychologii i pomocy społecznej. Duży udziałów leczeniu mają oddziały toksykologiczne i intensywnej terapii. Należy dodać, że leczeniem zatruć tak zwanego średniego stopnia zajmują się oddziały wewnętrzne, zgodnie z warunkami szczegółowymi umów z NFZ. Nie bez znaczenia jest różnorodny, nie do końca ujęty w ramy strukturalne charakter ośrodków zajmujących się terapią uzależnień. Są to zarówno Poradnie Zdrowia Psychicznego, ale też ośrodki prowadzące leczenie wg własnych zasad , które nie są powszechnie zaakceptowane jako metoda terapeutyczna (ośrodki wyznaniowe), czy MONAR, którego metody także nie

znajdują powszechnej akceptacji w środowisku. W praktyce oznacza to konieczność przyjęcia w strategii województwa metod, które zostaną zaakceptowane jako komplementarne do modelu psychiatrii środowiskowej, a także określenia roli łóżek toksykologicznych w tym kompleksowym modelu.

2. CELE OPRACOWANIA

1. Analiza istniejącego piśmiennictwa na temat skuteczności działania zespołów psychiatrii środowiskowej.

2. Analiza informacji publikowanych przez płatnika publicznego na temat struktury lecznictwa psychiatrycznego pozwalającej rozwijać model Środowiskowej Opieki Psychiatrycznej, finansowanej ze środków publicznych w województwie pomorskim.

3. Przedstawienie stopnia zaawansowania realizacji założeń Programu Zdrowie dla Pomorzan: Opracowanie Xa Lecznictwo Psychiatryczne z 2007 roku, na podstawie materiałów NFZ z roku 2010-2011. [19]

4. Przedstawienie spójności podejmowanych działań z oczekiwaniami lekarzy POZ, jako potencjalnymi współrealizatorami modelu Środowiskowej Opieki Psychiatrycznej.

5. Ocena zgodności wdrożenia z wytycznymi krajowymi.

3. METODA

W opracowaniu zastosowano metody:

- analizy piśmiennictwa krajowego i zagranicznego
- studium przypadku wybranych rozwiązań organizacyjnych
- analizy danych dostarczonych przez Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
- analiza Opracowania Xa z zakresu lecznictwa psychiatrycznego w ramach Programu Zdrowie dla Pomorzan 2005-2013
- analiza opracowania Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego

- analiza dokumentów opublikowanych przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju OECD
- badania ankietowego skierowanego do lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Poradni Zdrowia Psychicznego w województwie pomorskim.
- konsultacji telefonicznych z przedstawicielami Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Poradni Zdrowia Psychicznego.

Przedmiotem badania ankietowego były następujące problemy powiązane z planowaną zmianą organizacji opieki psychiatrycznej w województwie pomorskim:

- stan wiedzy na temat realnego zapotrzebowania na interwencje w trybie ostrym realizowane przez oddziały lub szpitale psychiatryczne

- posiadane przez lekarzy pierwszego kontaktu informacje na temat liczby pacjentów wymagających powtarzanych interwencji opartych o zasoby psychiatrycznego lecznictwa zamkniętego

- sposoby samoorganizacji współpracy pomiędzy specjalistami, opiekującymi się chorymi w Podstawowej Opiece Zdrowotnej

- ocena respondentów na temat dotychczasowych doświadczeń w próbach realizacji systemowej opieki nad pacjentem z problemami psychicznymi

- opinie na temat możliwych działań naprawczych

W części adresowanej do lekarzy psychiatrów, położono nacisk na część opisową, licząc na szerokie wnioski środowiska, w naturalny sposób powołanego do rozwiązywania problemów chorych z zaburzeniami psychicznymi.

Przeprowadzono wywiady w wybranymi jednostkami ochrony zdrowia w celu uściślenia odpowiedzi, lub uzyskania dodatkowych informacji na temat poruszony w ankiecie.

Wzory ankiet wysłane do lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) oraz do Poradni Zdrowia Psychicznego (PZP) w załączeniu.

4. WYNIKI

4.1 WSTĘP

Termin psychiatria (opieka) środowiskowa – *community psychiatry, community-based psychiatry, community care,* odwołuje się do psychiatrii zainteresowanej lokalną wspólnotą społeczną, w której żyją chorzy. [1] Jest to przyjęta nowoczesna i efektywna forma opieki nad chorymi z zaburzeniami psychicznymi. Znalazło to potwierdzenie w szeregu dokumentów wyznaczających pożądaną strategię na świecie i w Unii Europejskiej.

Wielka Brytania była prekursorem zmian w Europie. W latach 40.-50. XX w. - wprowadzono formułę opieki dziennej przy szpitalach psychiatrycznych. W 1959 r. – wezwano do ograniczania liczby łóżek w dużych ośrodkach psychiatrycznych na rzecz tworzenia łóżek psychiatrycznych w szpitalach ogólnych, szpitalnej opieki dziennej i ośrodków środowiskowych (Mental Health Act, The Hospital Plan for England and Wales).

W Stanach Zjednoczonych i Włoszech doprowadzono do szybkiej redukcji liczby łóżek w szpitalach psychiatrycznych.

Niestety przeniesienie osób chorych z instytucji zamkniętych do społeczeństwa, bez zapewnienia rozwiązań uwzględniających potrzeby chorych spowodowało, że najciężej chorzy pozostali bez pomocy, gdyż nie przyzwyczajeni do funkcjonowania w społeczeństwie nie potrafili korzystać z oferowanych rozwiązań. [6]

Szczególnie w USA, pojęcie psychiatrii środowiskowej wyrosło z nurtu wyodrębniania się ze środowiska szpitalnego, na rzecz opieki realizowanej w środowisku lokalnym.

Z początku psychiatria środowiskowa powstała z myślą o zwiększaniu potencjału zdrowia psychicznego w oparciu o lokalną wspólnotę. Ten aspekt pociągał za sobą skupienie się na promocji zdrowia psychicznego oraz prewencji zaburzeń psychicznych, a nie jedynie na leczeniu.

Założenie takie stanowi jednak dużą i realną przeszkodę w próbach realizacji modelu, co do którego nie istnieją propozycje alternatywne .

Planowanie opieki środowiskowej wymaga precyzyjnej współpracy wielu podmiotów, wspomaganej spójnymi zasadami prawa i finansowania. Instytucje, które powinny brać udział w realizacji zadania tworzenia środowiskowej opieki psychiatrycznej, albo mają swoje wcześniej określone zadania (np. szpitale psychiatryczne), albo ich nie zaplanowały (np. szpitale wielospecjalistyczne, które powinny otworzyć nowe oddziały).

Nie bez znaczenia jest poziom finansowania interwencji psychiatrycznych na tyle niski, że trudno spodziewać się otwierania oddziałów w tej specjalności, na wniosek dyrektorów szpitali ogólnych.

Niezależnie od tych przeszkód dostępne dane pozwalają założyć, jakich zmian należałoby dokonywać, aby zbliżyć się do rozwiązania określanego jako psychiatryczna opieka środowiskowa. Przykładami działań rozpoczynających etap przygotowawczy w innych rejonach Polski są między innymi: decyzja Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego o utworzeniu zespołu roboczego, lub szerokie opracowanie sytuacji i przyszłych zadań jakie przedstawił zespół z województwa śląskiego.

ZARZĄDZENIE NR 31 / 2011
MARSZAŁKA WOJEWÓDZTWA KUJAWSKO-POMORSKIEGO
z dnia 26 lipca 2011r.

w sprawie powołania Zespołu ds. Środowiskowej Opieki Psychiatrycznej

Przykład Zarządzenia z roku 2011 w Województwie Kujawsko-Pomorskim

W województwie pomorskim w ramach Wieloletniego Programu Rozwoju Systemu Zdrowia w Województwie Pomorskim „Zdrowie dla Pomorzan 2005-2012" – Opracowanie Xa Lecznictwo Psychiatryczne wydano publikację, w której określono cel główny:

„Poprawa jakości i dostępności świadczeń lecznictwa psychiatrycznego poprzez wdrożenie w województwie pomorskim modelu psychiatrii środowiskowej – zintegrowanej opieki uwzględniającej współdziałanie wszystkich partnerów instytucjonalnych w oparciu o Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego." [19]

4.2. PODSTAWOWE DOKUMENTY PROMUJĄCE ROZWÓJ OPIEKI ŚRODOWISKOWEJ

Początek XXI wieku to dla psychiatrii środowiskowej zmiana wynikająca z międzynarodowego uznania jej za jedyny właściwy kierunek rozwoju opieki psychiatrycznej.

Znaczenie zdrowia psychicznego ludności, konieczność przygotowania programu reform, a także nadanie stosownej rangi działaniom w tym zakresie znalazło odzwierciedlenie m.in. w przyjęciu przez reprezentantów ministerstw zdrowia 53 krajów europejskich regionu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w obecności przedstawicieli Komisji Europejskiej i Rady Europy „Deklaracji o ochronie zdrowia psychicznego dla Europy" w styczniu 2005 r. [21] oraz w zapisach ogłoszonej przez Komisję Europejską w październiku 2005r. „Zielonej Księdze", w sprawie poprawy zdrowia psychicznego ludności – proponującej strategię zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej (UE). [27]

Znajduje to wyraz w wielu deklaracjach WHO oraz Komisji Europejskiej.

Raport WHO (WHO 2001) World Health Organization. The Word Health Report 2001, Mental Health: New Understanding, New Hope, The Way Forward, World Health Organization, 110-111, zaleca stały wysiłek w kierunku przeniesienia miejsca leczenia pacjenta ze szpitali psychiatrycznych i innych instytucji długiego pobytu do opieki środowiskowej argumentując, że opieka ta wiąże się z wyższą jakością życia, gwarantuje lepsze respektowanie praw człowieka oraz lepszy bilans kosztów i korzyści. [23]

1. Wytyczne WHO (WHO 2003) „Organizacja Ośrodków Zdrowia Psychicznego" – „Opieka nad zdrowiem psychicznym powinna być realizowana przez ośrodki podstawowej opieki zdrowotnej oraz ośrodki środowiskowe. Duże i scentralizowane instytucje psychiatryczne powinny być zastąpione przez bardziej dostosowane do potrzeb ośrodki zdrowia psychicznego." [20]

2. Podpisana przez Ministrów Zdrowia europejskiego regionu WHO Deklaracja Zdrowia Psychicznego dla Europy („Podjąć wyzwania, szukać rozwiązań" 2005) stanowi: „My Państwa Członkowskich Europejskiego Regionu WHO zobowiązujemy się popierać (...) rozwój ośrodków środowiskowych mających zastąpić opiekę dużych instytucji nad osobami z poważnymi problemami zdrowia psychicznego". [21]

3. Plan Działania Zdrowia Psychicznego dla Europy („Podjąć wyzwania, szukać rozwiązań" 2005) zawiera w sobie dział zalecający „Zapewnienie efektywnej opieki środowiskowej dla osób z poważnymi problemami zdrowia psychicznego". W dziale tym zalecane jest „...zaplanowanie i wdrożenie specjalistycznych ośrodków opieki środowiskowej, dostępnych 24 godziny na dobę, siedem dni w tygodniu, z personelem różnych profesji dla opieki nad osobami z poważnymi problemami zdrowia psychicznego jak schizofrenia, psychoza maniakalno-depresyjna, ciężka depresja lub otępienie..." [21]

4. Zielona Księga („Poprawa Zdrowia Psychicznego Ludności" 2005): „Deinstytucjonalizacja oraz wprowadzenie usług (psychiatrycznych) do opieki podstawowej, łatwo dostępnych ośrodków opieki środowiskowej oraz oddziałów w szpitalach ogólnych stanowi o promocji włączania społecznego. Duże szpitale psychiatryczne lub instytucje („azyle"), które oddzielają usługi psychiatryczne od innych usług medycznych sprzyjają stygmie. W szczególności dla niektórych z nowych Państw Członkowskich te duże instytucje stale stanowią dużą część infrastruktury opieki psychiatrycznej." [27]

5. Europejski Pakt dla Zdrowia Psychicznego („Razem na rzecz Zdrowia i Dobrego Samopoczucia Psychicznego" 2008) zaleca:

- zwalczanie stygmy i wykluczenia społecznego,

- kampanie przeciwko stygmie,

- promocję kontaktów osób chorujących psychicznie z mediami, w szkole i w pracy,

- zachowanie właściwej równowagi pomiędzy psychiatrią instytucjonalną, a środowiskową,

- poprawienie dostępu osób z problemami psychicznymi do zatrudnienia. [15]

6. W Polsce idee te ogólnie zawarte w Ustawie o Ochronie Zdrowia Psychicznego (1994) zostały przełożone na praktyczne rozwiązania Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Jednym z podstawowych celów Programu jest: „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,

- zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego,

- udziału w życiu zawodowym,

- koordynacji różnych form opieki i pomocy. [1]

7. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. U. z dnia 3 lutego 2011 r.)
Cel główny 2: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. [25]
Cele szczegółowe:
2.1 Upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.
Zalecane wskaźniki dostępności w psychiatrycznej opiece zdrowotnej są opublikowane w dokumencie rządowym . (Dz.U. 24 poz. 128 , zał nr 2)

Poza wyżej wymienionymi dokumentami, które są wstępem i podstawą podejmowanych działań z zakresu psychiatrii środowiskowej w Polsce dostępna jest także literatura szczególnie pomocna dla osób, które w codziennej praktyce zawodowej zajmują się zagadnieniami wdrażania i funkcjonowania psychiatrii środowiskowej na danym obszarze kraju. Te publikacje to:

8. Książki:

- Psychiatria środowiskowa jako środowiskowa opieka nad zdrowiem psychicznym - Maria Załuska, Katarzyna Prot, Paweł Bronowski, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2007 [14]

- W stronę lepszej psychiatrycznej opieki zdrowotnej - Graham Thornicroft, Michele Tansella, Instytut Psychiatrii i Neurologii , Warszawa 2010 [10]

- Psychiatria środowiskowa i organizacja psychiatrycznej opieki zdrowotnej. W: Bilikiewicz A (red) Psychiatria – podręcznik dla studentów medycyny. Wyd. PZWL [2]

9. Artykuły:

- Psychiatria w praktyce ogólnolekarskiej – Joanna Meder, Psychiatria środowiskowa, Joanna Meder, tom 4 nr 3, 2004 [4]

- Relacja terapeutyczna w psychiatrii środowiskowej z perspektywy pacjenta i terapeuty - Psychiatria Polska, 2011, tom XLV, numer 5 [9]

- Satysfakcja pacjentów i rodzin z opieki środowiskowej badanie pilotażowe - Katarzyna Prot, Marta Anczewska, Anna Induska, Psychiatria Polska 2011, tom XLV, numer 6 [7]

- Psychiatria środowiskowa: idea, system, metoda i tło. – Wciórka, Postępy psychiatrii i neurologii 9, 2000 [12]

Poza wyżej wymienionymi pozycjami literatura przedmiotu zawiera także takie opracowania jak :

10. Małopolski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego 2004 – 2008, autor: Departament Polityki Społecznej, Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego. [17]

Dokument zawiera analizę dostępnych zasobów i założenia programowe środowiskowej opieki psychiatrycznej , nie opracowano zasad dochodzenia do postulowanych rozwiązań, takich jak: przeniesienie hospitalizacji psychiatrycznych do szpitali wieloprofilowych, współfinansowanie zadań na pograniczu opieki społecznej i ochrony zdrowia, kroków organizacyjnych mających pozwolić na osiągnięcie celu strategicznego.

Podobną konstrukcję ma Projekt Śląskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015 , przedstawiony w maju 2011 do konsultacji społecznych.

11. Miejski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2010 – 2012, będący załącznikiem do Uchwały Rady Miasta Krakowa, wskazuje cele zgodne z NPOZP, zawiera propozycje działań monitorujących efekty w dwóch kategoriach:

- „Źródła finansowania: budżet Gminy Miejskiej Kraków, środki finansowe: Narodowego Funduszu Zdrowia, świadczeniodawców usług medycznych, budżet państwa oraz środki zagraniczne nie podlegające zwrotowi (środki z budżetu Unii Europejskiej).”

- „Wskaźniki monitoringu: liczba przygotowanych i zrealizowanych programów i przedsięwzięć profilaktycznych, liczba osób, którym udzielono świadczeń zdrowotnych, liczba wykrytych zaburzeń, liczba osób korzystających z poszczególnych form pomocy.”

Jak widać przewiduje się ocenę ogólnych parametrów mimo, że występuje jeden organ założycielski dla wszystkich podmiotów mających mieć udział w programie. [26]

12. „Zdrowie psychiczne w różnorodności form oparcia środowiskowego" (wydawnictwo pokonferencyjne), praca zbiorowa Kraków 2005.

W opracowaniu przedstawiono dane demograficzne i postulowane rozwiązania organizacyjne , które mogą się składać na model środowiskowej opieki środowiskowej , jednak nie stanowią kompleksowej propozycji do wdrożenia. Omówiono między innymi funkcjonowanie Centrów Integracji Społecznej w Olsztynie, krakowskiego ŚDS VITA , zakładów aktywności zawodowej. Nie były przedmiotem opracowania koszty prowadzenia takiej działalności i źródła pozyskiwania środków na te cele. [28]

13. Wyczerpującą analizę dostępnego piśmiennictwa przedstawia M. Ciałkowska w opracowaniu „Rehabilitacja psychiatryczna w Polsce. Przegląd piśmiennictwa polskiego 1990–2007" źródło: Psychiatria Polska 2009, tom XLIII, numer 3, strony 313–322 [3]

14. Psychiatryczna opieka zdrowotna w województwie podlaskim, dokument opracowany w Podlaskim Urzędzie Wojewódzkim w Białymstoku w Wojewódzkim Centrum Zdrowia Publicznego w 2010 roku

Dokument zawiera analizy statystyczne przyjęć, hospitalizacji, rozmieszczenia ośrodków na terenie województwa. Nie zawiera żadnych dodatkowych danych na temat potrzeb i planu ich zaspokajania, zgodnie z NPOZP. Na uwagę zasługuje zaangażowanie Urzędu Wojewódzkiego w próbę rozwiązania problemu opieki psychiatrycznej na swoim terenie. [22]

15. „Środowiskowy model leczenia psychiatrycznego a zmiany w strukturze lecznictwa w ostatnich latach w Polsce", autor: Maria Załuska, Postępy Psychiatrii i Neurologii 2006; 15 (4): 277.285 [13]

Autorka przedstawia epidemiologię zachorowań i wskazuje, że środowiskową opiekę psychiatryczną należałoby oprzeć o Powiatowe Centra Zdrowia Psychicznego. Nie zajmuje się zasadami ich tworzenia i finansowania poprzestając na stwierdzeniu iż model powiatowy uważa za optymalny.

16. Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego – współpraca jednostek samorządu terytorialnego przy realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego -

prezentacja autor Dorota Łuczyńska, Dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego w Łodzi. Przedstawiono dokonane inwestycje dotyczące bazy szpitalnej, które w większości dotyczą rozbudowy szpitala psychiatrycznego w Zgierzu. W przedstawionym materiale nie zamieszczono proponowanej strategii dla realizacji opieki środowiskowej.[25]

17.„Psychiatryczna opieka środowiskowa w Polsce" - publikacja opracowana przez Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej.

Raport pod redakcją Joanny Meder, Marka Jaremy i Aleksandra Araszkiewicza Warszawa 2008 wyczerpująco opisuje założenia dostosowane do polskiego systemu opieki psychiatrycznej, nie wskazuje jednak drogi do powiązania zadań psychiatrii z innymi podmiotami takimi jak szpitale wieloprofilowe, POZ, czy oddziały toksykologiczne. [5]

4.3. PROPOZYCJE ROZWIĄZAŃ STRUKTURALNYCH ZALEŻNE OD ZASOBÓW KRAJU

Kraje o średnich zasobach: psychiatryczna opieka ambulatoryjna prowadzona jest przez lekarzy pierwszego kontaktu z możliwością konsultacji specjalistycznej oraz przez poradnie zdrowia psychicznego i zespoły leczenia środowiskowego

Poradnie Zdrowia Psychicznego - diagnozowanie skomplikowanych przypadków, leczeniu pacjentów z ciężkimi bądź opornymi na leczenie objawami oraz udzielaniu konsultacji lekarzom opieki podstawowej

Zespoły Leczenia Środowiskowego zapewniają ciągłość opieki.

Opieka całodobowa realizowana jest w postaci krótkoterminowej opieki szpitalnej (przede wszystkim w oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych) lub długoterminowej opieki stacjonarnej – środowiskowej (domy opieki oraz domy pobytu z bardziej wyspecjalizowanym personelem), oddziały dzienne, warsztaty - rehabilitacja osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi.

Kraje o dużych zasobach: psychiatryczna opieka ambulatoryjna prowadzona jest przez lekarzy pierwszego kontaktu z możliwością konsultacji specjalistycznej oraz przez poradnie

zdrowia psychicznego oraz wyspecjalizowane ośrodki opieki ambulatoryjnej oraz wyspecjalizowane zespoły opieki środowiskowej.

Opieka całodobowa realizowana jest w postaci krótkoterminowej opieki szpitalnej w szpitalach ogólnych lub w formie alternatyw do hospitalizacji w postaci leczenia domowego (zespołów kryzysowych), oddziałów dziennych oraz domów kryzysowych.

Długoterminową opiekę domów opieki zastępują ośrodki bardziej zorientowane środowiskowo - miejsca pobytu dziennego oraz mieszkania chronione z różnym stopniem zaangażowania personelu.

Rehabilitacja zawodowa przybiera bardzo zróżnicowane formy - warsztaty, nadzorowane miejsca pracy, spółdzielnie pracy, grupy samopomocowe, zatrudnienie przejściowe, program indywidualnego umieszczania w miejscu pracy z towarzyszącym wsparciem. [11]

4.4. PROGRAMY I DOŚWIADCZENIA LOKALNE W POLSCE

W Polsce założenia reformy ujętej w Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP 2007), obejmują deinstytucjonalizację realizowaną poprzez ograniczenie liczby łóżek w dużych szpitalach psychiatrycznych do 300. Zamiast łóżek w dużych instytucjach zaleca się otwieranie oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych. Leczenie psychiatryczne powinno odbywać się poza szpitalem, w specjalnie do tego celu stworzonych ośrodkach obejmujących poradnie, oddziały dzienne, zespoły leczenia środowiskowego lub domowego, a także mieszkania terapeutyczne. Plan reformy zakłada także tworzenie i zapewnianie pacjentom wspieranych form zamieszkania, rehabilitację oraz zatrudnienie w warunkach chronionych, w lokalnym środowisku. W myśl odejścia od instytucjonalizacji, tworzy się model społeczności terapeutycznej. Wszystkie wymienione postulaty reformy psychiatrycznej zmierzają w kierunku humanitarnego i partnerskiego podejścia do osoby chorej. Priorytetem reformy jest dostarczanie opieki w najmniej restrykcyjnym otoczeniu, zaangażowanie chorych i ich rodzin w rozwijanie usług, i prowadzenie własnej opieki.

Jedną z propozycji przekształcania systemu opieki psychiatrycznej w Polsce jest koncepcja wieloetapowa, zakładająca uporządkowane i zaplanowane działania na terenie całego kraju, przedstawiona przez dr. med. Joannę Meder.

Kolejność kroków miałaby się przedstawiać następująco:

Etap I – stworzenie ogólnopolskiej sieci poradni zdrowia psychicznego oraz konsekwentna edukacja społeczeństwa

_ Etap II – tworzenie hosteli i mieszkań chronionych oraz konsekwentna edukacja społeczeństwa

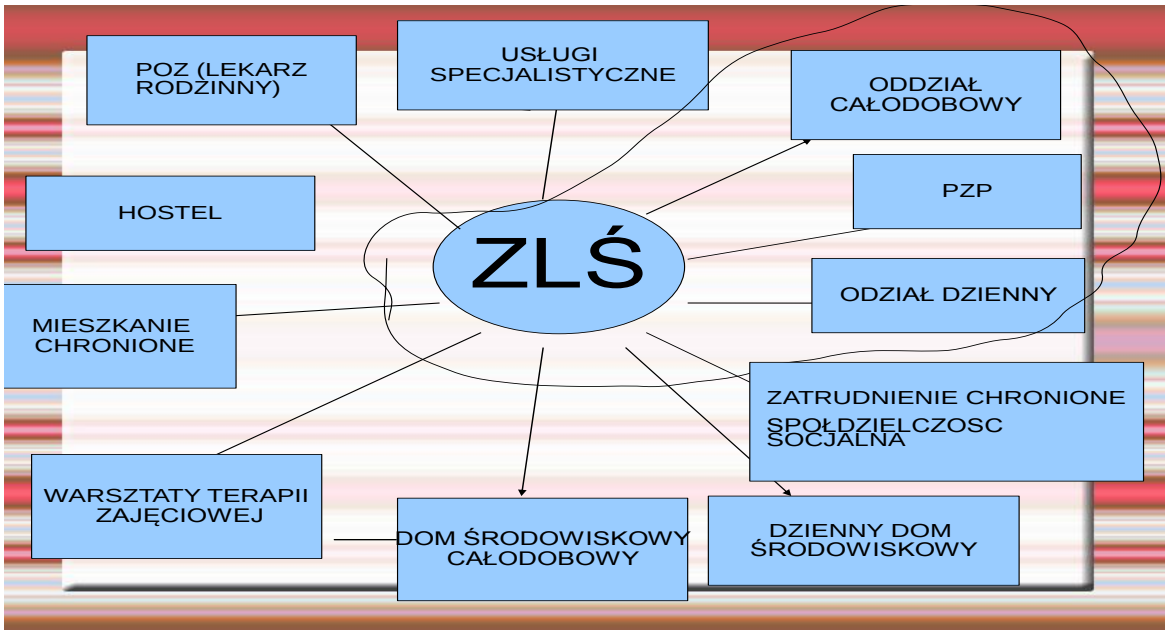
_ Etap III – zmiana struktury zasobów opieki psychiatrycznej oraz konsekwentna edukacja

społeczeństwa.

Etap I - Prowadzenie działań edukacyjnych, zbudowanie akceptacji i przygotowanie społeczeństwa do wspierania osób z zaburzeniami psychicznymi w lokalnych społecznościach, stworzenie ogólnopolskiej sieci poradni zdrowia psychicznego, lepszy dostęp do zespołu terapeutycznego, utrzymanie ciągłości terapii skutkujące podniesieniem jej efektywności. Zadania: prowadzenie opieki czynnej, zapewnienie opieki zespołu leczenia domowego, prowadzenie działań edukacyjnych, współpraca z opieką społeczną w celu aktywizacji zawodowej osób chorych

Etap II - tworzenie hosteli i mieszkań chronionych, ośrodków pozwalające na stopniowe wdrażanie osób chorych do funkcjonowania w społeczeństwie, w zależności od potrzeb chorych zapewniona jest opieka całodobowa (hostele) lub czasowa pomoc personelu (mieszkania chronione), zwiększenie liczby Oddziałów Dziennych oraz stworzenie systemu transportu chorych do ośrodków, edukacja społeczeństwa, akceptacja osób chorych oraz uzyskanie przyzwolenia lokalnej społeczności na uruchomienie ośrodka.

Etap III - Zmiana struktury zasobów opieki psychiatrycznej, sukcesywne zmniejszanie liczby izolowanych szpitali psychiatrycznych na rzecz oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych, dopasowanie zasobów i struktury kadr do wymagań psychiatrycznej opieki środowiskowej, konsekwentna edukacja społeczeństwa.



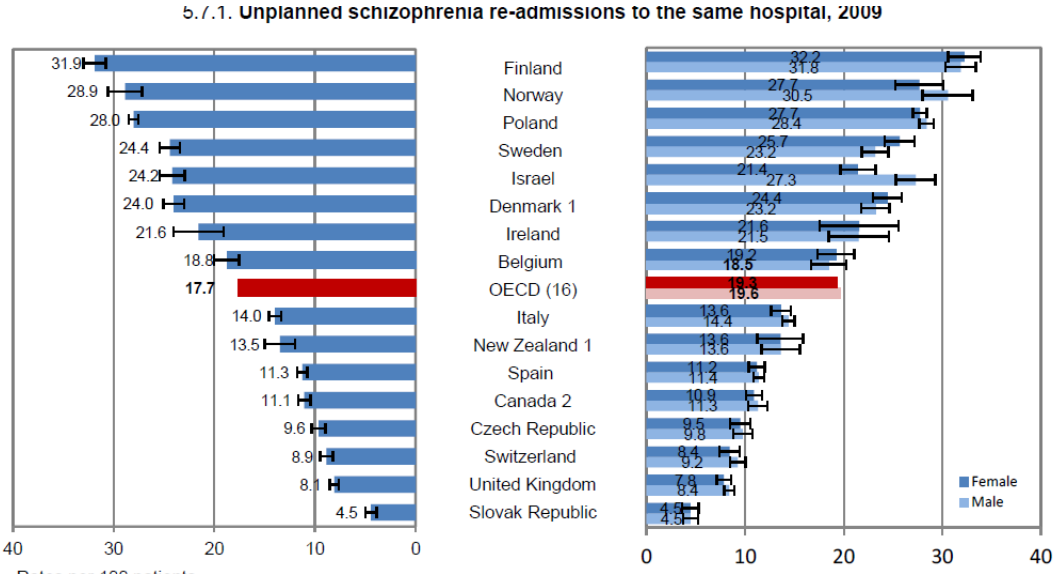
Rysunek 1 Zespół leczenia środowiskowego [4]

Koszty opieki psychiatrycznej ponoszone przez Narodowy Fundusz Zdrowia wykazują stały wzrost. Wynika to przede wszystkim z coraz większej liczby osób, którym pomoc jest udzielana – w latach 1990–2005 wskaźnik rozpowszechnienia leczonych w opiece ambulatoryjnej wzrósł o 124%, natomiast wskaźnik rozpowszechnienia hospitalizacji o 50%. W tych samych latach wskaźnik zapadalności w lecznictwie ambulatoryjnym wzrósł o 131%, natomiast w lecznictwie całodobowym o 90%. W latach 2004–2006 koszty poniesione przez NFZ na świadczenia w rodzaju: leczenie psychiatryczne i uzależnień (PSY), zwiększyły się o 13%, osiągając w 2006 r. kwotę 1 169 877 060 złotych. Stanowi to 3,2% kosztów świadczeń zdrowotnych poniesionych przez NFZ. Zarówno w Unii Europejskiej, jak i w innych krajach rozwiniętych wskaźnik ten oscyluje w okolicach 10% całkowitych wydatków na ochronę zdrowia. [4]

W 2005 r. opieką pośrednią, czyli opieką na oddziałach dziennych, oddziałach opieki środowiskowej, hostelach, oddziałach opieki domowej, było objętych ok. 20 000 chorych, co stanowiło jedynie 1,2% wszystkich chorych leczonych w tym roku. Leczeniem w zespołach opieki środowiskowej objętych zostało 3988 osób. [4], [19]

Kraje należące do OECD zobowiązują się do corocznego przedstawiania raportów zawierających wskaźniki medyczne. Chorób psychicznych dotyczy rozdział poświęcony nieplanowanym readmisjom do szpitali przed upływem 30 dni od wypisu z powodu ciężkich zaburzeń psychicznych.

Jest to uznany wskaźnik jakości opieki psychiatrycznej w danym kraju. Waha się od 4,5 readmisji w Słowacji, do 32 w Finlandii. W Polsce wynosi 28,9 rehospitalizacji na 100 przyjętych pacjentów z powodu schizofrenii i jest jednym z najwyższych wśród krajów OECD.



OECD Health at a Glance 2011 – July 2011

Rysunek 2 Nieplanowane powtórne przyjęcia z powodu schizofrenii, do tego samego szpitala, w roku 2009 [18]

Przykładem rozwiązań zastosowanych w Polsce jest między innymi model środowiskowej opieki psychiatrycznej dla miasta Suwałki do roku 2015 został opublikowany w 2011. [22]

Cel główny Programu: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.

Cele szczegółowe Programu:

1.1. Upowszechnianie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

1.2. Upowszechnianie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego.

1.3. Aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi.

1.4. 1.4 Skoordynowanie różnych form opieki i pomocy.

W programie wskazano potencjalne źródła finansowania zmian w zasadach sprawowania opieki psychiatrycznej na terenie miasta. Próba pokazania źródeł finansowania tworzonego modelu jest szczególnie godna podkreślenia. Stosunkowo niewielkie efekty wprowadzanych dotychczas zmian wynikają najprawdopodobniej z braku koncepcji zintegrowanego budżetu, który miałby sterować inicjatywami zarówno w sektorze medycyny jaki i opieki społecznej. Problem psychiatrii środowiskowej dotyczy w równym stopniu efektywnego leczenia jak i zmniejszania następstw niepełnosprawności.

Źródłem finansowania zadań zawartych w Programie mają być:

- środki własne Miasta Suwałk – uchwalane corocznie przez Radę Miejską w Suwałkach w ramach budżetu Miasta,
- środki własne realizatorów zadań,
- środki pozyskane w ramach programów ministerialnych,
- środki NFZ, w ramach zawartych kontraktów, środki pozabudżetowe.

Kolejnym przykładem jest środowiskowa rehabilitacja psychiatryczna w Białymstoku, prowadzona przez Stowarzyszenie na rzecz Rehabilitacji Psychiatrycznej, obejmuje wiele inicjatyw środowiskowych. Podkreśla się pozytywny wpływ opieki całego zespołu leczenia środowiskowego na częstotliwość i długość hospitalizacji podopiecznych w ciągu 12 miesięcy od objęcia ich lecznictwem środowiskowym (spadek łącznej liczby hospitalizacji o 15%, spadek łącznego czasu hospitalizacji o ponad 41%). [8]

4.5. Formy organizacyjne środowiskowej opieki zdrowotnej

1) Środowiskowe Domy Samopomocy (np. w woj. lubuskim jest ich 18). Niektóre mają pod opieką zarówno chorych psychicznie jak i niepełnosprawnych intelektualnie co jest jednak uważane za złe rozwiązanie. Kierują do nich: Zespoły Leczenia Środowiskowego Psychiatrycznego, oddziały dzienne, szpitale psychiatryczne, poradnie zdrowia psychicznego

2) mieszkania chronione,

3) warsztaty terapii zajęciowe

4) zakłady aktywności zawodowej

5) centra integracji społecznej tworzone przez samorząd /ustawa z 13.06.2003 o zatrudnieniu socjalnym/, np. w Olsztynie utworzone przez prezydenta Olsztyna jako gospodarstwo pomocnicze przy MOPS .

6) Ośrodki Interwencji Kryzysowej /np. w Krakowie/

7) hostele

8) Centra Zdrowia Psychicznego

4.6. Opracowanie w ramach programu Zdrowie dla Pomorzan 2005-2013

W opracowaniu zrealizowanym przed opublikowaniem ostatecznej wersji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego przyjęto jako podstawową strukturę organizacyjną powołanie **centrów opieki psychiatrycznej** rozmieszczonych po terenie województwa tak, aby zapewnić optymalizację dostępu chorych i ich opiekunów do całodobowej opieki w miejscu zamieszkania. [25] Dokument opublikowany ostatecznie przez Ministerstwo Zdrowia w 2010 roku jest w pełni spójny w swoich tezach z poczynionymi wcześniej w ramach projektu Zdrowie dla Pomorzan 2005-2013 założeniami.

Zgodnie z tym opracowaniem Centrum składa się co najmniej z:

- **zespołu ambulatoryjnego -** zadania: porady lekarskie i psychologiczne, indywidualna i grupowa pomoc psychoterapeutyczna, czynności pielęgniarskie, interwencje socjalne
- **zespołu środowiskowego -** zadania: wizyty domowe, terapia indywidualna i grupowa, praca z rodziną, treningi umiejętności, budowanie sieci oparcia społecznego, zajęcia i turnusy rehabilitacyjne
- **zespołu dziennego -** zadania: częściowa hospitalizacja
- **zespół szpitalny** – zadania: dostęp do odpowiednio kwalifikowanej psychiatrycznej opieki stacjonarnej. Podstawowym i docelowym rozwiązaniem powinny być świadczenia oddziału psychiatrycznego lokalnego szpitala ogólnego,

uzupełniane profilowanymi świadczeniami innych szpitali. Tam, gdzie to możliwe, oddział stanowi integralną część centrum.

Rysunek 3 Struktura Centrum Zdrowia Psychicznego [19]

Obecna (dane na rok 2011) liczba Centrów Zdrowia Psychicznego w województwie pomorskim oraz proponowana lokalizacja Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP) i proponowana szacunkowa liczba, zgodnie z Opracowaniem Xa, w ramach Programu Zdrowie dla Pomorzan 2005-2013

powiat	liczba ubezpieczonych	Obecna liczba CZP **dla dorosłych** (stan na rok 2011)	Szacunkowa docelowa ilość CZP **dla dorosłych**	Obecna liczba CZP **dla dzieci i młodzieży** (stan na rok 2011)	Szacunkowa docelowa ilość CZP **dla dzieci i młodzieży**
m. Sopot	38 815	0	1	0	2
m. Gdynia	248 612	0	4		
kościerski	67 605	0	1	0	1
kartuski	105 195	0	2		

wejherowski	178 564	0	2	0	2
lęborski	64 990	0	1		
pucki	72 900	0	1		
gdański	79 937	0	1	0	4
nowodworski	35 922	0	1		
m. Gdańsk	446 346	0	7-8		
chojnicki	93 007	0	2	0	1
człuchowski	58 155	0	1		
bytowski	76 886	0	1		
kwidzyński	82 146	0	2	0	1
sztumski	42 051	0	1		
malborski	63 160	0	1		
słupski	94 095	0	1	0	1
m. Słupsk	98 300	0	2		
tczewski	111 879	0	2	0	
starogardzki	121 005	0	2	0	1

Przykładem jest przedstawiony wyżej projekt rozmieszczenia i liczebności Centrów Zdrowia Psychicznego w województwie pomorskim z roku 2007. Niestety pomimo upływu czterech lat, struktura opieki psychiatrycznej nie zmieniła się w stopniu zaplanowanym przez autorów opracowania.

Porównanie struktury organizacyjnej zespołów zastanej w czasie opracowywania Programu Zdrowie Dla Pomorzan 2005-2013 z 2007 roku, a sytuacją obecną, w roku 2011, przedstawia tabela poniżej. Powstały dwie instytucje: w Chojnicach i powiecie tczewskim. Minimalny wskaźnik nasycenia usługami opieki środowiskowej nie został osiągnięty w żadnym powiecie województwa pomorskiego.

Zespoły opieki środowiskowej w województwie pomorskim

Powiat	**Liczba mieszkańców**	**Zespoły opieki środowiskowej**		
		2007	2011	Min. wskaźnik wg NPOZP *1 zespół/50 tys. mieszkańców, 1-3 wizyt tygodniowo*
bytowski	76 168	0	0	2
chojnicki	93 847	0	**1**	2
człuchowski	56 700	0	0	1
m. Gdańsk	546 967	**1**	**1**	11
gdański	95 710	0	0	2
m. Gdynia	247 3240	0	0	5
kartuski	118 087	0	0	2
kościerski	68 728	0	0	1
kwidzyński	82 042	0	0	2
lęborski	64 088	0	0	1
malborski	62 948	0	0	1
nowodworski	35 700	0	0	1
pucki	77 947	0	0	2
m. Słupsk	96 655	0	0	2
słupski	93 640	0	0	2
m. Sopot	38 141	0	0	1
starogardzki	124 646	0	0	2
sztumski	41 568	0	0	1

tczewski	113 781	0	**1**	2
wejherowski	195 622	0	0	4
Razem	**2 329 609**	**1**	**3**	**47**

Należy zwrócić uwagę na marginalne traktowanie udziału POZ-u w budowaniu modeli środowiskowej opieki psychiatrycznej. Także założenia przedstawione w programie Zdrowie dla Pomorzan 2005-2013 przedstawiają rozwiązania zamknięte w obrębie specjalistów z dziedziny psychiatrii i dziedzin pokrewnych, takich jak psychologia. Jest też mowa o ścisłej współpracy z organizacjami pomocy społecznej. Tymczasem system opieki zdrowotnej w naszym kraju jest oparty głównie na pracy lekarzy pierwszego kontaktu. Zwracają na to uwagę autorzy „Białej Księgi" wydanej w październiku 2011 roku: „Integracja leczenia psychiatrycznego z leczeniem somatycznym powinna odbywać się na wielu poziomach. Jednym z nich jest wspomniana powyżej integracja w ramach szpitala. Kolejnym krokiem jest integracja w zakresie opieki podstawowej. Lekarz rodzinny jest często postrzegany przez pacjenta, jako nieobarczony stygmą psychiatrii, a więc włączenie lekarzy rodzinnych może powodować szybsze wykrywanie zaburzeń psychicznych i większą współpracę pacjentów w leczeniu. Lekarz rodzinny mając pod opieką społeczność lokalną i przeprowadzając wiele interwencji w domu często lepiej rozumie kontekst środowiskowy od specjalistów – psychiatrów. Tak więc podstawowym zadaniem byłoby systematyczne i ciągłe kształcenie personelu opieki podstawowej oraz ustalenie możliwości stałego wsparcia i konsultacji lekarzy rodzinnych przez psychiatrów z Poradni Zdrowia Psychicznego. Kolejnym problemem jest obserwowany na całym świecie gorszy stan somatyczny osób chorujących psychicznie w stosunku do populacji ogólnej oraz większe ryzyko przedwczesnej śmierci u tych pacjentów (Weiser i in. 2009). W przypadku schizofrenii śmiertelność ogólna jest dwukrotnie wyższa niż w populacji ogólnej, z czego poniżej połowa zgonów spowodowana jest samobójstwem lub wypadkiem. Ponad połowa osób chorujących na schizofrenię cierpi na inna chorobę przewlekłą – przede wszystkim cukrzycę, choroby serca, nadciśnienie, osteoporozę, choroby układu oddechowego i otyłość. Przyczynami tego stanu są z jednej strony efekty uboczne leków psychotropowych, z drugiej tryb życia (palenie tytoniu, niewłaściwa dieta, brak ćwiczeń fizycznych, nadużywanie alkoholu) oraz warunki życiowe (niezdrowe środowisko, brak właściwego miejsca zamieszkania) osób chorujących

psychicznie. Próbą usystematyzowanego, zintegrowanego podejścia do promocji zdrowia wśród osób chorujących psychicznie jest międzynarodowy program HELPS, w którym brali też udział badacze z Polski (Lech K. i in. 2010). Wyniki badania w Polsce wykazały niedostrzeganie przez lekarzy prowadzących chorób fizycznych u osób leczących się psychiatrycznie. Zarówno w Poradniach Zdrowia Psychicznego, jak w szpitalach psychiatrycznych dane dotyczące stanu fizycznego pacjentów leczących się psychiatrycznie często są pomijane. Także lekarze ogólni widzą chorego przez pryzmat jego zaburzeń psychicznych lekceważąc zgłaszane objawy choroby somatycznej. Chorzy oraz profesjonaliści w grupach fokusowych podkreślają, jak ważne jest wdrażanie programów prewencyjnych dostosowanych do osób chorujących psychicznie." [1]

4.7. PARAMETRY OPIEKI I MIARY EFEKTYWNOŚCI PODJĘTYCH DZIAŁAŃ

Podstawowym parametrem decydującym o dostępności do świadczeń medycznych i z zakresu opieki społecznej, jest poziom finansowania. Należy jednak zwrócić uwagę, że zbieranie informacji do budowania wskaźników na sens wtedy gdy posiadana struktura świadczeń jest zbliżona do założeń, a nie jak w przypadku psychiatrii środowiskowej, zupełnie z nimi rozbieżna.

Wysokość finansowania zespołów opieki środowiskowej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w województwie pomorskim

Powiat	**Świadczeniodawca**	**Wartość kontraktu z NFZ 2007**	**Wartość kontraktu z NFZ 2011**
Chojnicki	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Opus", Chojnice	0	27 000 zł
m. Gdańsk	Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Optimed"	156 000 zł	432 000zł
Tczewski	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Poradnia Zdrowia Psychicznego"	0	108 000 zł

Razem		**156 000 zł**	**567 000 zł**

Niewielkie środki przeznaczane na ośrodki psychiatrii środowiskowej i słaba dostępność do psychiatrycznych konsultacji ambulatoryjnych, zgłaszana w ankietach wskazują na brak stymulowania podaży tych usług przez płatnika publicznego, tak jak to się dzieje np. w kardiologii inwazyjnej.

Inne wskaźniki proponowane w publikacjach polskich to :

- statystyczna zależność między wskaźnikami sieci wsparcia (zakres sieci, wielkość sieci pozarodzinnej, typ systemu wsparcia społecznego, poziom wsparcia)

- nawroty choroby i rehospitalizacje na przykład z terenu działania ŚDO i innych w materiałach NFZ – badanie satysfakcji pacjentów (jeżeli jest prowadzone takie badanie)

Innym przykładem wskaźników do oceny sytuacji epidemiologicznej jest propozycja uwzględniona w Małopolskim Programie na lata 2004-2008:

- rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych,

- zapadalność na zaburzenia psychiczne,

- liczba osób leczonych na poszczególnych poziomach opieki psychiatrycznej,

- liczba osób leczonych po raz pierwszy na poszczególnych poziomach opieki

psychiatrycznej,

- liczba osób przebywających w środowiskowych domach samopomocy,

- liczba osób przebywających w domach pomocy społecznej,

- liczba osób korzystających z pomocy różnych form rehabilitacji zawodowej i społecznej,

- odsetek osób pracujących z zaburzeniami psychicznymi,

- liczba zgonów oraz inwalidztwa związanego z zaburzeniami psychicznymi,

- śmiertelność osób uzależnionych od alkoholu,

- liczba prób samobójczych i samobójstw,

- średnie spożycie alkoholu w wybranych populacjach, struktura i styl spożycia w różnych grupach wiekowych,

- liczba przypadków schorzeń odalkoholowych, odtytoniowych,

- odsetek palaczy, byłych palaczy i nigdy niepalących w populacji,

- odsetek osób uzależnionych. [17]

Jeden z wyżej cytowanych parametrów - rehospitalizacje został przytoczony w niniejszym opracowaniu na podstawie materiałów narodowych przedstawianych w ramach organizacji OECD.

Dostępność do leczenia zamkniętego spada. Było to przedmiotem raportu Najwyższej Izby Kontroli – Delegatura we Wrocławiu, Nr ewid.: 8/2008/P07165/LWR, Wrocław marzec 2008r. Informacja o wynikach kontroli funkcjonowania opieki psychiatrycznej, ze szczególnym uwzględnieniem opieki stacjonarnej.

Wskazano w niej, że niektóre oddziały są obłożone powyżej 100% co jest sprzeczne z jakąkolwiek logiką leczenia chorób psychicznych. Gdyby następowało planowe przenoszenie środków z hospitalizacji na rozmaite formy leczenia ambulatoryjnego byłyby obserwowane naturalne zmiany struktury świadczeń. Niestety nie powiodło się też przesunięcie ciężaru hospitalizacji ze szpitali specjalistycznych na wielospecjalistyczne.

Jest to w pełni zrozumiałe gdy szpitale ogólne walczą o utrzymanie rentowności lub o jej odzyskanie. Otwarcie w ich strukturze oddziału psychiatrycznego musiałoby odbywać się kosztem zamknięcia innej z reguły bardziej opłacalnej działalności.

Wskaźniki dostępności dla oddziałów psychiatrycznych szpitalnych w województwie pomorskim w latach 2006 i 2011 a zalecane wskaźniki wg NPOZP

Zakres Świadczeń	2006		2011		Wskaźniki wg NPOZP
	Liczba łóżek	Wskaźnik	Liczba łóżek	Wskaźnik	Proponowany minimalny wskaźnik
Oddziały ogólnopsychiatryczne szpitalne (4700)	819	3,99	729	3,28	4 łóżka/10 tys. mieszkańców równomiernie, jak najbliżej, w miastach /dzielnicach miast pow. 80 tys. mieszkańców; optymalnie w szpitalach ogólnych
Oddziały psychiatryczne szpitalne (4700, 4704, 4710, 4712, 4716)	1092	4,87	895	4,02	

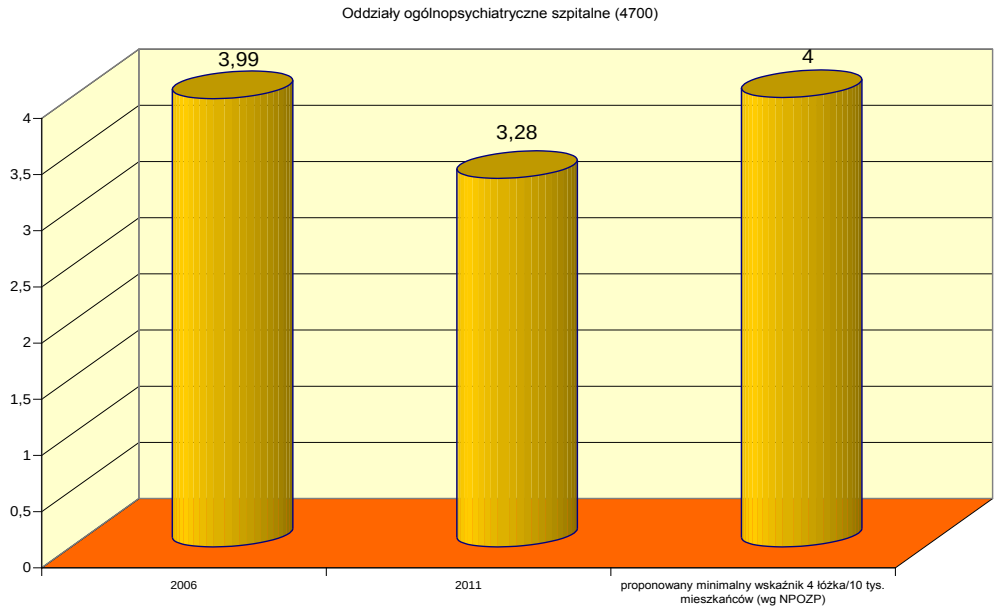
4700 – oddziały psychiatryczne dla dorosłych

4704 – leczenie zaburzeń nerwicowych dla dorosłych

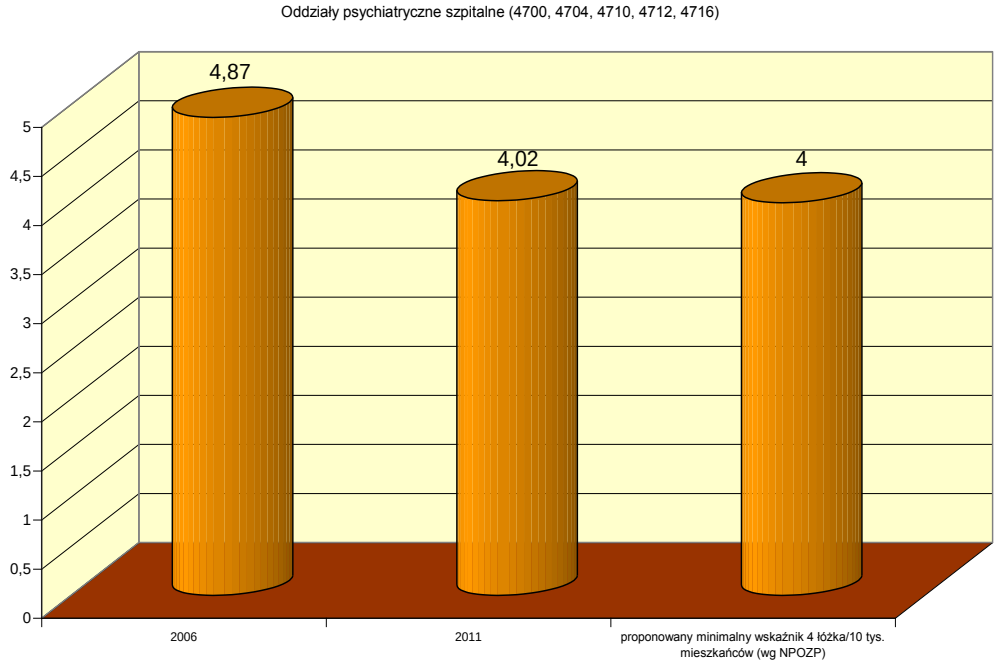
4710 – świadczenia psychiatryczne dla chorych somatycznie

4712 – świadczenia psychogeriatryczne

4716 – świadczenia psychiatryczne dla przewlekle chorych



Rysunek 4 Wskaźniki dostępności łóżkek 10 tys. mieszkańców dla oddziałów ogólnopsychiatrycznych szpitalnych w województwie pomorskim w latach 2006 i 2011 a zalecane wskaźniki wg NPOZP



Rysunek 5 Wskaźniki dostępności łóżkek 10 tys. mieszkańców dla oddziałów psychiatrycznych szpitalnych w województwie pomorskim w latach 2006 i 2011 a zalecane wskaźniki wg NPOZP

Zwiększenie finansowania leczenia zamkniętego w psychiatrii jest sprzeczne z jednym z głównych postulatów NPOZP. Oczywiście należy docenić, że nie ograniczono finansowania tej formy terapii, zanim nie rozwinęły się formy alternatywne.

Struktura finansowania oddziałów psychiatrycznych szpitalnych w województwie pomorskim w latach 2006 i 2011

Zakres Świadczeń	2006	2011
	Wartość kontraktu	Wartość kontraktów
Oddziały ogólnopsychiatryczne szpitalne (4700)	25 819 577,40 zł	31 687 877,10 zł
Oddziały psychiatryczne szpitalne (4700, 4704, 4710, 4712, 4716)	38 286 374,60 zł	46 310 367,00 zł

4700 – oddziały psychiatryczne dla dorosłych
4704 – leczenie zaburzeń nerwicowych dla dorosłych
4710 – świadczenia psychiatryczne dla chorych somatycznie
4712 – świadczenia psychogeriatryczne
4716 – świadczenia psychiatryczne dla przewlekle chorych

Powyższa tabela wskazuje, że Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zwiększył kwoty przeznaczone na leczenie w oddziałach psychiatrycznych dla dorosłych, oddziałach leczenia zaburzeń nerwicowych dla dorosłych, oddziałach psychiatrycznych dla chorych somatycznie, oddziałach psychogeriatrycznych, oddziałach psychiatrycznych dla przewlekle chorych. Wzrost nakładów finansowych na te świadczenia nie znajduje korelacji z założeniami Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, gdzie jak wiadomo postuluje się alokację środków finansowych z lecznictwa stacjonarnego na zakres psychiatrii środowiskowej. Zgodnie z konsultacjami przeprowadzonymi

z przedstawicielami POW NFZ pogłębiona analiza hospitalizacji nie przyniesie dodatkowych rozwiązań, ponieważ w kontekście założeń NPOZP wnioski przedstawione powyżej pozostaną w mocy.

4.8. WYNIKI BADANIA ANKIETOWEGO

Odpowiedzi nadesłało 78 POZ–ów na 400 funkcjonujących w województwie (19,5% przychodni). Ankiety rozesłano do wszystkich 400 POZ w województwie pomorskim. Populacja objęta opieką przez te jednostki to 604 474 osoby, co stanowi 27,5% mieszkańców województwa. W trakcie przeprowadzania badania ankietowego dodatkowo, dzięki konsultacjom telefonicznym, wspierano przychodnie POZ oraz PZP w zakresie prawidłowego prezentowania danych.

Rozmieszczenie przychodni POZ, które odesłały odpowiedzi na pytania zawarte w ankietach

Rysunek 6 Rozmieszczenie oraz liczba ośrodków Podstawowej Opieki Zdrowotnej, które odesłały odpowiedzi na ankiety

Respondenci reprezentowali zarówno duże zespoły przychodni, takie jak Nadmorskie Centrum Medyczne, jak i małe przychodnie obejmujące opieką ok. 1500 zaoptowanych. Terytorialnie udzielający odpowiedzi byli rozproszeni po terenie całego województwa. Stosunkowo licznie było reprezentowane Trójmiasto, odpowiedzi udzielali też lekarze z małych miejscowości takich jak Zblewo, Czarna Dąbrówka, Stara Kiszewa, Debrzno. Dla opracowania miało to istotne znaczenie, ponieważ z założenia dostępność do usług specjalistów jest na takich obszarach mniejsza niż w ośrodkach miejskich. Odległość od szpitali ogólnych posiadających oddziały psychiatryczne lub specjalistycznych szpitali

psychiatrycznych w naturalny sposób limituje realne możliwości udzielenia właściwej opieki we właściwym czasie szczególnie w stanach nagłych. Tworzenie infrastruktury zaplanowanej dla środowiskowej opieki psychiatrycznej jest także utrudnione w miejscach oddalonych od tradycyjnych specjalistycznych centrów medycznych ze względu na utrudnioną podaż profesjonalistów .

Współpraca z psychiatrami w obrębie własnej przychodni

Tylko 12 przychodni zadeklarowało stałe zatrudnienie specjalistów psychiatrów. Aż 9 z nich jest zlokalizowanych na terenie Trójmiasta (1 w Gdyni, 7 w Gdańsku, 1 w Sopocie) Zastosowano więc takie rozwiązanie organizacyjne na terenie o stosunkowo dużym dostępie do innych form pomocy , łącznie z PZP i psychiatrycznym leczeniem szpitalnym.

Teren województwa reprezentują przychodnie w: Zblewie, Tczewie, Czarnej Dąbrówce. Wszystkie wymienione wyżej jednostki obejmują opieką ok. 143 tys. mieszkańców i przeznaczają na opiekę psychiatryczną 450 godzin tygodniowo. Liczba godzin pracy psychiatrów waha się jednak od 2 tygodniowo w przychodni realizującej opiekę dla 15 000 osób, do ok. 60 godzin w przychodniach obsługujących podobną populację. Pozostałych 66 POZ-ów nie zatrudnia psychiatrów mimo deklarowanych trudności w dostępie do tych świadczeń. W przypadku 3 z nich odpowiedzi wskazują na brak możliwości uzyskania jakiekolwiek psychiatrycznej pomocy ambulatoryjnej finansowanej ze środków publicznych.

Inne deklarowane formy współpracy

W części opisowej ankiety respondenci wskazywali na wykorzystywane inne formy współpracy z lekarzami psychiatrami. Najbardziej rozpowszechnione jest wystawianie skierowań do poradni zdrowia psychicznego. 18 POZ-ów wskazuje tę formę rozwiązywania problemów pacjentów z zaburzeniami psychicznymi jako jedną i właściwą.

Należy zauważyć, że opieka nad pacjentem oparta wyłącznie o skierowanie do specjalisty, jest mniej efektywna od modelu opisanego wyżej. Jest też dalsza od założeń programu psychiatrii środowiskowej niż bardziej bezpośrednie formy współdziałania.

Kilka ośrodków wskazuje na brak realnych możliwości skierowania pacjenta do PZP (Poradni Zdrowia Psychicznego) ze względu na :

- trudności komunikacyjne (Jastarnia)

- „Brak praktycznego dostępu do specjalistów” (Wejherowo, Czarne, Zblewo)

W jednym przypadku – Główczyc, zadeklarowano ścisłą współpracę z oddziałem psychiatrycznym szpitala ogólnego w Lęborku.

Ten pozytywny przykład zapewnienia ciągłości opieki pomiędzy lekarzem pierwszego kontaktu, znającym lokalną populację, a szpitalem, który dzięki swojej strukturze ma możliwość kompleksowego leczenia pacjenta z występującymi jednocześnie zaburzeniami psychicznymi i somatycznymi nie jest niestety wynikiem działań systemowych. Nie wynika z realizacji strategii opisanej w dokumencie Zdrowie dla Pomorzan , a uwarunkowań lokalnych. Lekarz prowadzący POZ dyżuruje na oddziale lęborskiego szpitala, stąd niewątpliwe ułatwienie w organizacji leczenia. Trzeba jednak zwrócić uwagę na to, że cytowane rozwiązanie zbliża możliwości kompleksu POZ – szpital do założeń NPOZP i może być dobrym początkiem dla Centrum Opieki Środowiskowej na tym terenie.

Zatrudnienie psychologów w przychodniach podstawowej opieki zdrowotnej

Na 78 przychodni 16 potwierdziło zatrudnienie psychologa, jednak nie więcej niż jedną osobę bez względu na wielkość obsługiwanej populacji. Połowa z tych ośrodków jest zlokalizowana w Trójmieście. Poza aglomeracją trójmiejską psycholodzy znaleźli zatrudnienie w powiatach:

- starogardzkim,

- tczewskim,

- bytowskim ,

- kartuskim,

- kwidzyńskim.

Pozostałe przychodnie biorące udział w badaniu, mimo deklarowanych trudności w realizowaniu opieki nad pacjentami z zaburzeniami psychosomatycznymi nie podjęły decyzji o formie współpracy z psychologami. Populacja, której zapewniono możliwość skorzystania z porady psychologicznej to ok. 195 615 osób.

Wskazywane trudności w realizacji opieki nad pacjentami z zaburzeniami psychicznymi

Podawane w części opisowej ankiety problemy związane z zapewnieniem racjonalnego postępowania z pacjentami, z zaburzeniami psychicznymi wynikają w opinii respondentów z trzech głównych przesłanek :

1) długich terminów oczekiwania na konsultację psychiatry, czyli niedostosowanie interwencji medycznej w czasie. Jest to jeden z podstawowych wskaźników niskiej jakości opieki.

2) braku informacji zwrotnej na temat zastosowanego leczenia specjalistycznego, lub niepodjęcia takiej terapii.

3) znaczących niedoborów liczby pielęgniarek środowiskowych i innych specjalistów wspomagających proces leczenia lub opieki.

Konsekwencją tak przedstawionych trudności jest postulat wprowadzenia skierowań do lekarza psychiatry jako elementu „wywołującego" komunikację pomiędzy lekarzem pierwszego kontaktu i specjalistą. Z drugiej strony pacjent, któremu psychiatra zaproponował farmakoterapię nie zawsze informuje lekarza zajmującego się zaburzeniami somatycznymi o podjętym leczeniu specjalistycznym. Stwarza to realne, wskazywane przez respondentów zagrożenie niepożądanymi działaniami leków, szczególnie pod postacią niebezpiecznych interakcji. Inne niebezpieczeństwo to powtarzanie tych samych leków wynikające z deficytu przepływu informacji między dwom leczącymi specjalistami. Tylko 6 ankiet zawierało informacje mówiące o Poradniach Zdrowia Psychicznego jako dobrym partnerze w codziennej praktyce lekarzy POZ.

W opinii POZ-ów przesyłanie dokumentów po konsultacji byłby pożądanym rozwiązaniem. Nie jest to jednak możliwe w przypadku gdy chory nie życzy sobie ujawnienia informacji o leczeniu psychiatrycznym. Niestety żadna z sugestii nie uwzględniała założeń NPOZP i modelu środowiskowej opieki psychiatrycznej. Świadczy to o konieczności szkoleń na temat nowych zasad, dedykowanych dla lekarzy spoza środowiska psychiatrów.

W przeciwieństwie do jednostek ochrony zdrowia, jednostki pomocy społecznej są wskazywane jako nastawione na rozwiązywanie problemów pacjentów we wszystkich

wymienionych przypadkach. Dotyczy to zarówno miejskich jak i gminnych ośrodków pomocy społecznej.

Wykorzystanie szpitali i oddziałów psychiatrycznych

W ankiecie skupiono się na dwóch grupach pacjentów wymagających hospitalizacji na oddziale psychiatrycznym. Jedna grupa to pacjenci wymagający interwencji w trybie ostrym, druga to chorzy wymagający w opinii lekarzy POZ-u powtarzanych hospitalizacji w ciągu roku. Nikt nie wskazał szpitala psychiatrycznego jako ośrodka, z którym współpraca układa się pozytywnie, niemniej na konieczność korzystania z tej formy leczenia w stanach ostrych wskazuje 39 przychodni. Mniej respondentów deklaruje konieczność powtórnych hospitalizacji – 21 przychodni. Skala zjawiska w przypadku stanów naglących to ok. 1240 pacjentów rocznie skierowanych z populacji ok. 300 000 osób będących pod opieką 39 przychodni podstawowej opieki. Liczba kierowanych waha się w szerokich granicach i nie zależy bezpośrednio od liczebności rejonu działania POZ-u. Przychodnia zajmująca się populacją 15000 pacjentów (Gdynia ul. Wrocławska) deklaruje ok. 150 skierowań rocznie, podczas gdy inna o podobnej liczebności informuje o ok. 20 skierowaniach do leczenia zamkniętego (Zblewo). Wartości minimalne to 3-4 chorych rocznie, kierowanych do szpitala spośród grup pacjentów liczących odpowiednio : 18 000 i 27 000 osób.

Mniejsze rozbieżności w wykorzystywaniu możliwości jakie daje hospitalizacja na oddziale szpitalnym występują w przypadku hospitalizacji powtarzanych. Przeciętna liczba takich chorych jest szacowana na ok. 20 osób rocznie. Trzeba jednak zwrócić uwagę, że odpowiedziało na to pytanie ankiety tylko 21 podmiotów.

W sumie przychodnie mające pod opieką 150 000 pacjentów oceniły zapotrzebowanie na hospitalizacje na poziomie 570 rocznie.

Wyniki z ankietowania Poradni Zdrowia Psychicznego

Odpowiedzi udzieliło 24 jednostek, na ok. 100 funkcjonujących w województwie (ankiety wysłano do wszystkich jednostek). Rozmieszczenie tych ośrodków nie jest równomierne, ale liczba pacjentów, którzy pozostają pod opieką poradni jest na tyle duża (39 000 chorych), że trudno pominąć sugestie i wnioski zawarte w materiale.

Według danych opublikowanych w prezentacji „Zdrowie Psychiczne" w województwie pomorskim na 100.000 ludności przypadało 4348 pacjentów, zatem szacowane potrzeby

dla całej ludności województwa to ok. 95.600 chorych wymagających opieki psychiatrycznej (w roku 2005). To samo źródło mówi o ogólnej liczbie 79.794 leczonych w 2007 roku . [19]

Rozmieszczenie Poradni Zdrowia Psychicznego, które odesłały odpowiedzi na pytania zawarte w ankietach

Rysunek 7 Rozmieszczenie oraz liczba ośrodków Poradni Zdrowia Psychicznegoj, które odesłały odpowiedzi na ankiety

Pytania dotyczyły problemów związanych z przekazywaniem pacjentów do innych ośrodków, współpracy pomiędzy sektorem ochrony zdrowia i opieki społecznej, perspektyw rozwoju organizacji kompleksowych usług z punktu widzenia lekarzy praktyków. Pośrednio

uzyskano informację na temat spójności oczekiwań psychiatrów świadczących pomoc ambulatoryjną z założeniami Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, także w kontekście odpowiedzi udzielonych przez lekarzy POZ-u.

Odpowiedzi na pytanie czy działalność podstawowej opieki zdrowotnej stanowi ułatwienie, czy utrudnienie w pracy psychiatrów przedstawiają się następująco :

- w 8 przypadkach wskazano, że praca POZ ma pozytywne znaczenie dla leczenia chorych z zaburzeniami psychicznymi, ale 9 poradni sugerowało, że nie ma to żadnego znaczenia, a nawet, że cyt. „POZ z zasady nie współpracuje z PZP".

- w 1 przypadku zwrócono uwagę na niebezpieczeństwo dla chorych wynikające ze zbyt częstego zapisywania leków z grupy benzodwuazepin przez lekarzy pierwszego kontaktu. Wynika z tego, że problem w przepływie informacji na temat stosowanych leków dostrzegają dwie grupy świadczeniodawców.

- współpraca z innymi podmiotami zaangażowanymi w opiekę nad pacjentami została oceniona w kilku płaszczyznach. Z jednej strony psychiatrzy przedstawili z jakimi instytucjami współpracują najczęściej, z drugiej udzielili informacji jakie formy pomocy uważają za najbardziej przydatne.

Najczęściej wykorzystywanymi możliwościami pomocy są:

- Ośrodki Pomocy Społecznej - 15 poradni

- Domy Pomocy Społecznej – 12 poradni

- Ośrodki Interwencji Kryzysowej – 7 poradni

- Warsztaty Terapii Zajęciowej- 7 poradni

Inne formy takie jak: Rodzinny Dom Pomocy, Hostel, Zakład Aktywności Zawodowej, Zakład Pracy Chronionej zostały wymienione w pojedynczych przypadkach.

Inny obraz przedstawiają odpowiedzi na temat najbardziej przydatnych w opinii psychiatrów form pomocy. Preferowane są w kolejności najliczniej udzielonych opinii:

- poszerzanie rehabilitacji zawodowej

- domy samopomocy środowiskowej

- tworzenie form wsparcia społecznego środowisku rodzinnym, szkolnym i zawodowym

-pomoc mieszkaniowa

- rozwijanie Centrów Pomocy Rodzinie

Natomiast największy deficyt współpracy Poradnie Zdrowia Psychicznego zgłaszają wobec :

- instytucji przewozów sanitarnych

- szpitali wieloprofilowych

- oddziałów dziennych

Pozytywnie oceniana jest, podobnie jak przez lekarzy rodzinnych, współpraca z miejskimi i gminnymi ośrodkami pomocy społecznej. Pogląd taki reprezentuje 9 ankietowanych poradni zdrowia psychicznego. Jest to spójne z wysoką oceną jaką uzyskały te ośrodki w ankiecie POZ-ów.

Przeciętne, deklarowane obciążenie pracą, oceniane na podstawie wyników ankiet wskazuje na ok. 1400 porad udzielanych w ciągu roku . Jest to ok. 5 porad przypadających na lekarza w dni robocze. Odpowiednio liczba interwencji psychologów to 214 rocznie - mniej niż jedna dziennie.

5. WNIOSKI

- Program Zdrowie dla Pomorzan 2005-2013 opublikowany w 2007 roku, jest w pełni spójny z później opublikowanymi założeniami Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.
- Informacje uzyskane dzięki badaniu ankietowemu Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Poradni Zdrowia Psychicznego wskazują, że oczekiwania i główne problemy wymagają wdrażania założeń Programu Zdrowie dla Pomorzan 2005-2013.
- Niewielkie zmiany w strukturze świadczeń psychiatrycznych na przestrzeni czterech ostatnich lat nie wynikają z realizacji określonej strategii, a raczej są lokalną odpowiedzią na zapotrzebowanie, ograniczaną niesprzyjającym środowiskowej opiece psychiatrycznej finansowaniem.

- Utrudnieniem w realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego może być nieuwzględnienie roli POZ w systemie ochrony zdrowia i brak strategii dotyczącej tworzenia oddziałów psychiatrycznych w szpitalach wieloprofilowych.
- Należy za niezbędny element planowania uwzględnić spójny system finansowania usług medycznych i opieki społecznej nakierowany na realizację nadrzędnego celu jakim jest Środowiskowa Opieka Psychiatryczna.

6. NARODOWY PROGRAM ZDROWIA PSYCHICZNEGO

ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW

z dnia 28 grudnia 2010 r.

w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego

(Dz. U. z dnia 3 lutego 2011 r.)

Na podstawie art. 2 ust. 6 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.[1)]) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Ustanawia się Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, zwany dalej "Programem", określający strategię działań mających na celu ograniczenie występowania zagrożeń dla zdrowia psychicznego, poprawę jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi i ich bliskich oraz zapewnienie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.
2. Program jest realizowany w latach 2011-2015.

§ 2. Celami głównymi Programu są:
1) promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym;
2) zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym;
3) rozwój badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego.

§ 3. 1. Do celów szczegółowych Programu należą:
1) w zakresie promowania zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym:
a) upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu,
b) zapobieganie zaburzeniom psychicznym,
c) zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi,
d) organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego;
2) w zakresie zapewniania osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym:
a) upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej,
b) upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego,
c) aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi,
d) skoordynowanie różnych form opieki i pomocy;
3) w zakresie rozwoju badań naukowych i systemów informacji z zakresu zdrowia psychicznego:
a) przekrojowe i długoterminowe epidemiologiczne oceny wybranych zbiorowości zagrożonych występowaniem zaburzeń psychicznych,

b) promocja i wspieranie badań naukowych w dziedzinie zdrowia psychicznego,
c) unowocześnienie i poszerzenie zastosowania systemów statystyki medycznej,
d) ocena skuteczności realizacji Programu.

2. Szczegółowy wykaz zadań i ich podział pomiędzy podmioty realizujące określa harmonogram stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia.

§ 4. 1. Podmiotami realizującymi Program są:

1) ministrowie właściwi ze względu na cele Programu, a w szczególności Minister Sprawiedliwości, Minister Obrony Narodowej oraz ministrowie właściwi do spraw: zdrowia, oświaty i wychowania, zabezpieczenia społecznego, pracy, nauki i szkolnictwa wyższego, wewnętrznych i administracji publicznej;
2) Narodowy Fundusz Zdrowia;
3) samorządy województw, powiatów i gmin.

2. W realizacji zadań wynikających z Programu mogą uczestniczyć również organizacje społeczne, stowarzyszenia, fundacje, samorządy zawodowe, kościoły i inne związki wyznaniowe oraz grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin, a także inne podmioty, które zakresem swojej działalności obejmują cele i zadania Programu.

3. Podmioty, o których mowa w ust. 1, jeżeli pozwala na to charakter wynikających z Programu zadań, realizują Program we współpracy z podmiotami, o których mowa w ust. 2, z uwzględnieniem przepisów ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2010 r. Nr 234, poz. 1536).

§ 5. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia kieruje realizacją Programu i koordynuje wykonanie zadań, o których mowa w § 3 ust. 2.

2. Podmioty realizujące Program przesyłają ministrowi właściwemu do spraw zdrowia lub wskazanemu przez niego podmiotowi, w terminie do dnia 15 maja, roczne sprawozdania z wykonania zadań objętych harmonogramem realizacji Programu w roku poprzednim. Sprawozdania powinny zawierać odniesienie do stanu wyjściowego, o którym mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia, oraz wskaźników przedstawionych w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

§ 6. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

[1)] Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 554 i Nr 113, poz. 731, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 1999 r. Nr 11, poz. 95, z 2000 r. Nr 120, poz. 1268, z 2005 r. Nr 141, poz. 1183, Nr 167, poz. 1398 i Nr 175, poz. 1462, z 2007 r. Nr 112, poz. 766 i Nr 121, poz. 831, z 2008 r. Nr 180, poz. 1108, z 2009 r. Nr 76, poz. 641 i Nr 98, poz. 817, z 2010 r. Nr 107, poz. 679 i Nr 182, poz. 1228 oraz z 2011 r. Nr 6, poz. 19.

ZAŁĄCZNIKI

ZAŁĄCZNIK Nr 1

HARMONOGRAM REALIZACJI
NARODOWEGO PROGRAMU OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO

I. Charakterystyka aktualnego stanu psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Podstawowym wskaźnikiem stanu zdrowia psychicznego Polaków jest rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych, rejestrowanych w placówkach psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w tym także związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych - alkoholu, narkotyków i leków.
W ciągu 18 lat, od roku 1990 do 2007, wskaźnik rejestrowanego rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych wzrosł o 119 % (z 1629 do 3571 na 100 tys. ludności) w opiece ambulatoryjnej i o 50 % (z 362 do 542 na 100 tys. ludności) w opiece stacjonarnej. Przy czym, o ile do roku 2005 wskaźniki sukcesywnie wzrastały, to między rokiem 2005 a 2007 wskaźnik rozpowszechnienia w opiece ambulatoryjnej spadł o 2 %, a wskaźnik hospitalizacji wzrósł zaledwie o 1 %. Zjawisko to spowodowane zostało w większym stopniu spadkiem zapadalności (liczbą rejestrowanych pacjentów po raz pierwszy zgłaszających się do leczenia) niż spadkiem liczby pacjentów leczonych w poprzednich latach. W latach 1990-2005 zapadalność w opiece ambulatoryjnej wzrosła o 132 %, a w opiece całodobowej o 86 %, natomiast w latach 2005-2007 zapadalność w opiece ambulatoryjnej spadła o 10 % (z 1029 do 930 na 100 tys. ludności), a w opiece całodobowej o 7 % (z 240 do 223 na 100 tys. ludności) (rys. 1 i 2).

Rys. 1. OPIEKA AMBULATORYJNA. Leczeni ogółem i po raz pierwszy z zaburzeniami psychicznymi. Wskaźnik na 100 tys. ludności

Rys. 2. OPIEKA STACJONARNA. Leczeni ogółem i po raz pierwszy z zaburzeniami psychicznymi. Wskaźnik na 100 tys. ludności

W opiece ambulatoryjnej, w ciągu 18 lat, wystąpił wzrost wszystkich kategorii zaburzeń psychicznych (tab. 1). Ponad trzykrotnie wzrosło rejestrowane rozpowszechnienie zaburzeń psychotycznych, a zaburzenia niepsychotyczne wzrosty o 73 %. Najwyższy, prawie ośmiokrotny wzrost, wystąpił w przypadku zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych; upośledzenie umysłowe wzrosło o 153 %, a zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu o 82 %. Jednakże w ostatnim czasie (między rokiem 2005 i 2007) rozpowszechnienie zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych zmniejszyło się o 6 % i zaburzeń psychotycznych - o 5 %. Wzrosło natomiast rozpowszechnienie zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu - o 2 %.

Tab. 1. OPIEKA AMBULATORYJNA. Leczeni z powodu zaburzeń psychicznych w latach 1990-2007. Wskaźniki na 100 tys. ludności i różnice procentowe między wskaźnikami z lat 1990 i 2007 oraz 2005 i 2007

Rozpoznanie	Rok					Zmiana wsk. w % 1990/2007	Zmiana wsk. w % 2005/2007
	1990	1995	2000	2005	2007		

Ogółem - liczby bezwzględne	62091	727314	948838	1395712	1361223	^ 119	ˇ 2
Ogółem wskaźniki	1629	1885	2455	3657	3571		
Zaburzenia psychotyczne	466	563	912	1481	1410	^ 203	ˇ 5
Zaburzenia niepsychotyczne	826	956	998	1438	1429	^ 73	ˇ 1
Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu	261	274	363	468	476	^ 82	ˇ 2
Zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych	12	19	61	101	95	^ 692	ˇ 6
Upośledzenie umysłowe	64	73	121	169	162	^ 153	ˇ4

Istotna jest obserwowana w opiece ambulatoryjnej zmiana proporcji między wskaźnikami zaburzeń psychotycznych i niepsychotycznych - o ile w roku 1990 wskaźnik zaburzeń niepsychotycznych był o 76 % wyższy niż psychotycznych, to w roku 2000 o 9 % wyższy, a w roku 2007 zaledwie o 1 %.
Jednocześnie rejestruje się wzrost liczby poradni psychologicznych - od 24 w roku 2004, 102 w roku 2005 do 228 w roku 2007. Można przypuszczać, że to powoduje zmniejszenie się liczby pacjentów niepsychotycznych z psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej. Część tych poradni przekształciła się z poradni zdrowia psychicznego bądź poradni dla osób uzależnionych. Poradnie te zajmują się głównie psychoterapią, zatrudniają prawie wyłącznie psychologów, w związku z tym ich pacjenci nie mają stawianych rozpoznań psychiatrycznych (według klasyfikacji ICD-10), zatem nie są włączani do analiz epidemiologicznych.
W psychiatrycznej opiece stacjonarnej we wszystkich analizowanych latach leczono znacznie więcej pacjentów psychotycznych niż niepsychotycznych i różnice te z latami pogłębiają się - zwiększa się z roku na rok liczba hospitalizowanych pacjentów z psychozami, przy prawie niezmiennej liczbie pacjentów z zaburzeniami niepsychotycznymi. W roku 1990 psychoz leczono trzy razy więcej niż zaburzeń niepsychotycznych, w roku 2007 prawie cztery razy więcej. W dynamice hospitalizacji występują podobne tendencje jak w opiece ambulatoryjnej. W ciągu 18 lat najwyższy wzrost - ponad trzykrotny - wystąpił w przypadku zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, a zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu wzrosty o 96 %. Wskaźnik psychoz zwiększył się o 32 %, a zaburzeń niepsychotycznych o 3 %. Między rokiem 2005 i 2007 wskaźnik psychoz spadł o 4 %, zaburzeń niepsychotycznych o 7 %, zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych utrzymał się na tym samym poziomie, podobnie jak upośledzenia umysłowego, wzrost natomiast o 12 % wskaźnik zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu (tab. 2).

Tab. 2. OPIEKA STACJONARNA. Leczeni z powodu zaburzeń psychicznych w latach 1990-2007. Wskaźniki na 100 tys. ludności i różnice procentowe między wskaźnikami z lat 1990 i 2007 oraz 2005 i 2007

Rozpoznanie	Rok					Zmiana	Zmiana
	1990	1995	2000	2005	2007	wsk. w % 1990/2007	wsk. w % 2005/2007
Ogółem - liczby bezwzględne	137911	141737	169511	204816	206697	^ 50	^ 1
Ogółem - wskaźniki	362	367	439	537	542		
Zaburzenia psychotyczne	181	174	223	250	239	^ 32	ˇ 4
Zaburzenia niepsychotyczne	62	63	54	69	64	^ 3	ˇ 7
Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu	100	109	130	175	196	^ 96	^ 12
Zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych	9	12	22	32	32	^ 256	- 0
Upośledzenie umysłowe	10	9	10	11	11	^ 10	- 0

Zarówno w opiece ambulatoryjnej, jak i całodobowej, przez 18 lat wskaźnik leczonych z powodu uzależnień, łącznie od alkoholu i substancji psychoaktywnych, sukcesywnie wzrasta. Co więcej, dynamika zapadalności jest wyższa niż dynamika rozpowszechnienia, co oznacza, że na wzrost wskaźnika rozpowszechnienia w znacznym stopniu wpływają rejestrowane nowe przypadki uzależnień niż powroty do leczenia pacjentów uprzednio już uzależnionych. W opiece ambulatoryjnej wskaźnik rozpowszechnienia wzrost o 105 % (z 279 do 571 na 100 tys. ludności), a wskaźnik zapadalności o 111 % (ze 108 do 228 na 100 tys.) (rys. 3). W opiece całodobowej wskaźnik rozpowszechnienia wzrósł o 109 % (ze 109 do 228 na 100 tys.), a wskaźnik zapadalności o 138 % (z 48 do 114 na 100 tys.) (rys. 4).

Rys. 3. OPIEKA AMBULATORYJNA. Leczeni z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, między rokiem 1990 a 2007 (wskaźniki na 100 tys. ludności)

Rys. 4. OPIEKA STACJONARNA. Leczeni z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, między rokiem 1990 a 2007 (wskaźniki na 100 tys. ludności)

Jest istotne, że prawie 40 % hospitalizacji w szpitalach psychiatrycznych to hospitalizacje pacjentów z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, z czego $^{3}/_{4}$ to mężczyźni.

Zarówno w opiece ambulatoryjnej, jak i całodobowej znaczącą większość pacjentów stanowią mieszkańcy miast; więcej leczy się mężczyzn niż kobiet (większa liczba leczonych mężczyzn z powodu uzależnień). Przeważająca grupa pacjentów to osoby w wieku 30-64 lat (rys. 5 i 6).

Rys. 5. OPIEKA AMBULATORYJNA. Struktura społeczno-demograficzna. Wskaźniki na 100 tys. ludności

5.a. Miejsce zamieszkania i płeć

5.b. Wiek

Do 2005 r. wskaźniki zaburzeń psychicznych rosły bardzo szybko bez względu na płeć, miejsce zamieszkania i wiek. Między rokiem 2005 i 2007 w opiece ambulatoryjnej wskaźnik leczonych mieszkańców miast pozostał na bardzo podobnym poziomie, a mieszkańców wsi - zmniejszył się o 8 %. Płeć różnicuje zjawisko w niewielkim stopniu - wskaźnik w populacji mężczyzn spadł o 2 %, a w populacji kobiet o 3 %, natomiast wiek ma istotny wpływ na występowanie zaburzeń psychicznych - spadek wskaźnika wystąpił jedynie we frakcji wieku 30-64 lat, wzrósł natomiast o 7 % w najmłodszej grupie wiekowej 0-29 lat i o 3 % w najstarszej - 65 lat i więcej.
W opiece stacjonarnej wskaźnik zaburzeń psychicznych w populacji mieszkańców miast spadł o 3 %, natomiast wzrósł w populacji wiejskiej o 5 %; wśród mężczyzn utrzymał się na podobnym poziomie, a wśród kobiet spadł o 3 %. Podobnie zmniejszył się we frakcjach wieku 30-64 lat - o 3 % i 65 lat i więcej - o 2 %, wzrósł natomiast wyraźnie, o 10 %, w najmłodszej grupie wiekowej 0-29 lat.
W opiece ambulatoryjnej wzrost rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w grupie wieku 0-29 lat, między rokiem 2005 i 2007, spowodowany jest przede wszystkim wzrostem w najmłodszej frakcji wieku 0-18 lat, gdzie najwyraźniej wzrósł wskaźnik zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu o 29 % (z 17 do 22 na 100 tys. tej populacji), zaburzeń rozwojowych o 27 % (ze 180 do 229 na 100 tys.) oraz zaburzeń zachowania i emocji o 5 % (z 522 do 546 na 100 tys.). W grupie 19-29 lat o 6 % wzrósł wskaźnik zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu (z 349 do 371 na 100 tys.).
W opiece stacjonarnej wzrost wskaźnika rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w grupie wieku 0-29 lat jest również spowodowany wzrostem wskaźników w najmłodszej frakcji wieku 0-18 lat. Dotyczy to przede wszystkim wskaźnika zaburzeń nerwicowych (wzrost o 31 % z 13 do 17 na 100 tys.). W grupie wiekowej 19-29 lat najbardziej wzrósł (o 20 %) wskaźnik zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu - z 83 do 100 na 100 tys.

Rys. 6. OPIEKA STACJONARNA. Struktura społeczno-demograficzna. Wskaźniki na 100 tys. ludności

6.a. Miejsce zamieszkania i płeć

6.b. Wiek

Od roku 1990 wskaźniki wszystkich zaburzeń psychicznych bardzo szybko wzrastały (ponad dwukrotny wzrost wskaźnika w opiece ambulatoryjnej i 50 % w stacjonarnej). Niewielki spadek (2 %) w roku 2007 nie jest symptomem poprawy sytuacji.

Niepokojący jest sukcesywny wzrost zarówno zapadalności, jak i rozpowszechnienia zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu, zwłaszcza w najmłodszej frakcji wieku.
Wzrost liczby leczonych z powodu zaburzeń rozwojowych i zaburzeń emocji w najmłodszej frakcji wieku może być związany z większą świadomością rodziców w dostrzeganiu nieprawidłowych zachowań dziecka, spowodowaną zapewne kampanią oświatową na ten temat w ostatnich latach.
Znaczny wzrost wskaźników zaburzeń psychicznych od 1990 r. spowodowany był zapewne zmianami ustrojowymi kraju, wymagającymi szybkiego dostosowania się do nowych warunków transformacyjnych. Od roku 1997 (10 rewizja ICD, od kiedy dane mogą być w pełni porównywalne na poziomie poszczególnych rozpoznań) wzrosły wszystkie kategorie rejestrowanych zaburzeń psychicznych, zarówno w opiece całodobowej, jak i ambulatoryjnej, w której zaburzenia organiczne wzrosły: schizofrenia o 39 %, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe o 31 %, zaburzenia afektywne dwukrotnie, zaburzenia nerwicowe o 54 %, upośledzenie umysłowe dwukrotnie, zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu o 43 %, zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych od czterokrotnie do siedmiokrotnie, pozostałe zaburzenia psychiczne prawie dwukrotnie.

Tab. 3. Zróżnicowanie terytorialne hospitalizacji zaburzeń psychicznych (wskaźnik na 100 tys. populacji)

Województwo	Ogółem		Zaburzenia niezwiązane z uzależnieniami		Zaburzenia związane z używaniem alkoholu		Zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych	
	2003	2007	2003	2007	2003	2007	2003	2007
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dolnośląskie	553,0	475,8	348,1	276,4	150,4	169,3	54,5	30,1
Kujawsko-pomorskie	452,6	444,1	312,7	277,1	116,4	140,5	23,5	26,5
Lubelskie	533,3	586,4	321,5	319,2	195,7	250,6	16,2	16,6
Lubuskie	782,1	830,8	501,0	502,1	202,1	226,6	79,0	102,1
Łódzkie	548,5	595,6	331,9	323,9	190,8	236,8	25,8	34,9
Małopolskie	394,3	412,4	276,4	253,3	109,6	135,3	8,3	23,8
Mazowieckie	511,7	546,9	324,2	318,5	136,0	186,2	51,5	42,2
Opolskie	521,8	692,4	365,7	472,9	135,6	192,9	20,5	26,6
Podkarpackie	435,8	507,3	283,1	311,1	143,1	190,3	9,6	5,9
Podlaskie	720,1	839,0	484,4	502,6	209,6	312,0	26,0	24,4
Pomorskie	487,0	544,9	331,2	331,4	128,4	171,3	27,4	42,2
Śląskie	435,0	538,9	274,5	307,6	139,0	200,5	21,5	30,8
Świętokrzyskie	576,8	568,0	378,2	316,7	187,8	243,5	10,8	7,8
Warmińsko-mazurskie	595,5	617,9	349,4	298,4	201,5	281,4	44,6	38,1
Wielkopolskie	518,1	539,2	360,8	326,2	135,2	183,8	22,1	29,2
Zachodniopomorskie	444,1	539,8	283,7	302,0	117,0	178,6	43,4	59,2
Ogółem	**507,2**	**549,7**	**328,8**	**320,9**	**148,6**	**196,4**	**29,9**	**32,4**

Rejestrowane rozpowszechnienie hospitalizacji zaburzeń psychicznych w roku 2003 wynosiło 507,2 na 100 tys. populacji i przez 5 lat wzrosło o 8 % do 549,7.
Najwyższe wskaźniki hospitalizacji w 2003 r. wystąpiły w województwach: lubuskim, podlaskim, warmińsko-mazurskim i świętokrzyskim, najniższe w: małopolskim, śląskim, podkarpackim i zachodniopomorskim. W roku 2007 najwyższe wskaźniki charakteryzowały województwa: podlaskie, lubuskie, opolskie i warmińsko-mazurskie, najniższe: małopolskie, kujawsko-pomorskie, dolnośląskie i podkarpackie.
Najwyższy wzrost wskaźników wystąpił w województwach: opolskim o 33 %, zachodniopomorskim o 26 % i śląskim o 24 %. Spadły natomiast wskaźniki w województwach: dolnośląskim, kujawsko-pomorskim i świętokrzyskim.
Wzrost wskaźnika hospitalizacji ogółu zaburzeń psychicznych wynika przede wszystkim ze wzrostu, w tych latach, zaburzeń spowodowanych uzależnieniami (zarówno od alkoholu, jak i innych substancji psychoaktywnych), wzrosły bowiem wskaźniki ich hospitalizacji, przy spadku wskaźnika zaburzeń niespowodowanych uzależnieniami, zarówno średniego dla całej Polski, jak i spadku wskaźników w 9 województwach.
Rozpowszechnienie hospitalizacji spowodowanych używaniem alkoholu wynosiło w 2003 r. 148,6 na 100 tys. ludności i do roku 2007 wzrosło o 32 %, do 196,4.
Najwyższe wskaźniki w 2003 r. charakteryzowały województwa: podlaskie, lubuskie, warmińsko-mazurskie i lubelskie, najniższe: małopolskie, kujawsko-pomorskie i zachodniopomorskie. W roku 2007 najwyższe wskaźniki wystąpiły w województwach: podlaskim, warmińsko-mazurskim, lubelskim i świętokrzyskim, najniższe - w małopolskim, kujawsko-pomorskim i dolnośląskim.
W ciągu 5 lat rozpowszechnienie tych zaburzeń wzrosło we wszystkich województwach, bardzo wysoka dynamika wzrostu wystąpiła w 5 województwach: zachodniopomorskim o 53 %, podlaskim o 49 %, śląskim o 44 %, opolskim o 42 %, warmińsko-mazurskim o 40 % i mazowieckim o 37 %.
Wskaźnik rozpowszechnienia hospitalizacji zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych wynosił w 2003 r. 29,9 na 100 tys. populacji i do roku 2007 wzrósł o 8 %, do 32,4.
W 2003 r. najwyższe wskaźniki charakteryzowały województwa: lubuskie, dolnośląskie, mazowieckie, warmińsko-mazurskie i zachodniopomorskie; najniższe: małopolskie, podkarpackie, świętokrzyskie i lubelskie. W roku 2007 najwyższe wskaźniki wystąpiły w województwach: lubuskim, zachodniopomorskim, mazowieckim i pomorskim; najniższe, tak samo jak w roku 2003, w: podkarpackim, świętokrzyskim i lubelskim.
Najwyższy wzrost wskaźnika wystąpił w województwie małopolskim o 187 % (prawie trzykrotnie wyższy), następnie w województwach: śląskim o 43 %, zachodniopomorskim o 36 %, łódzkim o 35 % i opolskim o 30 %. Spadły natomiast wskaźniki w województwach: dolnośląskim, mazowieckim, podkarpackim, podlaskim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim.

Tab. 4. Zróżnicowanie terytorialne zaburzeń psychicznych w opiece ambulatoryjnej (wskaźnik na 100 tys. ludności)

Województwo	Ogółem		Zaburzenia niezwiązane z uzależnieniami		Zaburzenia związane z używaniem alkoholu		Zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych	
	2003	2007	2003	2007	2003	2007	2003	2007
Dolnośląskie	3648,1	4033,3	3022,4	3378,6	516,6	527,6	109,1	127,1
Kujawsko-pomorskie	4607,0	4265,1	4104,5	3716,4	416,2	473,2	86,3	75,5
Lubelskie	3357,4	3668,0	2860,8	3151,4	390,7	449,0	105,9	67,6
Lubuskie	3849,6	3841,5	3788,7	3277,7	442,8	473,3	218,2	90,5
Łódzkie	3230,8	3294,0	2728,9	2648,3	436,5	580,3	65,4	65,4
Małopolskie	4151,5	3914,3	3765,4	3445,0	333,9	407,7	52,2	61,6
Mazowieckie	2737,2	3313,6	2284,0	2645,8	356,3	448,5	96,9	219,3
Opolskie	2381,3	2672,3	2062,3	2242,5	262,7	389,8	56,3	40,0
Podkarpackie	4348,7	3440,9	3923,6	2627,2	381,1	405,6	44,0	48,1
Podlaskie	2392,1	3192,6	1995,3	2633,9	372,2	523,4	24,6	35,3
Pomorskie	3715,3	4187,9	3216,8	3605,6	394,3	478,6	104,2	103,7
Śląskie	3322,3	3712,0	2767,1	3113,0	493,2	509,3	62,0	89,7
Świętokrzyskie	3204,1	4517,5	2597,4	3881,9	586,3	585,7	20,4	49,9
Warmińsko-mazurskie	2843,9	2963,6	2193,8	2200,7	556,7	700,3	93,4	62,6
Wielkopolskie	3276,3	3236,6	2779,9	2777,1	418,5	387,4	77,9	72,1
Zachodniopomorskie	2424,1	2453,8	1975,2	1975,0	372,6	398,0	76,3	80,8
Ogółem	**3375,8**	**3571,3**	**2876,9**	**3000,3**	**419,4**	**475,8**	**79,5**	**95,2**

Rozpowszechnienie ogółu zaburzeń psychicznych w opiece ambulatoryjnej w Polsce w roku 2003 wynosiło 3375,8 na 100 tys. ludności i do roku 2007 wzrosło o 6 %, do 3571,3.
W 2003 r. najwyższe wskaźniki występowały w województwach: kujawsko-pomorskim, podkarpackim, małopolskim i wielkopolskim; najniższe w: opolskim, podlaskim i zachodniopomorskim. W roku 2007 najwyższe wskaźniki charakteryzowały województwa: świętokrzyskie, kujawsko-pomorskie, pomorskie i dolnośląskie; najniższe: zachodniopomorskie, opolskie i warmińsko-mazurskie.
W ciągu 5 lat najwyższy wzrost wskaźników wystąpił w województwach: świętokrzyskim o 41 %, podlaskim o 33 % i mazowieckim o 21 %; spadły natomiast wskaźniki w województwach: kujawsko-pomorskim, podkarpackim, małopolskim i wielkopolskim.
Wskaźnik rozpowszechnienia zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu w Polsce w roku 2003 wynosił 419,4 na 100 tys. ludności i do 2007 r. wzrósł o 13 %, do 475,8.
W 2003 r. najwyższe wskaźniki tych zaburzeń występowały w województwach: świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim i dolnośląskim; najniższe w: opolskim, małopolskim i mazowieckim. Po 5 latach najwyższymi wskaźnikami zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu charakteryzowały się te same co w 2003 r. województwa: warmińsko-

mazurskie, świętokrzyskie i dolnośląskie oraz łódzkie i podlaskie, natomiast najniższe wskaźniki wystąpiły w województwach: wielkopolskim, opolskim i zachodniopomorskim.
Najwyższy wzrost wskaźników charakteryzuje województwa: opolskie o 48 %, podlaskie o 41 %, łódzkie o 33 %, warmińsko-mazurskie o 26 % i mazowieckie o 26 %, spadł natomiast wskaźnik w województwie wielkopolskim, a w świętokrzyskim utrzymał się na takim samym poziomie.
Wskaźnik rozpowszechnienia zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych w Polsce w roku 2003 wynosił 79,5 na 100 tys. mieszkańców i do roku 2007 wzrost o 20 %, do 95,2.
W 2003 r. najwyższe wskaźniki tych zaburzeń występowały w województwach: lubuskim, dolnośląskim, lubelskim i pomorskim; najniższe w: świętokrzyskim, podlaskim i podkarpackim. W roku 2007 najwyższe wskaźniki wystąpiły w województwach: mazowieckim, dolnośląskim, pomorskim i lubuskim; najniższe charakteryzowały te same województwa co w roku 2003.
Najwyższy wzrost wskaźnika wystąpił w województwach: mazowieckim (ponad dwukrotny - o 126 %), podobnie w województwie świętokrzyskim o 124 %, a następnie w śląskim o 45 % i podlaskim o 43 %. Spadły natomiast wskaźniki w województwach: kujawsko-pomorskim, lubelskim, lubuskim, opolskim, warmińsko-mazurskim i wielkopolskim.
Analiza danych statystycznych nie ujawnia wszystkich elementów i uwarunkowań obecnej sytuacji epidemiologicznej zaburzeń psychicznych, zwłaszcza uwarunkowań społeczno-ekonomicznych. Dokładna diagnoza tych zjawisk wymaga badań populacyjnych na reprezentatywnej próbie. Badania takie są bardzo kosztowne i dotąd w Polsce nie były prowadzone na dostatecznie szeroką skalę. Obecnie, dzięki funduszom z mechanizmów EEA, Instytut Psychiatrii i Neurologii rozpoczął realizację takich badań przy współpracy z Akademią Medyczną we Wrocławiu, Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego - Państwowym Zakładem Higieny oraz Psykiatrisk Institutt Vinderen - Oslo University, Norwey. Badanie "Epidemiologia zaburzeń psychicznych a dostęp do opieki - EZOP Polska" prowadzone jest przy zastosowaniu międzynarodowego kwestionariusza (Composite International Diagnostic Interview CIDI), umożliwiającego porównanie wyników z wynikami badań prowadzonych w innych krajach. Dzięki tym badaniom będzie można oszacować rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w populacji mieszkańców Polski, ocenić dystans społeczny do zaburzeń psychicznych i ich leczenia, uzyskać wiedzę na temat społecznej oceny lecznictwa psychiatrycznego i oczekiwań w tym zakresie, a w konsekwencji inicjować długoterminowy proces monitorowania sytuacji epidemiologicznej i ewaluacji polityki wobec zdrowia psychicznego w Polsce, sformułować rekomendacje dotyczące poprawy rozlokowania placówek lecznictwa psychiatrycznego oraz dotyczące ograniczenia barier korzystania z pomocy placówek psychiatrycznych.
Badania te będą miały kluczowe znaczenie dla realizowania założeń Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Zakłady psychiatrycznej opieki zdrowotnej w latach 1990-2007

Tab. 5. Placówki psychiatrycznej pozaszpitalnej opieki środowiskowej w latach 1990-2007

Placówki	**1990 r.**	**1995 r.**	**2000 r.**	**2005 r.**	**2007 r.**
1	2	3	4	5	6
Poradnie zdrowia psychicznego					
PZP + PZP dla dzieci i młodzieży	495	583	491	1187	1218

porady w tys.	2338,0	2797,4	3448,7	4659,6	4910,5
Poradnie dla uzależnionych					
- od alkoholu	454	405	419	408	417
porady w tys.		806,7	1046,7	1253,2	1303,3
- od substancji psychoaktywnych	28	34	34	89	102
porady w tys.	21,2	47,8	260,7	237,5	232,2
Zespoły opieki środowiskowej					
liczba zespołów	12	16	17	29	35
liczba osób leczonych	1206	1941	1833	3988	5192
Oddziały dzienne					
liczba placówek	76	99	132	203	240
liczba miejsc	1948	2160	2823	4290	5257
Hostele					
liczba placówek	7	9	7	12	12
średni stan dzienny (podopiecznych)	61	77	45	152	210

Rys. 7. Opieka ambulatoryjna - poradnie zdrowia psychicznego w latach 1990-2007

Rys. 8. Opieka dzienna - liczba miejsc w latach 1990-2007

Tab. 6. Opieka stacjonarna - łóżka ogółem i w oddziałach psychiatrycznych (bez oddziałów dla uzależnionych) według rodzaju zakładu w latach 1990-2007

Rodzaj zakładu	**1990 r.**	**1995 r.**	**2000 r.**	**2005 r.**	**2007 r.**
1	2	3	4	5	6
Łóżka ogółem - liczby bezwzględne					
Ogółem	36776	32992	28872	31559	31727
Szpitale psychiatryczne	31863	27375	22455	19056	18944
Inne zakłady	4913	5617	6417	12503	12783
Łóżka ogółem - odsetki					
Ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Szpitale psychiatryczne	86,6	83,0	77,8	60,4	59,7
Inne zakłady	13,4	17,0	22,2	39,6	40,3
Łóżka w oddziałach psychiatrycznych - liczby bezwzględne					
Ogółem	32622	28387	24141	21490	20888
Szpitale psychiatryczne	29274	24780	20065	16326	15785
Inne zakłady*	3348	3607	4076	5164	5103
Łóżka w oddziałach psychiatrycznych - odsetki					
Ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Szpitale psychiatryczne	89,7	87,3	83,1	76,0	75,6
Inne zakłady*	10,3	12,7	16,9	24,0	24,4

* Szpitale ogólne i inne specjalistyczne niepsychiatryczne.

Rys. 9. Opieka stacjonarna - łóżka ogółem w latach 1990-2007

Rys. 10. Opieka stacjonarna - łóżka w szpitalach psychiatrycznych oraz innych zakładach w latach 1990-2007

Rys. 11. Opieka stacjonarna - łóżka w oddziałach psychiatrycznych (także dziecięcych, sądowych i opiekuńczych) szpitali psychiatrycznych oraz szpitali ogólnych w latach 1990-2007

Tab. 7. Opieka stacjonarna - łóżka według rodzaju oddziału w latach 1990-2007

Rodzaj oddziału	**1990 r.**	**1995 r.**	**2000 r.**	**2005 r.**	**2007 r.**
Łóżka - liczby bezwzględne					
OGÓŁEM	36776	32992	28872	31559	31727
psychiatryczne dla dorosłych	31234	25063	19650	18336	17972
opiekuńcze*	-	2300	3198	5275	5410
dla uzależnionych	4114	4533	4940	6936	7298
dla dzieci i młodzieży	1428	1096	1084	1012	1047
Wskaźniki na 10 tys. mieszkańców					
OGÓŁEM	9,6	8,5	7,5	8,3	8,3
psychiatryczne dla dorosłych	8,2	6,5	5,1	4,8	4,7
opiekuńcze*	-	0,6	0,8	1,4	1,4
dla uzależnionych	1,1	1,2	1,3	1,8	1,9
dla dzieci i młodzieży	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3
Odsetki					
OGÓŁEM	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
psychiatryczne dla dorosłych	84,9	76,0	68,1	58,1	56,6
opiekuńcze*	-	7,0	11,1	16,7	17,1
dla uzależnionych	11,2	13,7	17,1	22,0	23,0
dla dzieci i młodzieży	3,9	3,3	3,8	3,2	3,3

* Łącznie z łóżkami w oddziałach dla przewlekle chorych.

Rys. 12. Opieka stacjonarna - łóżka w oddziałach dla dorosłych z zaburzeniami psychicznymi (także w opiekuńczych) i dla uzależnionych w latach 1990-2007

Rys. 13. Opieka stacjonarna - łóżka dla dorosłych: psychiatryczne i opiekuńcze w latach 1990-2007

Pozaszpitalne formy opieki środowiskowej

W latach 1990-2000 w opiece ambulatoryjnej nie stwierdzono znaczących zmian w liczbie placówek. Po roku 2000 nastąpił ponad dwukrotny wzrost (z 491 do 1218) liczby poradni zdrowia psychicznego, co znacząco poprawiło terytorialną dostępność tej formy opieki.
Jednak nadal co trzecia poradnia funkcjonuje 1-3 dni tygodniowo, a w ok. 40 powiatach nie zorganizowano dotychczas stałych poradni zdrowia psychicznego. Większość poradni działa w ramach niepublicznych zakładów opieki (ponad 60 %).
W końcu 2007 r. w całym kraju działało 1218 poradni zdrowia psychicznego, w tym 172 dla dzieci i młodzieży, które łącznie udzieliły ponad 4,9 mln porad.
Od roku 1995 utrzymuje się w zasadzie stała (405-419) liczba poradni odwykowych, w których zwraca uwagę rosnąca liczba i bogatsza oferta udzielanych świadczeń (w 2007 r. - 1,3 mln porad; 253 tys. objętych psychoterapią indywidualną bądź grupową).
Po roku 2000 nastąpił ponad trzykrotny wzrost liczby poradni dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (z 34 do 102), przy czym świadczenia w formie porad utrzymują się w tym okresie na zbliżonym poziomie 230-260 tys.
We wszystkich placówkach ambulatoryjnych odnotowuje się w ostatnich latach istotne zwiększenie liczby świadczeń z zakresu psychoterapii.
W 2007 r. funkcjonowało 240 oddziałów dziennych, tj. trzykrotnie więcej niż w 1990 r. Stosunkowo duże tempo ich wzrostu zarejestrowano po roku 2000. W 2007 r. 37 oddziałów funkcjonowało w strukturze NZOZ.
Zespoły leczenia środowiskowego oraz hostele należą do tych form opieki, których liczbę można w stosunku do potrzeb ocenić jako znikomą; ich pacjenci stanowią niecały procent wszystkich leczonych.

Opieka stacjonarna

W 2007 r. osobom z zaburzeniami psychicznymi udzielano całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakładach dysponujących łącznie 31,7 tys. łóżkami. W okresie 1990-2007 nastąpiła bezwzględna redukcja szpitalnej bazy łóżkowej w szpitalach psychiatrycznych o 13 tys. łóżek (z 31,9 tys. do 18,9 tys.), w których średni roczny czas leczenia skrócił się z 66 dni w 1990 r. do 35 dni w roku 2007. Obecnie nadal 60 % lecznictwa stacjonarnego zlokalizowana jest w 54 szpitalach psychiatrycznych (łącznie z regionalnymi ośrodkami psychiatrii sądowej - ROPS). Oznacza to duży spadek w porównaniu z rokiem 1990, kiedy blisko 87 % łóżek znajdowało się w strukturach organizacyjnych szpitali psychiatrycznych.
Zmniejszaniu się liczby szpitali psychiatrycznych towarzyszył szczególnie pożądany, ale zbyt powolny proces powstawania oddziałów psychiatrycznych w strukturach zakładów niepsychiatrycznych, głównie szpitali ogólnych. W 1990 r. oddziały takie, z 3,3 tys. łóżek, funkcjonowały w 43 zakładach, podczas gdy w 2007 r. z 5,1 tys. łóżek - w 88 zakładach.
Na przestrzeni lat 1990-2007 w strukturze bazy łóżkowej, określonej specjalistycznym profilem, odnotowano duże zmiany. Wzrastał (z 11 % do 23 %) udział bazy łóżkowej dla uzależnionych oraz łóżek o profilu opiekuńczym. Wzrost tej ostatniej kategorii łóżek był przede wszystkim efektem procesów restrukturyzacyjnych przeprowadzanych w dużych szpitalach psychiatrycznych. Malał natomiast (z 85 % do 57 %) udział łóżek psychiatrycznych przewidzianych dla dorosłej populacji z zaburzeniami psychicznymi.
Ogólne obliczone dla kraju wskaźniki dostępności opieki stacjonarnej nie odbiegają znacząco od wskaźników przyjętych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego jako docelowe. Zasadniczy problem polega na nierównomiernej lokalizacji placówek

psychiatrycznych w poszczególnych województwach oraz na zbyt dużej koncentracji bazy łóżkowej w szpitalach psychiatrycznych.

II. Cele i zadania Programu - szczegółowy wykaz zadań przyporządkowany celom ogólnym i szczegółowym według podmiotów realizujących

ZESTAWIENIE CELÓW OGÓLNYCH I SZCZEGÓŁOWYCH

Cel główny 1:

promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Cele szczegółowe:

1.1. upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu

1.2. zapobieganie zaburzeniom psychicznym

1.3. zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi

1.4. organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego

Cel główny 2:

zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym

Cele szczegółowe:

2.1. upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej

2.2. upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego

2.3. aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi

2.4. skoordynowanie różnych form opieki i pomocy

Cel główny 3:

rozwój badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego

Cele szczegółowe:

3.1. przekrojowe i długoterminowe epidemiologiczne oceny wybranych zbiorowości zagrożonych występowaniem zaburzeń psychicznych

3.2. promocja i wspieranie badań naukowych podejmujących tematykę zdrowia psychicznego

3.3. unowocześnienie i poszerzenie zastosowania systemów statystyki medycznej

3.4. ocena skuteczności realizacji Programu

Minister właściwy do spraw zdrowia

Cel główny 1:

promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Cel szczegółowy:

1.1. upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia

sobie
w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu

Zadania:

1.1.1. ustalenie priorytetów promocji zdrowia psychicznego w dziedzinie ochrony zdrowia
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowana lista priorytetów
1.1.2. opracowanie programów promocji zdrowia psychicznego w dziedzinie ochrony zdrowia
(m.in. kampanii informacyjnych i edukacyjnych, programów szkoleń w zakresie promocji zdrowia psychicznego, np. dla lekarzy pierwszego kontaktu, pielęgniarek środowiskowych)
termin realizacji: do 12.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowane programy
1.1.3. realizacja programów promocji zdrowia psychicznego w dziedzinie ochrony zdrowia (m.in. kampanii informacyjnych i edukacyjnych, programów szkoleń w zakresie promocji zdrowia psychicznego, np. dla lekarzy pierwszego kontaktu, pielęgniarek środowiskowych)
termin realizacji: realizacja ciągła od 01.2012
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji objętej programem/rok

Cel szczegółowy:

1.2. zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Zadania:

1.2.1. opracowanie programu wczesnej diagnostyki i interwencji w zaburzeniach rozwoju u dzieci
w wieku przedszkolnym
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
1.2.2. realizacja programu wczesnej diagnostyki i interwencji w zaburzeniach rozwoju u dzieci w wieku przedszkolnym
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji objętej programem/rok
1.2.3. opracowanie programu zapobiegania samobójstwom
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
1.2.4. realizacja programu zapobiegania samobójstwom
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: zmiana rocznych wskaźników samobójstw dokonanych i prób samobójczych/100 tys. ludności - z uwzględnieniem płci, wieku, województwa, odsetek populacji objętej programem/rok
1.2.5. opracowanie programu zapobiegania depresji
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
1.2.6. realizacja programu zapobiegania depresji
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011

wskaźnik monitorujący: zmiana rocznych wskaźników/100 tys. ludności: zapadalności i rozpowszechnienia zaburzeń depresyjnych zarejestrowanych w lecznictwie ambulatoryjnym i stacjonarnym - z uwzględnieniem płci, wieku, województwa, odsetek populacji objętej programem/rok

1.2.7. opracowanie programów szkolenia przeddyplomowego i podyplomowego dla pracowników ochrony zdrowia w zakresie wczesnego rozpoznawania zaburzeń psychicznych:

- u dzieci i młodzieży,
- w populacji osób dorosłych,
- w populacji osób starszych,

ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy pierwszego kontaktu i pielęgniarek środowiskowych
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowane programy

1.2.8. realizacja programów szkolenia przeddyplomowego i podyplomowego dla pracowników ochrony zdrowia w zakresie wczesnego rozpoznawania zaburzeń psychicznych:

- u dzieci i młodzieży,
- w populacji osób dorosłych,
- w populacji osób starszych,

ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy pierwszego kontaktu i pielęgniarek środowiskowych
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji objętej programem/rok

Cel szczegółowy:

1.3. zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi

Zadania:

1.3.1. inicjowanie projektów informacyjno-edukacyjnych sprzyjających postawom zrozumienia
i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi
termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011
wskaźnik monitorujący: liczba projektów/rok

1.3.2. przygotowanie i wdrożenie projektu monitorowania przestrzegania praw osobowych i obywatelskich osób z problemami zdrowia psychicznego, w tym pacjentów placówek psychiatrycznych
termin realizacji: od 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany dokument, okresowe oceny przestrzegania praw

1.3.3. przegląd obowiązującego ustawodawstwa pod kątem przeciwdziałania nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu w dostępie do leczenia
termin realizacji: do 12.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowana lista koniecznych uzupełnień i zmian

1.3.4. wprowadzenie do obowiązującego ustawodawstwa zmian w celu przeciwdziałania nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu w dostępie do leczenia
termin realizacji: do 12.2012
wskaźnik monitorujący: przygotowany wykaz wprowadzonych uzupełnień i zmian

Cel główny 2:

zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym

Cel szczegółowy:

2.1. upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Zadania:

2.1.1. opracowanie programu zdrowotnego w celu stymulowania restrukturyzacji bazy stacjonarnego lecznictwa psychiatrycznego, w tym finansowania (wysokość środków, zasady alokacji), na podstawie analiz wynikających z regionalnych planów ochrony zdrowia psychicznego w zakresie zmniejszania i przekształcania dużych szpitali psychiatrycznych w placówki wyspecjalizowane, zapewniające profilowane usługi zdrowotne (w tym: rehabilitacyjne, sądowo-psychiatryczne oraz opiekuńczo-lecznicze) z jednoczesnym przenoszeniem zadań podstawowej psychiatrycznej opieki stacjonarnej do oddziałów szpitali ogólnych
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: opracowany program określający coroczną wysokość środków przeznaczanych na ten cel oraz zasady ich alokacji
2.1.2. realizacja programu zdrowotnego w celu stymulowania restrukturyzacji bazy stacjonarnego lecznictwa psychiatrycznego, w tym finansowania (wysokość środków, zasady alokacji),
na podstawie analiz wynikających z regionalnych planów ochrony zdrowia psychicznego w zakresie zmniejszania i przekształcania dużych szpitali psychiatrycznych w placówki wyspecjalizowane, zapewniające profilowane usługi zdrowotne (w tym: rehabilitacyjne, sądowo-psychiatryczne oraz opiekuńczo-lecznicze) z jednoczesnym przenoszeniem zadań podstawowej psychiatrycznej opieki stacjonarnej do oddziałów szpitali ogólnych
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: wysokość nakładów na program, liczba realizatorów programu
2.1.3. przygotowanie pilotażowego programu wdrożenia środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej w wybranych województwach i powiatach, z zapewnieniem możliwości innowacyjnych rozwiązań organizacyjnych, właściwego finansowania oraz starannego monitorowania kosztów i wyników
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
2.1.4. realizacja pilotażowego programu wdrożenia środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej
w wybranych województwach i powiatach, z zapewnieniem możliwości innowacyjnych rozwiązań organizacyjnych, właściwego finansowania oraz starannego monitorowania kosztów i wyników
termin realizacji: od 07.2011 do 07.2012
wskaźnik monitorujący: wyniki ekspertyz - ekonomicznej, organizacyjnej, zdrowotnej
2.1.5. monitorowanie procesu zwiększenia dostępności i zmniejszenie nierówności w dostępie

do zróżnicowanych form opieki zdrowotnej - zgodnie z zalecanym poziomem wskaźników zawartych w załączniku nr 2 do rozporządzenia
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: roczne wskaźniki na 10 tys. ludności dostępności: liczba łóżek i miejsca w oddziałach dziennych; liczba zespołów leczenia środowiskowego i osób objętych ich opieką; liczba innego typu placówek opieki środowiskowej - w skali kraju i poszczególnych województw

2.1.6. opracowanie standardów postępowania oraz procedur medycznych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, z uwzględnieniem potrzeb środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej
termin realizacji: do 12.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowane projekty rozporządzeń

2.1.7. ustalenie listy zawodów niezbędnych do realizacji środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz opracowanie programu ich szkolenia na poziomie przeddyplomowym i podyplomowym
termin realizacji: do 12.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowana lista zawodów, program szkolenia

2.1.8. wdrożenie szkolenia kadr o zróżnicowanych kompetencjach, niezbędnych do realizacji środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej - na poziomie przeddyplomowym i podyplomowym z uwzględnieniem wskaźników zawartych w załączniku nr 2 do rozporządzenia
termin realizacji: realizacja ciągła od 09.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek kadr objętych szkoleniem/rok

2.1.9. określenie zadań podstawowej opieki zdrowotnej w realizacji środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowana lista zadań

2.1.10. wprowadzenie do szkolenia przeddyplomowego lekarzy oraz do szkolenia specjalizacyjnego lekarzy rodzinnych zadań podstawowej opieki zdrowotnej w realizacji środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej
termin realizacji: do 06.2012
wskaźnik monitorujący: przygotowana lista zmian w programach

Cel szczegółowy:

2.4. skoordynowanie różnych form opieki i pomocy

Zadania:

2.4.1. stworzenie struktury koordynującej realizację Programu na szczeblu centralnym z zadaniami:
- opracowania i publikowania rozwiązań modelowych i standardów w zakresie ochrony zdrowia psychicznego oraz materiałów szkoleniowych,
- monitorowania i aktualizowania celów Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego,
- opracowania i wdrażania centralnych programów wspierania realizacji Programu,
- analiza rocznych sprawozdań podmiotów realizujących Program i przygotowanie łącznego sprawozdania z realizacji Programu

termin realizacji: do 06.2011

wskaźnik monitorujący: przygotowany dokument powołujący

2.4.2. opracowanie koncepcji centralnej placówki prowadzącej działalność badawczą i aplikacyjną
w zakresie ochrony zdrowia psychicznego (promocja, zapobieganie, leczenie, rehabilitacja)
termin realizacji: do 12.2014
wskaźnik monitorujący: przygotowany akt powołania, statut

Cel główny 3:

rozwój badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego

Cel szczegółowy:

3.1. przekrojowe i długoterminowe epidemiologiczne oceny wybranych zbiorowości zagrożonych występowaniem zaburzeń psychicznych

Zadania:

3.1.1. wspieranie i prowadzenie badań naukowych dotyczących rozpowszechnienia i uwarunkowań zaburzeń psychicznych w wybranych populacjach
termin realizacji: realizacja ciągła od 01.2012
wskaźnik monitorujący: liczba realizowanych projektów/rok

3.1.2. opracowanie programu okresowych, reprezentatywnych badań stanu zdrowia psychicznego populacji ogólnej
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany dokument

3.1.3. realizacja programu okresowych badań stanu zdrowia psychicznego populacji ogólnej
termin realizacji: realizacja okresowa od 01.2012 (nie rzadziej niż co 5 lat)
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji objętej programem/rok

Cel szczegółowy:

3.3. unowocześnienie i poszerzenie zastosowania systemów statystyki medycznej

Zadania:

3.3.1. opracowanie i wdrożenie zintegrowanego systemu elektronicznego zbierania danych z placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej
termin realizacji: do 12.2012
wskaźnik monitorujący: uruchomienie systemu

Cel szczegółowy:

3.4. ocena skuteczności realizacji Programu

Zadania:

3.4.1. wdrożenie programu badawczego oceniającego skuteczność realizacji Programu
termin realizacji: od 12.2011

wskaźnik monitorujący: przygotowany raport i stopień poprawy wskaźników zdrowotnych

Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania

Cel główny 1:

promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Cel szczegółowy:

1.1. upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu

Zadania:

1.1.1. ustalenie priorytetów promocji zdrowia psychicznego w dziedzinie oświaty i wychowania
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowana lista priorytetów
1.1.2. opracowanie i wdrożenie pakietu działań mających na celu podniesienie poziomu zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży przez kreowanie harmonijnego rozwoju, kształtowanie osobowości i struktur psychicznych, umiejętności społecznych, podnoszenie odporności i poprawę funkcjonowania emocjonalnego
termin realizacji: wdrażanie od 09.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowane programy; odsetek populacji objętej programem/rok

Cel szczegółowy:

1.2. zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Zadania:

1.2.1. opracowanie programu zapobiegania samobójstwom wśród dzieci i młodzieży
termin realizacji: do 08.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
1.2.2. realizacja programu zapobiegania samobójstwom wśród młodzieży
termin realizacji: realizacja ciągła od 09.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji, do której kierowany jest program, objętej programem/rok; częstość samobójstw i prób samobójczych
1.2.3. opracowanie programu zapobiegania zaburzeniom odżywiania wśród młodzieży
termin realizacji: do 08.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
1.2.4. realizacja programu zapobiegania zaburzeniom odżywiania wśród młodzieży
termin realizacji: realizacja ciągła od 09.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji, do której kierowany jest program, objętej programem/rok

Cel szczegółowy:

1.3. zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi

Zadania:

1.3.1. organizowanie we współpracy z ministrem właściwym do spraw zdrowia kampanii informacyjnych i społecznych motywujących środowisko szkolne i pozaszkolne do integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi
termin realizacji: od 09.2011
wskaźnik monitorujący: środowiska objęte kampaniami; ocena odbioru społecznego

Cel szczegółowy:

1.4. organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego

Zadania:

1.4.1. opracowanie programu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego w jednostkach działających w systemie oświaty
termin realizacji: do 08.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
1.4.2. realizacja programu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego w jednostkach działających w systemie oświaty
termin realizacji: realizacja ciągła od 09.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji, do której kierowany jest program, objętej programem/rok

Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego, minister właściwy do spraw pracy

Cel główny 1:

promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Cel szczegółowy:

**1.1. upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie
w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu**

Zadania:

1.1.1. ustalenie priorytetów promocji zdrowia psychicznego w dziedzinie polityki społecznej i w środowisku pracy
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowana lista priorytetów

1.1.2. opracowanie programów promocji zdrowia psychicznego w dziedzinie polityki społecznej
i w środowisku pracy (m.in. regulacje prawne sprzyjające promocji zdrowia psychicznego, monitorowanie czynników stwarzających ryzyko wystąpienia problemów zdrowia psychicznego w miejscu pracy - np. mobbing)
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowane programy
1.1.3. realizacja programów promocji zdrowia psychicznego w dziedzinie polityki społecznej i w środowisku pracy (m.in. regulacje prawne sprzyjające promocji zdrowia psychicznego, monitorowanie czynników stwarzających ryzyko wystąpienia problemów zdrowia psychicznego w miejscu pracy - np. mobbing)
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji, do której kierowany jest program, biorącej udział w programie/rok

Cel szczegółowy:

1.3. zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi

Zadania:

1.3.1. przegląd obowiązujących regulacji prawnych pod kątem przeciwdziałania nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu społecznemu w środowisku pracy
termin realizacji: do 12.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowana lista koniecznych uzupełnień i zmian
1.3.2. wprowadzenie do obowiązujących regulacji prawnych zmian przeciwdziałających nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu społecznemu w środowisku pracy
termin realizacji: do 12.2014
wskaźnik monitorujący: przygotowany wykaz wprowadzonych zmian

Cel główny 2:

zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym

Cel szczegółowy:

2.2. upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego

Zadania:

2.2.1. przegląd regulacji prawnych dotyczących pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi pod kątem ułatwienia współpracy ze środowiskowo zorientowaną psychiatryczną opieką zdrowotną
termin realizacji: do 12.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany tekst ekspertyzy
2.2.2. przygotowanie programu wspierania jednostek samorządu terytorialnego i innych podmiotów pomocy społecznej w zakresie poszerzania, zróżnicowania i unowocześniania

pomocy
i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej
termin realizacji: do 12.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
2.2.3. monitorowanie realizacji programu wspierania jednostek samorządu terytorialnego i innych podmiotów pomocy społecznej w zakresie poszerzania, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej
termin realizacji: realizacja ciągła od 01.2012
wskaźnik monitorujący: liczba osób korzystających z różnych form pomocy w skali kraju i poszczególnych województw/rok

Cel szczegółowy:

2.3. aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi

Zadania:

2.3.1. przegląd regulacji prawnych i wprowadzenie rozwiązań koniecznych do rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi
termin realizacji: do 12.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany wykaz wprowadzonych zmian
2.3.2. zwiększenie dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego
i szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi
termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011
wskaźnik monitorujący: liczba osób objętych poszczególnymi formami działalności/rok
2.3.3. prowadzenie kampanii informacyjnych adresowanych do pracodawców promujących zatrudnianie osób z zaburzeniami psychicznymi
termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011
wskaźnik monitorujący: liczba kampanii/rok

Minister właściwy do spraw nauki i szkolnictwa wyższego

Cel główny 1:

Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Cel szczegółowy:

1.1. upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu

Zadania:

1.1.1. ustalenie priorytetów promocji zdrowia psychicznego w szkolnictwie wyższym i instytucjach nauki
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowana lista priorytetów
1.1.2. opracowanie programów promocji zdrowia psychicznego w szkolnictwie wyższym i instytucjach nauki (np. kampanii informacyjnych i edukacyjnych)
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowane programy
1.1.3. realizacja programów promocji zdrowia psychicznego w szkolnictwie wyższym i instytucjach nauki (np. kampanii informacyjnych i edukacyjnych)
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji, do której kierowany jest program, biorącej udział w programie/rok

Cel główny 3:

rozwój badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego

Cel szczegółowy:

3.2. promocja i wspieranie badań naukowych podejmujących tematykę zdrowia psychicznego

Zadania:

3.2.1. uwzględnienie ochrony zdrowia psychicznego w priorytetach Krajowego Programu Badań
termin realizacji: do 12.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany dokument

Minister Sprawiedliwości

Cel główny 1:

promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Cel szczegółowy:

**1.1. upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie
w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu**

Zadania:

1.1.1. ustalenie priorytetów promocji zdrowia psychicznego w instytucjach wymiaru sprawiedliwości

termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowana lista priorytetów
1.1.2. opracowanie programów promocji zdrowia psychicznego w instytucjach wymiaru sprawiedliwości (np. uwzględniających problematykę zdrowia psychicznego w programach resocjalizacyjnych w więziennictwie oraz w programach skierowanych do funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej)
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowane dokumenty
1.1.3. realizacja programów promocji zdrowia psychicznego w instytucjach wymiaru sprawiedliwości (np. uwzględniających problematykę zdrowia psychicznego w programach resocjalizacyjnych w więziennictwie oraz w programach skierowanych do funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej)
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji objętej programem/rok

Cel szczegółowy:

1.2. zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Zadania:

1.2.1. opracowanie programu zapobiegania depresji i samobójstwom w populacji osób pozbawionych wolności oraz w populacji funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany dokument
1.2.2. realizacja programu zapobiegania depresji i samobójstwom w populacji osób pozbawionych wolności oraz w populacji funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźniki monitorujące: zmiana rocznych wskaźników zarejestrowanych zaburzeń depresyjnych, samobójstw dokonanych i prób samobójczych w populacji osadzonych oraz w populacji funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej, odsetek populacji objętej programem/rok
1.2.3. opracowanie programu zapobiegania przemocy w populacji osób pozbawionych wolności oraz w populacji funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany dokument
1.2.4. realizacja programu zapobiegania przemocy w populacji osób pozbawionych wolności oraz
w populacji funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji objętej programem/rok

Cel szczegółowy:

1.3. zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi

Zadania:

1.3.1. przegląd obowiązującego ustawodawstwa pod kątem przeciwdziałania nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowana lista koniecznych uzupełnień i zmian
1.3.2. wprowadzenie do obowiązującego ustawodawstwa zmian przeciwdziałających nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu
termin realizacji: do 12.2013
wskaźnik monitorujący: przygotowany wykaz wprowadzonych zmian
1.3.3. opracowanie programu szkoleń dla funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej, ułatwiających zrozumienie zachowań osób z zaburzeniami psychicznymi oraz przeciwdziałających postawom nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
1.3.4. realizacja programu szkoleń dla funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej, ułatwiających zrozumienie zachowań osób z zaburzeniami psychicznymi oraz przeciwdziałających postawom nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu
termin realizacji: od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji objętej programem/rok

Cel szczegółowy:

1.4. organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego

Zadania:

1.4.1. opracowanie programu pomocy dla ofiar przemocy i pomocy w stanach kryzysu psychicznego po wystąpieniu zdarzeń stanowiących źródło silnego stresu
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
1.4.2. szkolenie personelu fachowego w zakresie pomocy dla ofiar przemocy i pomocy w stanach kryzysu psychicznego po wystąpieniu zdarzeń stanowiących źródło silnego stresu
termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek przeszkolonego personelu
1.4.3. realizacja programu pomocy dla ofiar przemocy i pomocy w stanach kryzysu psychicznego
po wystąpieniu zdarzeń stanowiących źródło silnego stresu
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: liczba osób objętych programem/rok
1.4.4. opracowanie programu psychoprofilaktycznego dla funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
1.4.5. realizacja programu psychoprofilaktycznego dla funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji objętej programem/rok

Cel główny 2:

zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym

Cel szczegółowy:

2.1. upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Zadania:

2.1.1. zapewnienie osobom przebywającym w instytucjach wymiaru sprawiedliwości pełnego dostępu do opieki psychiatrycznej i wsparcia psychologicznego, w szczególności w ośrodkach dla młodocianych
termin realizacji: do 12.2012
wskaźnik monitorujący: odsetek ośrodków z pełnym dostępem do opieki psychiatrycznej i wsparcia psychologicznego; liczba psychiatrów/psychologów pracujących na rzecz ośrodka

Cel główny 3:

rozwój badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego

Cel szczegółowy:

3.1. przekrojowe i długoterminowe epidemiologiczne oceny wybranych zbiorowości zagrożonych występowaniem zaburzeń psychicznych

Zadania:

3.1.1. przeprowadzenie badań populacji osób przebywających w zakładach karnych, służących ocenie ich potrzeb z zakresu ochrony zdrowia psychicznego i skuteczności działań podejmowanych w ramach Programu
termin realizacji: do 12.2012
wskaźnik monitorujący: przygotowany raport

Minister właściwy do spraw wewnętrznych, minister właściwy do spraw administracji publicznej

Cel główny 1:

promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Cel szczegółowy:

**1.1. upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie
w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu**

Zadania:

1.1.1. ustalenie priorytetów promocji zdrowia psychicznego w podległych służbach
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowana lista priorytetów
1.1.2. opracowanie programu promocji zdrowia psychicznego w podległych służbach
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
1.1.3. realizacja programu promocji zdrowia psychicznego w podległych służbach
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji objętej programem/rok

Cel szczegółowy:

1.2. zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Zadania:

1.2.1. opracowanie programu zapobiegania depresji i samobójstwom w populacji pracowników
i funkcjonariuszy służb mundurowych i ratowniczych
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany dokument
1.2.2. realizacja programu zapobiegania depresji i samobójstwom w populacji pracowników i funkcjonariuszy służb mundurowych i ratowniczych
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji objętej programem/rok

Cel szczegółowy:

1.3. zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi

Zadania:

1.3.1. opracowanie programu szkoleń dla pracowników podległych służb, ułatwiających zrozumienie zachowań osób z zaburzeniami psychicznymi oraz przeciwdziałających postawom nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
1.3.2. realizacja programu szkoleń dla pracowników podległych służb, ułatwiających zrozumienie zachowań osób z zaburzeniami psychicznymi oraz przeciwdziałających postawom nietolerancji, dyskryminacji i wykluczeniu
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji objętej programem/rok

Cel szczegółowy:

1.4. organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego

Zadania:

1.4.1. opracowanie programu pomocy dla ofiar przemocy, katastrof i klęsk żywiołowych
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
1.4.2. szkolenie personelu fachowego w zakresie pomocy dla ofiar przemocy, katastrof i klęsk żywiołowych
termin realizacji: od 06.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek przeszkolonego personelu
1.4.3. realizacja programu pomocy dla ofiar przemocy, katastrof i klęsk żywiołowych
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: liczba osób objętych programem/rok
1.4.4. opracowanie programu psychoprofilaktycznego dla funkcjonariuszy służb mundurowych
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
1.4.5. realizacja programu psychoprofilaktycznego dla funkcjonariuszy służb mundurowych
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji objętej programem/rok

Cel główny 2:

zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym

Cel szczegółowy:

2.1. upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Zadania:

2.1.1. opracowanie programu dostosowania działalności psychiatrycznych placówek resortowych
do zaleceń środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
2.1.2. realizacja programu dostosowania działalności psychiatrycznych placówek resortowych
do zaleceń środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek przystosowanych placówek

Cel główny 3:

rozwój badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego

Cel szczegółowy:

3.1. przekrojowe i długoterminowe epidemiologiczne oceny wybranych zbiorowości zagrożonych występowaniem zaburzeń psychicznych

Zadania:

3.1.1. podjęcie badań populacji pracowników i funkcjonariuszy służb mundurowych i ratowniczych, służących ocenie ich potrzeb z zakresu ochrony zdrowia psychicznego i skuteczności działań podejmowanych w ramach Programu
termin realizacji: realizacja ciągła od 01.2012
wskaźnik monitorujący: liczba zrealizowanych projektów/rok

Minister Obrony Narodowej

Cel główny 1:

promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Cel szczegółowy:

**1.1. upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie
w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu**

Zadania:

1.1.1. ustalenie priorytetów promocji zdrowia psychicznego w podległych służbach
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowana lista priorytetów
1.1.2. opracowanie programów promocji zdrowia psychicznego w podległych służbach (np. programy szkolenia dla kadry dowódczej, programy profilaktyczne dla żołnierzy powracających z misji zagranicznych)
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowane programy
1.1.3. realizacja programów promocji zdrowia psychicznego w podległych służbach (np. programy szkolenia dla kadry dowódczej, programy profilaktyczne dla żołnierzy powracających z misji zagranicznych)
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji biorącej udział w programie/rok

Cel szczegółowy:

1.2. zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Zadania:

1.2.1. opracowanie programu zapobiegania zaburzeniom związanym ze stresem i zaburzeniom nastroju w populacji żołnierzy
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
1.2.2. realizacja programów zapobiegania zaburzeniom związanym ze stresem i zaburzeniom nastroju w populacji żołnierzy
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźniki monitorujące: zmiana rocznych wskaźników zarejestrowanych zaburzeń depresyjnych, samobójstw dokonanych i prób samobójczych w populacji żołnierzy, odsetek populacji biorącej udział w programie/rok

Cel szczegółowy:

1.4. organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego

Zadania:

1.4.1. opracowanie programu pomocy w stanach kryzysu psychicznego związanego ze służbą wojskową
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
1.4.2. szkolenie personelu fachowego w zakresie pomocy w stanach kryzysu psychicznego związanego ze służbą wojskową
termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek przeszkolonego personelu/rok
1.4.3. realizacja programu pomocy w stanach kryzysu psychicznego związanego ze służbą wojskową
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji, do której kierowany jest program, biorącej udział w programie/rok

Cel główny 2:

zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym

Cel szczegółowy:

2.1. upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Zadania:

2.1.1. opracowanie programu dostosowania działalności psychiatrycznych placówek resortowych
do zaleceń środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej
termin realizacji: do 06.2011

wskaźnik monitorujący: przygotowany program
2.1.2. realizacja programu dostosowania działalności psychiatrycznych placówek resortowych
do zaleceń środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek dostosowanych placówek

Cel główny 3:

rozwój badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego

Cel szczegółowy:

3.1. przekrojowe i długoterminowe epidemiologiczne oceny wybranych zbiorowości zagrożonych występowaniem zaburzeń psychicznych

Zadania:

3.1.1. podjęcie badań populacji żołnierzy, służących ocenie ich potrzeb z zakresu ochrony zdrowia psychicznego i skuteczności działań podejmowanych w ramach Programu
termin realizacji: do 12.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek przebadanej populacji

Narodowy Fundusz Zdrowia

Cel główny 2:

zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym

Cel szczegółowy:

2.1. upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Zadania:

2.1.1. opracowanie i wdrażanie systemu finansowania świadczeń zdrowotnych uwzględniającego specyfikę środowiskowego modelu opieki i promującego jego rozwój
termin realizacji: od 06.2011
wskaźnik monitorujący: zmiany w zarządzeniu Prezesa NFZ
2.1.2. zwiększanie nakładów na świadczenia zdrowotne z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień stosownie do potrzeb i rozwoju świadczeń zdrowotnych
termin realizacji: realizacja stopniowa od 01.2012
wskaźnik monitorujący: nakłady na świadczenia psychiatrycznej opieki zdrowotnej w kolejnych latach,
wysokość nakładów na świadczenia psychiatrycznej opieki zdrowotnej per capita
2.1.3. przygotowanie projektu finansowania świadczeń do pilotażowego programu wdrożenia modelu środowiskowej opieki psychiatrycznej w wybranych województwach i powiatach

termin realizacji: do 09.2011
wskaźniki monitorujące: wyniki ekspertyz - organizacyjnej, ekonomicznej, zdrowotnej

Samorządy województw

Cel główny 1:

promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Cel szczegółowy:

1.1. upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu

Zadania:

1.1.1. ustalenie priorytetów promocji zdrowia psychicznego na obszarze województwa
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowana lista priorytetów
1.1.2. opracowanie regionalnych programów promocji zdrowia
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowane programy
1.1.3. realizacja regionalnych programów promocji zdrowia
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji biorącej udział w programie/rok

Cel szczegółowy:

1.3. zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi

Zadania:

1.3.1. opracowanie programów informacyjno-edukacyjnych sprzyjających postawom zrozumienia
i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowane programy
1.3.2. realizacja programów informacyjno-edukacyjnych sprzyjających postawom zrozumienia
i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji biorącej udział w programie/rok

Cel szczegółowy:

1.4. organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego

Zadania:

1.4.1. prowadzenie działań (np. kampanie informacyjne, publikacja przewodników) informujących
o dostępnej w województwie pomocy dla ofiar przemocy, katastrof i klęsk żywiołowych
termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011
wskaźnik monitorujący: liczba projektów/rok

Cel główny 2:

zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym

Cel szczegółowy:

2.1. upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Zadania:

2.1.1. opracowanie (z uwzględnieniem programów powiatowych) wojewódzkiego programu zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w tym zwłaszcza form niezbędnych do tworzenia centrów zdrowia psychicznego, z uwzględnieniem:
- leczenia ambulatoryjnego,
- leczenia w zespołach środowiskowych,
- leczenia w oddziałach dziennych,
- leczenia w oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych,

dla dzieci, młodzieży i dorosłych - zgodnie z zalecanym poziomem wskaźników zawartych w załączniku nr 2 do rozporządzenia
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
2.1.2. realizacja programu zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form psychiatrycznej opieki zdrowotnej w województwie
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek placówek biorących udział w programie
2.1.3. uzgadnianie umiejscowienia i obszaru działania sieci centrów zdrowia psychicznego w województwie, z uwzględnieniem ich podległości organizacyjnej (organ założycielski)
termin realizacji: do 12.2013
wskaźnik monitorujący: odsetek powiatów w uzgodnionej sieci centrów zdrowia psychicznego
2.1.4. opracowanie planu stopniowego zmniejszania i przekształcania dużych szpitali psychiatrycznych w placówki wyspecjalizowane, zapewniające profilowane usługi zdrowotne (w tym: rehabilitacyjne, sądowo-psychiatryczne oraz opiekuńczo-lecznicze) z jednoczesnym

przenoszeniem zadań podstawowej psychiatrycznej opieki stacjonarnej do oddziałów szpitali ogólnych
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: opracowany dokument
2.1.5. wdrażanie planu stopniowego zmniejszania i przekształcania dużych szpitali psychiatrycznych w placówki wyspecjalizowane, zapewniające profilowane usługi zdrowotne (w tym: rehabilitacyjne, sądowo-psychiatryczne oraz opiekuńczo-lecznicze) z jednoczesnym przenoszeniem zadań podstawowej psychiatrycznej opieki stacjonarnej do oddziałów szpitali ogólnych z uwzględnieniem istniejących regulacji prawnych
termin realizacji: do 12.2015
wskaźnik monitorujący: odsetek przekształconych jednostek

Cel szczegółowy:

2.2. upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego

Zadania:

2.2.1. opracowanie wojewódzkiego programu poszerzenia, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
2.2.2. realizacja wojewódzkiego programu poszerzenia, zróżnicowania i unowocześniania pomocy
i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: liczba osób korzystających z poszczególnych form pomocy w województwie i poszczególnych powiatach/rok
2.2.3. wspieranie finansowe samopomocowych projektów organizacji pozarządowych służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi
termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011
wskaźnik monitorujący: liczba zrealizowanych projektów/rok, wysokość środków przekazanych organizacjom pozarządowym/rok
2.2.4. współpraca z pozarządowymi organizacjami samopomocowymi realizującymi zróżnicowane formy oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, które wymagają działania ciągłego
termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011
wskaźnik monitorujący: liczba projektów wymagających działania ciągłego/rok

Cel szczegółowy:

2.3. aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi

Zadania:

2.3.1. opracowanie wojewódzkiego programu rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
2.3.2. realizacja wojewódzkiego programu rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia
i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: liczba placówek, przedsiębiorstw i osób objętych projektem/rok
2.3.3. zwiększenie dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego
i szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi
termin realizacji: do 12.2011
wskaźnik monitorujący: liczba osób objętych różnymi formami działalności
2.3.4. prowadzenie kampanii szkoleniowo-informacyjnej adresowanej do pracodawców, promującej zatrudnianie osób z zaburzeniami psychicznymi
termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011
wskaźnik monitorujący: liczba projektów i pracodawców objętych oddziaływaniem/rok

Cel szczegółowy:

2.4. skoordynowanie różnych form opieki i pomocy

Zadania:

2.4.1. powołanie wojewódzkiego zespołu koordynującego realizację Programu z zadaniami:
- opracowania regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego, uwzględniającego programy powiatowe oraz potrzeby ludności województwa w zakresie zdrowia psychicznego i opieki psychiatrycznej oraz dostosowanie do nich skoordynowanej działalności różnych form pomocy i oparcia społecznego oraz aktywizacji zawodowej,
- realizacji, koordynowania i monitorowania Programu

Skład zespołu powinien zapewniać właściwą reprezentację samorządu województwa, wojewody, placówek realizujących zadania z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, pozarządowych organizacji samopomocowych, oddziału wojewódzkiego NFZ. Zarząd województwa zapewni działaniom zespołu niezbędną pomoc administracyjną
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: dokument powołujący
2.4.2. opracowanie regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego, uwzględniającego
w szczególności harmonogram realizacji działań: 1.1.3, 1.3.2, 1.4.1, 2.1.2, 2.1.5, 2.2.2, 2.3.2, 2.3.3 i 2.3.4
termin realizacji: do 12.2011
wskaźnik monitorujący: dokument programu
2.4.3. realizacja, koordynowanie i monitorowanie regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego
termin realizacji: realizacja ciągła od 01.2012
wskaźnik monitorujący: roczne sprawozdanie

2.4.4. przygotowanie aktualizowanego corocznie przewodnika informującego o dostępnych formach opieki zdrowotnej i pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi
termin realizacji: realizacja ciągła od 12.2011
wskaźnik monitorujący: publikacja

Samorządy powiatów i gmin

Cel główny 1:

promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Cel szczegółowy:

1.1. upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie
w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu

Zadania:

1.1.1. ustalenie priorytetów promocji zdrowia psychicznego
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowana lista priorytetów
1.1.2. opracowanie lokalnych programów promocji zdrowia psychicznego
termin realizacji: do 06.2011
wskaźniki monitorujące: przygotowane programy
1.1.3. realizacja lokalnych programów promocji zdrowia psychicznego
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji biorącej udział w programie/rok

Cel szczegółowy:

1.2. zapobieganie zaburzeniom psychicznym

Zadania:

1.2.1. opracowanie programów zapobiegania przemocy w rodzinie, w szkole i w środowisku lokalnym
termin realizacji: do 12.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
1.2.2. realizacja programów zapobiegania przemocy w rodzinie, w szkole i w środowisku lokalnym
z uwzględnieniem istniejących regulacji prawnych
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji biorącej udział w programie/rok

Cel szczegółowy:

1.3. zwiększenie integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi

Zadania:

1.3.1. przygotowanie lokalnych programów informacyjno-edukacyjnych sprzyjających postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi
termin realizacji: do 06.2011
wskaźniki monitorujące: przygotowane programy
1.3.2. realizacja lokalnych programów informacyjno-edukacyjnych sprzyjających postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji, do której kierowany jest program, biorącej udział w programie/rok

Cel szczegółowy:

1.4. organizacja systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego

Zadania:

1.4.1. tworzenie lokalnych ośrodków pomocy kryzysowej oferujących poradnictwo i pomoc w stanach kryzysu zagrażającego zdrowiu psychicznemu
termin realizacji: do 12.2013
wskaźnik monitorujący: liczba utworzonych ośrodków

Cel główny 2:

zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym

Cel szczegółowy:

2.1. upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Zadania:

2.1.1. opracowanie lokalnego programu zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w tym zwłaszcza form niezbędnych do tworzenia centrów zdrowia psychicznego:
- leczenia ambulatoryjnego,
- leczenia w zespołach środowiskowych,
- leczenia w oddziałach dziennych,

- leczenia w oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych,
dla dzieci, młodzieży i dorosłych - zgodnie z zalecanym poziomem wskaźników zawartych w załączniku nr 2 do rozporządzenia,
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
2.1.2. realizacja programu zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form psychiatrycznej opieki zdrowotnej w powiecie lub gminie
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek placówek biorących udział w programie/rok
2.1.3. integrowanie działalności placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej poprzez tworzenie lokalnego centrum zdrowia psychicznego, zapewniającego mieszkańcom powiatu lub gminy kompleksową, środowiskową (stacjonarną i niestacjonarną) opiekę w zakresie zdrowia psychicznego - modelowe zasady organizacji i funkcjonowania centrum zawiera załącznik B do niniejszego harmonogramu
termin realizacji: do 12.2013
wskaźnik monitorujący: schemat struktury organizacyjnej działającego centrum, liczba utworzonych centrów, populacja objęta opieką centrum w odniesieniu do ogółu populacji jednostki samorządu terytorialnego

Cel szczegółowy:

2.2. upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego

Zadania:

2.2.1. opracowanie lokalnego programu poszerzenia, zróżnicowania i unowocześniania pomocy
i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej
termin realizacji: do 12.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
2.2.2. realizacja lokalnego programu poszerzenia, zróżnicowania i unowocześniania pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi
termin realizacji: realizacja ciągła od 01.2012
wskaźnik monitorujący: wzrost liczby osób korzystających z poszczególnych form pomocy i oparcia społecznego/rok
2.2.3. wspieranie finansowe samopomocowych projektów służących rozwojowi form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi
termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011
wskaźnik monitorujący: liczba zrealizowanych projektów/rok
2.2.4. zapewnienie ciągłości wsparcia finansowego projektom pozarządowym realizującym takie formy oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, które wymagają działania ciągłego
termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011
wskaźnik monitorujący: liczba projektów wymagających działania ciągłego
2.2.5. zwiększenie udziału zagadnień pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi w działalności powiatowych centrów pomocy rodzinie
termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011

wskaźnik monitorujący: % udziału wydatków na pomoc osobom z zaburzeniami psychicznymi w ogólnych wydatkach PCPR

Cel szczegółowy:

2.3. aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi

Zadania:

2.3.1. opracowanie lokalnego programu rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia
i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: przygotowany program
2.3.2. realizacja lokalnego programu rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia
i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek placówek, przedsiębiorstw i osób objętych projektem
2.3.3. zwiększanie dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego
i szkoleń zawodowych dla osób z zaburzeniami psychicznymi
termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011
wskaźnik monitorujący: liczba osób objętych różnymi formami działalności/rok
2.3.4. przygotowanie kampanii szkoleniowo-informacyjnej adresowanej do pracodawców promującej zatrudnianie osób z zaburzeniami psychicznymi
termin realizacji: do 06.2011
wskaźnik monitorujący: program kampanii
2.3.5. prowadzenie kampanii szkoleniowo-informacyjnej adresowanej do pracodawców promującej zatrudnianie osób z zaburzeniami psychicznymi
termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011
wskaźnik monitorujący: odsetek populacji, do której adresowana jest kampania, objętej programem/rok
2.3.6. zwiększenie udziału zagadnień zatrudnienia osób z zaburzeniami psychicznymi w działalności powiatowych urzędów pracy
termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011
wskaźnik monitorujący: liczba osób z zaburzeniami psychicznymi podejmujących zatrudnienie na skutek działań PUP/rok

Cel szczegółowy:

2.4. skoordynowanie różnych form opieki i pomocy

Zadania:

2.4.1. powołanie lokalnego zespołu koordynującego realizację Programu z zadaniami:
- opracowania regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego, potrzeby ludności powiatu lub gminy w zakresie zdrowia psychicznego i opieki psychiatrycznej oraz

dostosowanie do nich skoordynowanej działalności różnych form pomocy i oparcia społecznego oraz aktywizacji zawodowej,

- realizacji, koordynowania i monitorowania Programu.

Skład zespołu powinien zapewniać właściwą reprezentację samorządu powiatu lub gminy, placówek realizujących zadania z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, pozarządowych organizacji samopomocowych. Zarząd powiatu zapewni działaniom zespołu niezbędną pomoc administracyjną

termin realizacji: do 06.2011

wskaźnik monitorujący: dokument powołujący

2.4.2. opracowanie lokalnego programu ochrony zdrowia psychicznego, zawierającego szczegółowy harmonogram, uwzględniającego w szczególności harmonogram realizacji działań: 1.1.3, 1.2.2, 1.3.2, 1.4.1, 2.1.2, 2.1.3, 2.2.2, 2.3.2, 2.3.3, 2.3.5 i 2.3.6

termin realizacji: do 06.2011

wskaźnik monitorujący: przygotowany program

2.4.3. realizacja, koordynowanie i monitorowanie lokalnego programu ochrony zdrowia psychicznego

termin realizacji: realizacja ciągła od 07.2011

wskaźnik monitorujący: odsetek populacji objętej programem/rok

2.4.4. przygotowanie aktualizowanego corocznie przewodnika informującego o dostępnych formach opieki zdrowotnej i pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi

termin realizacji: realizacja ciągła od 06.2011

wskaźnik monitorujący: publikacja

III. Zalecane nakłady na realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (w mln zł)

Podmiot	Przeznaczenie środków	2011 r.	2012 r.	2013 r.	2014 r.	2015 r.	Razem lata 2011-2015
Minister Zdrowia	profilaktyka i promocja	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	8
	koordynacja	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	4
	systemy informacji	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6	18
	inwestycje	2	2	2	2	2	10
Minister Nauki i	badania naukowe	zgodnie z przepisami regulującymi finansowanie badań naukowych					
Szkolnictwa	profilaktyka i promocja	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	1,5
Wyższego	inwestycje	według uzasadnionych potrzeb uprawnionych instytucji					
Minister Sprawiedliwości	zwiększenie dostępności świadczeń	1,97	2,34	2,23	2,23	2,23	11
	profilaktyka i promocja	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	3,75
	inwestycje	5	10	10	10	5	40
Minister Obrony	profilaktyka i promocja	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	3,75
Narodowej	inwestycje	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	1,25

Minister Edukacji Narodowej	profilaktyka i promocja	0,1	0,2	0,4	0,4	0,4	1,5
Minister Spraw Wewnętrznych i	profilaktyka i promocja	2,2	2,4	2,6	2,8	3	13
Administracji	inwestycje	-	0,5	0,5	-	-	1
Minister Pracy i	profilaktyka i promocja	3	3	3	3	3	15
Polityki Społecznej	inwestycje	15	50	50	50	50	215
Razem budżet państwa*)		**37,32**	**78,49**	**78,78**	**78,48**	**73,68**	**346,75**
Jednostki samorządu terytorialnego (JST)**)	zwiększenie dostępności świadczeń - zmiany organizacyjne, tworzenie centrów zdrowia psychicznego	46,9	46,9	46,9	46,9	46,9	234,5
	profilaktyka i promocja	6	6	6	6	6	30
Razem budżet państwa i JST*)		**90,22**	**131,39**	**131,68**	**131,38**	**126,58**	**611,25**
Narodowy Fundusz Zdrowia	świadczenia zdrowotne	0	66	132	198	264	660
Razem wydatki na NPOZP*)		**90,22**	**197,39**	**263,68**	**329,38**	**390,58**	**1271,25**

*) Bez nakładów na badania naukowe i inwestycje w resorcie nauki.
**) Przedstawione nakłady JST są wielkością szacunkową.

ZAŁĄCZNIK Nr 2

ZALECANE ROZWIĄZANIA ORGANIZACYJNE W PSYCHIATRYCZNEJ OPIECE ZDROWOTNEJ

I. Zalecane wskaźniki dostępności w psychiatrycznej opiece zdrowotnej

Minimalna dostępność placówek

A. Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP) dla osób z zaburzeniami psychicznymi

Placówka	Minimalny wskaźnik lub liczba placówek	Uwagi
CZP dla dorosłych	1 CZP/50-200 tys. mieszkańców; CZP powinno łącznie spełniać wskaźniki dostępności proponowane dla form organizacyjnych wchodzących w jego skład	w każdym powiecie, dużej gminie lub dzielnicy dużego miasta; stosownie do lokalnych potrzeb
CZP dla dzieci i młodzieży	1 CZP/50-200 tys. mieszkańców; CZP powinno łącznie spełniać wskaźniki dostępności proponowane dla form organizacyjnych wchodzących w jego skład	w każdym powiecie, dużej gminie lub dzielnicy dużego miasta; stosownie do lokalnych potrzeb

B. Placówki dla dorosłych z zaburzeniami psychicznymi

Placówka	Minimalny wskaźnik lub liczba placówek	Uwagi

Poradnia	1 poradnia/50 tys. mieszkańców	czynna codziennie w każdym powiecie lub dzielnicy dużego miasta
Oddziały dzienne	3 miejsca/10 tys. mieszkańców	co najmniej 1 w mieście powyżej 70 tys. mieszkańców
Zespoły środowiskowe	1 zespół/50 tys. mieszkańców	1-3 wizyt tygodniowo
Zespoły interwencji kryzysowych i pomocy doraźnej	1 zespół w miastach powyżej 200 tys. mieszkańców	
Oddziały psychiatryczne szpitalne	4 łóżka/10 tys. mieszkańców równomiernie jak najbliżej, w miastach/dzielnicach miast powyżej 80 tys. mieszkańców; optymalnie: w szpitalach ogólnych	maksymalnie 300 łóżek w szpitalu psychiatrycznym; przekształcenia w większych szpitalach
Hostel	0,2 miejsca/10 tys. mieszkańców	
Oddziały opiekuńcze (ZPO, ZOL)	1-2 łóżka/10 tys. mieszkańców	

C. Placówki dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi

Placówka	Minimalny wskaźnik lub liczba placówek	Uwagi
Poradnia	1 poradnia/powiat lub kilka powiatów (150 tys. mieszkańców)	czynna codziennie
Oddziały dzienne	1 miejsce/10 tys. mieszkańców	
Zespoły środowiskowe	1 zespół/150 tys. mieszkańców	1-3 wizyt tygodniowo
Oddziały szpitalne	0,4 łóżka/10 tys. mieszkańców	równomiernie
Hostel	1 hostel (20 miejsc)/województwo	
Poradnia pomocy rodzinie	1 poradnia/województwo	

D. Placówki dla uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych

Placówka	Minimalny wskaźnik lub liczba placówek	Uwagi
Przychodnia/poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia	co najmniej 1 przychodnia/1 powiat (około 50 tys. mieszkańców)	z uwzględnieniem wskaźnika epidemiologicznego; czynna codziennie
Dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu	1 oddział (20 miejsc) w każdym większym mieście (powyżej 50 tys. mieszkańców)	
Oddziały/pododdziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych	0,2-0,3 łóżka/10 tys. mieszkańców	

Oddziały/ośrodki terapii uzależnienia od alkoholu	1,2 łóżka/10 tys. mieszkańców
Hostele	1 hostel (20 miejsc)/województwo

E. Placówki dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych

Placówka	**Minimalny wskaźnik lub liczba placówek**	**Uwagi**
Przychodnia/poradnia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych	co najmniej 3 przychodnie w województwie, w tym w miastach: 50-70 tys. mieszkańców - 1 przychodnia; 70-100 tys. mieszkańców - 2 przychodnie; powyżej 100 tys. mieszkańców - 3 przychodnie	z uwzględnieniem wskaźnika epidemiologicznego; czynna codziennie; w tym ośrodki interwencji kryzysowej
Oddziały dzienne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	co najmniej 1 oddział (20 miejsc)/województwo	z uwzględnieniem zróżnicowania w poszczególnych województwach
Oddziały/łóżka detoksykacyjne	0,1 łóżka/10 tys. mieszkańców	z uwzględnieniem zróżnicowania w poszczególnych województwach
Oddziały/ośrodki terapeutyczne i rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	0,7 łóżka/10 tys. mieszkańców	w tym prowadzone przez organizacje pozarządowe; z uwzględnieniem zróżnicowania w poszczególnych województwach
Hostele dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	0,2 miejsca/10 tys. mieszkańców	
Program leczenia substytucyjnego	w każdym mieście, w którym jest co najmniej 30 użytkowników opiatów, kwalifikujących się do leczenia substytucyjnego	

II. Zalecane docelowe wskaźniki zatrudnienia w wybranych zawodach istotnych dla psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Oczekiwane zatrudnienie

Zawód	Oczekiwania		Stan obecny
	wskaźnik/100 tys.	liczba	liczba

Psychiatrzy	10,0	4000	2700
Psychiatrzy dzieci i młodzieży	1,0	400	206
Psychologowie kliniczni	9,5	3800	1400
Pracownicy socjalni	10,0	4000	300
Pielęgniarki	35,0	14000	10000
Terapeuci zajęciowi*	8,0	3200	560
Psychoterapeuci z certyfikatem	2,0	800	500
Certyfikowani specjaliści i instruktorzy terapii uzależnień	5,0	2000	1400

* Docelowo do realizacji zadań terapeutów zajęciowych należy włączyć terapeutów środowiskowych (zaburzeń psychicznych) o szerszych i bardziej wszechstronnych kompetencjach przydatnych w sprawowaniu zadań opiekuńczych oraz wspomaganiu różnych form terapii w opiece środowiskowej i stacjonarnej.

III. Zarys modelu CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO (CZP)

Cel działania

Wprowadzenie nowoczesnego, sprawdzonego modelu opieki psychiatrycznej, który:

1) poprawia jakość leczenia psychiatrycznego - jego dostępność, ciągłość i skuteczność;
2) ogranicza rozmiary i negatywne skutki hospitalizacji, a tym samym koszty opieki psychiatrycznej;
3) uruchamia inicjatywy i zasoby społeczne lokalnej społeczności;
4) przeciwdziała stygmatyzacji i wykluczeniu chorych psychicznie obywateli;
5) zapewnia warunki do społecznej integracji osób z zaburzeniami psychicznymi.

Zadania

1. Wszechstronna psychiatryczna opieka zdrowotna (diagnostyka, leczenie i rehabilitacja oraz orzecznictwo i konsultacje dla podstawowej opieki zdrowotnej).
2. Wszechstronność opieki świadczonej przez centrum zdrowia psychicznego wynika:

1) ze zróżnicowania świadczeń zdrowotnych oferowanych przez jego poszczególne zespoły;
2) z koordynacji świadczeń udzielanych poszczególnym chorym;
3) z dostosowania struktury organizacyjnej do lokalnych potrzeb.

3. CZP tworzy się w celu zapewnienia opieki co najmniej 1500 osobom dorosłym, na obszarze zamieszkałym przez co najmniej około 50 tys. mieszkańców (obszar odpowiadający wielkości powiatu lub dużej gminy/dzielnicy).
4. CZP udziela:

1) czynnej opieki długoterminowej (powyżej 60 dni) chorym z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, wymagającym ciągłej opieki i leczenia, związanym z CZP terytorialnie (możliwość dojazdu i kontaktu) oraz społecznie (społeczność lokalna);
2) opieki długoterminowej (powyżej 60 dni) innym chorym z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi;
3) opieki krótkoterminowej (do 60 dni) - chorym z zaburzeniami epizodycznymi lub nawracającymi;

4) pomocy konsultacyjnej (porady jednorazowe lub opieka do 7 dni) - innym osobom potrzebującym świadczeń diagnostycznych lub krótkotrwałej terapii;
5) opieki szpitalnej - w niezbędnym zakresie.

Struktura

1. Centrum zdrowia psychicznego składa się co najmniej z:

1) zespołu ambulatoryjnego - zadania: porady lekarskie i psychologiczne, indywidualna i grupowa pomoc psychoterapeutyczna, czynności pielęgniarskie, interwencje socjalne;
2) zespołu środowiskowego - zadania: wizyty domowe, terapia indywidualna i grupowa, praca
z rodziną, treningi umiejętności, budowanie sieci oparcia społecznego, zajęcia i turnusy rehabilitacyjne;
3) zespołu dziennego - zadania: częściowa hospitalizacja;
4) zespołu szpitalnego - zadania: dostęp do odpowiednio kwalifikowanej psychiatrycznej opieki stacjonarnej; podstawowym i docelowym rozwiązaniem powinny być świadczenia oddziału psychiatrycznego lokalnego szpitala ogólnego, uzupełniane profilowanymi świadczeniami innych szpitali; tam, gdzie to możliwe, oddział stanowi integralną część centrum zdrowia psychicznego.

2. W zależności od miejscowych potrzeb i zasobów:

1) opieka nad dziećmi i młodzieżą mogłaby funkcjonować równolegle, niezależnie (centra zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży) lub w ramach jednego ośrodka (zespół dziecięco-młodzieżowy CZP);
2) CZP może ponadto organizować inne zespoły o zadaniach wyspecjalizowanych w leczeniu wybranych grup chorych (np. zespoły: zaburzeń nerwicowych, psychogeriatryczne, rehabilitacyjne) lub inne zespoły o zadaniach specyficznych (np. pomoc kryzysowa, hostele i inne formy chronionego zakwaterowania).

3. W rozwiązywaniu problemów zdrowotnych i społecznych chorych CZP ściśle współpracuje z działaniami i placówkami pomocy społecznej - np. w zakresie świadczeń opiekuńczych, pomocy materialnej i mieszkaniowej, rehabilitacji zawodowej, domów samopomocy i pomocy społecznej. Współpraca ta może być zintegrowana instytucjonalnie.

Warunki organizacyjne

1. Większe centra mogą stanowić samodzielne zakłady opieki zdrowotnej (ZOZ).
2. Działając w strukturze ogólnego ZOZ, CZP musi dysponować odrębnością organizacyjną, pozwalającą na planową realizację specyficznych zadań opieki psychiatrycznej.
3. Gęstość sieci i lokalizacja CZP powinny być określone w regionalnych planach ochrony zdrowia psychicznego, zgodnie ze wskaźnikami Programu.
4. Należy rozważyć możliwość finansowania zadań centrów zdrowia psychicznego według stawki kapitacyjnej, analogicznie i równolegle do działalności lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

7. SPIS RYSUNKÓW

Rysunek 1 Zespół leczenia środowiskowego [4] 16

Rysunek 2 Nieplanowane powtórne przyjęcia z powodu schizofrenii, do tego samego szpitala, w roku 2009 [18] 17

Rysunek 3 Struktura Centrum Zdrowia Psychicznego [19] 20

Rysunek 4 Wskaźniki dostępności łóżkek 10 tys. mieszkańców dla oddziałów ogólnopsychiatrycznych szpitalnych w województwie pomorskim w latach 2006 i 2011 a zalecane wskaźniki wg NPOZP 28

Rysunek 5 Wskaźniki dostępności łóżkek 10 tys. mieszkańców dla oddziałów psychiatrycznych szpitalnych w województwie pomorskim w latach 2006 i 2011 a zalecane wskaźniki wg NPOZP 28

Rysunek 6 Rozmieszczenie oraz liczba ośrodków Podstawowej Opieki Zdrowotnej, które odesłały odpowiedzi na ankiety 31

Rysunek 7 Rozmieszczenie oraz liczba ośrodków Poradni Zdrowia Psychicznegoj, które odesłały odpowiedzi na ankiety 36

8. LITERATURA

1. A Araszkiewicz, D.Golicki, J. Heitzman i WSP., Biała Księga - Osoby chorujące na schizofrenię w Polsce – Raport, Warszawa 2004

2. A.Bilikiewicz (red), Psychiatria – podręcznik dla studentów medycyny, Psychiatria środowiskowa i organizacja psychiatrycznej opieki zdrowotnej, Warszawa 2003

3. M.Ciałkowska, T.Adamowski, A.Kiejna, Rehabilitacja psychiatryczna w Polsce. Przegląd piśmiennictwa polskiego 1990-2007. Psychiatria Polska 2009, tom XLII, nr 3

4. J.Meder, Psychiatria środowiskowa w Polsce, Psychiatria w Praktyce Ogólnej 2004, tom 4, nr 3

5. J. Meder, M. Jarema, A.Araszkiewicz, Psychiatryczna opieka środowiskowa w Polsce - Raport, Warszawa 2008

6. K.Prot, Model Lokalnego systemu wsparcia w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego, Augustów 2008

7. K.Prot, M.Anczewska, A.Induska, Satysfakcja pacjentów i rodzin z opieki środowiskowej – badanie pilotażowe, Psychiatria Polska 2011, tom XLV, numer 6

8. S.Rogowski, Psychiatria środowiskowa w Białymstoku – od teorii do praktyki, Postępy Psychiatrii i Neurologii 2009

9. M.Sosnowska, K.Prot-Klinger, M.Scattergood i wsp., relacja terapeutyczna w psychiatrii środowiskowej z perspektywy pacjenta i terapeuty, Psychiatria Polska 2011, tom XLV

10. G. Thornicroft, M. Tansella, W stronę lepszej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, Warszawa 2010

11. G. Thornicroft, M. Tansella (2003) *What are the arguments for community-based mental health care?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe , Health Evidence Network report; 2003

12. J. Wciórka, Psychiatria środowiskowa: idea, system, metoda i tło, Postępy Psychiatrii i Neurologii 2000, tom 9

13. M. Załuska, Środowiskowy model leczenia psychiatrycznego z zmiany w strukturze lecznictwa w ostatnich latach w Polsce. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2006, 15(4)

14. M. Załuska, K.Prot, P.Bronowski, Psychiatria środowiskowa jako środowiskowa opieka nad zdrowiem psychicznym, Warszawa 2007

15. Europejski Pakt na rzecz Zdrowia i dobrego samopoczucia psychicznego, materiały z konferencji „Razem na rzecz zdrowia i dobrego samopoczucia", Bruksela 2008

16. Miejski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2010-2012, Kraków 2010

17. Małopolski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego 2004 – 2008, Departament Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego, Kraków 2003

18. OECD Health AT a Glance 2011- July 2011

19. Opracowanie X Psychiatria, Zdrowie dla Pomorzan 2005-2013, Urząd Marszałkowski Woj. Pomorskiego, Gdańsk 2007

20. Organizacja ośrodków zdrowia psychicznego – wytyczne WHO, WHO 2003

21. Podjąć wyzwania, szukać rozwiązań: Deklaracja o ochronie zdrowia psychicznego dla Europy, Plan działań na rzecz ochrony zdrowia zdrowia psychicznego dla Europy, Biuro Regionalne dla Europy Światowej Organizacji Zdrowia, Warszawa 2005

22. Psychiatryczna opieka zdrowotna w województwie podlaskim, Podlaski Urząd Wojewódzki, Wydział Polityki Społecznej, Białystok 2011

23. Raport WHO (WHO 2001) World Health Organization. The Word Health Report 2001, Mental Health: New Understanding, New Hope, The Way Forward, World Health Organization,

24. Regionalny Program Ochorny Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015, urząd Marszałkowski Województwa Łodzkiego, Łodź 2011

25. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r., w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, (Dz. U. z dnia 3 lutego 2011 r.)

26. Śląski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011 – 2015, Projekt, Zał. do uchwały nr 1542/56/IV/2011 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 14.06.2011, Katowice 2011

27. Zielona Księga, Poprawa zdrowia psychicznego ludności, Strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej, Bruksela 2005

28. Zdrowie psychiczne w różnorodności form oparcia środowiskowego, wydawnictwo pokonferencyjne, praca zbiorowa Kraków 2005

POLSKIE TOWARZYSTWO
PROGRAMÓW ZDROWOTNYCH

ISBN 978-83-933651-3-5