

Załącznik do Uchwały nr 2109/2016
Zarządu Województwa Opolskiego
z dnia 09 maja 2016 r.

ZARZĄD WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO

Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Opolskiego na lata 2016- 2017

OPOLE, maj 2016

Opracowanie:

Kijak Adam

Orpel Bartłomiej

Ruszczewski Jacek

Sobek Jolanta

Konsultacja:

Barczyk Irena

Batóg Ewa

Baucz Ewa

Bryk Robert

Filipkowska Tatiana

Gawin Ewa

Hołda Jadwiga

Kleinwechter Anna

Kolek Roman

Mazur Sylwia

Nazimek Krzysztof

Olszewska Mirosława

Piwowarczyk Stanisław

Rucińska Danuta

Walas Aleksandra

Widera Małgorzata

Wielki Rafał

Więcek-Mika Joanna

Spis treści

1.Wstęp	7
2.Elementy epidemiologii zaburzeń zdrowia psychicznego w województwie opolskim	11
3.Elementy zasobów w obszarze ochrony zdrowia psychicznego w województwie opolskim	23
4. Analiza SWOT dotycząca ochrony zdrowia psychicznego w województwie opolskim	31
4.1. Mocne strony	31
4.2. Słabe strony	32
4.3. Szanse	33
4.4. Zagrożenia	35
5.Regionalne programy promocji zdrowia psychicznego dla województwa opolskiego	36
5.1.Wprowadzenie do opracowania i realizacji regionalnych programów promocji zdrowia psychicznego	36
5.2.Finansowanie regionalnych programów promocji zdrowia psychicznego	38
5.3.Priorytety promocji zdrowia psychicznego w województwie opolskim	39
5.3.1.Program „Profilaktyka i promocja zdrowia w Opolskiej eSzkole”	40
5.3.2.Program promocji dobrych rozwiązań dla samorządów i innych instytucji w zakresie promocji zdrowia psychicznego	40
5.3.3.Program aktywizacji organizacji pozarządowych w zakresie promocji zdrowia psychicznego	41
5.3.4.Program inspirowania działań indywidualnych zmierzających do poprawy i wzmocnienia zdrowia psychicznego oraz jakości życia w tym obszarze	41
5.3.5.Podsumowanie	42
6.Zadania w obszarze programów informacyjno-edukacyjnych sprzyjających postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi	42
7.Zadania w obszarze organizacji systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego w województwie opolskim	45
8.Wojewódzki program zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej	45
8.1.Wprowadzenie	45

8.2.Zadania Wojewódzkiego programu zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej	46
8.3.Komentarz	47
9.Uzgadnianie umiejscowienia i obszaru działania sieci centrów zdrowia psychicznego w województwie opolskim	48
9.1.Zadania dotyczące uzgadniania umiejscowienia i obszaru działania sieci centrów zdrowia psychicznego w województwie opolskim	48
9.2.Komentarz	48
10.Dostosowywanie szpitali psychiatrycznych do kierunków wyznaczonych przez dokumenty programowe o zasięgu krajowym	49
10.1.Wprowadzenie	49
10.2.Zadania w obszarze dostosowywania szpitali psychiatrycznych do kierunków wyznaczonych przez dokumenty programowe o zasięgu krajowym	51
11.Wojewódzki program poszerzenia, zróżnicowania i unowocześnienia pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej	52
11.1.Wprowadzenie	52
11.2.System wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w województwie opolskim	52
11.3.Pomoc stacjonarna – Domy Pomocy Społecznej	58
11.3.1.Domy Pomocy Społecznej dla przewlekle psychicznie chorych	58
11.3.2.Domy Pomocy Społecznej dla dzieci i młodzieży oraz dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	60
11.4.Pomoc półstacjonarna	61
11.4.1.Środowiskowe Domy Samopomocy	61
11.4.2.Mieszkania chronione	63
11.5.Pomoc środowiskowa	64
11.5.1.Specjalistyczne usługi opiekuńcze	64
11.5.2.Ośrodki Pomocy Społecznej	67
11.5.3.Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie	67

11.6.Potrzeby w zakresie rozwoju form wsparcia i opieki dla osób z zaburzeniami psychicznymi w województwie opolskim	68
11.6.1.Potrzeby w zakresie pomocy stacjonarnej – liczba osób kierowanych do domów pomocy społecznej dla przewlekle psychicznie chorych w latach 2013-2015	68
11.6.2.Potrzeby w zakresie usług świadczonych przez środowiskowe domy samopomocy w województwie opolskim – liczba osób kierowanych do środowiskowych domów samopomocy w latach 2013-2015	70
11.6.3.Działania gmin województwa opolskiego w zakresie rozwoju systemu wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi w latach 2013-2015 wskazane przez kadrę kierowniczą ośrodków pomocy społecznej	71
11.6.4.Plany i zamiary gmin województwa opolskiego w zakresie wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi wskazane przez respondentów badania	72
11.7.Wnioski	73
11.8.Cele szczegółowe programu i działania	76
12.Wojewódzki program rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi	78
12.1.Wprowadzenie	78
12.2.Aktywizacja społeczna i zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi w województwie opolskim – formy wsparcia i instytucje	83
12.3.Zasoby instytucjonalne województwa opolskiego w zakresie aktywizacji społeczno-zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi	91
12.4.Wyzwania dla Wojewódzkiego programu rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi	95
12.5.Cele szczegółowe i działania Programu	96
12.6. Monitoring i finansowanie Wojewódzkiego programu rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi	98
13.Monitorowanie regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego	100
14.Finansowanie regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego	100

15.Realizatorzy regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego po stronie Samorządu Województwa Opolskiego	101
16. Spis wykresów, tabel, map i schematów	102
16.1 Spis wykresów	102
16.2 Spis tabel	104
16.3 Spis map	106
16.4 Spis schematów	106

1. Wstęp

Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym w art. 28, ust. 2 stanowi, że „działania podejmowane przez jednostki samorządu terytorialnego w 2016 r. w zakresie ochrony zdrowia psychicznego są realizowane na dotychczasowych zasadach”. Do 2015 r. obowiązywał „Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Opolskiego na lata 2012-2015”. Dla lat 2016-2017 przyjęte zostało rozwiązanie polegające na opracowaniu nowego Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego [dalej RPOZP] wzorowanego na poprzednim programie, ale zawierającego nowe dane i posiadającego uproszczoną strukturę. Program ten zostanie zmodyfikowany po powstaniu dwóch dokumentów kierunkowych dla polityki regionalnej w obszarze zdrowia psychicznego wskazanych w ustawie z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, tzn. po opracowaniu Narodowego Programu Zdrowia oraz Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Nowy RPOZP będzie więc dokumentem o charakterze przejściowym mającym ułatwić prowadzenie bieżących działań samorządu województwa w obszarze zdrowia psychicznego oraz ułatwić opracowanie kolejnego programu regionalnego wynikającego z wskazanych wyżej programów o zasięgu krajowym.

Zarządzeniem nr 69 Marszałka Województwa Opolskiego z dnia 16 lipca 2015 r. został powołany 14-osobowy Zespół ds. opracowania Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego¹.

Podejście do zdrowia psychicznego zaprezentowane w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego realizowanym w latach 2011-2015 [dalej NPOZP] było podejściem innowacyjnym. Warto jednak wrócić do definicji sformułowanych przez klasyka polskiej psychiatrii jakim jest Kazimierz Dąbrowski, by zwrócić uwagę na głębokie osadzenie tej innowacji w tradycji polskiej psychiatrii. Według Kazimierza Dąbrowskiego „zdrowie psychiczne jest to zdolność do wszechstronnego rozwoju w kierunku coraz wyższych wartości indywidualnych i społecznych (...) choroba psychiczna polega na braku takich możliwości rozwojowych”².

Upodmiotowienie i wspieranie osób chorych psychicznie i nerwowo silnie akcentowane w NPOZP było jak najbardziej zbieżne z podejściem prezentowanym w powyższej definicji. Warto o tym pamiętać, by rutyna i praktyka właściwa wieloletnim

¹Zarządzenie Nr 100/2015 Marszałka Województwa Opolskiego z dnia 07 października 2015 r. wprowadziło korektę personalną dotyczącą Zespołu ds. opracowania Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

²Dąbrowski Kazimierz, *Trud istnienia*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1986, s.136.

schematom postępowania w psychiatrycznej opiece zdrowotnej nie przesłaniała szans jakie przy odpowiednim podejściu mogą być udziałem wielu pacjentów i ich rodzin. Stwarzanie takich szans jest ważne i sensowne także dlatego, że jak napisał inny klasyk polskiej psychiatrii Antoni Kępiński „Chory by chciał, aby coś się stało, aby coś wyrwało go z zamknięcia, w którym się znalazł”³.

Podkreśliśmy, że w minionych dziesięcioleciach w obszarze psychiatrycznej opieki zdrowotnej wyraźnie widoczne są trendy zmian. Można założyć, że w dużej mierze są one pochodną zmian zachodzących w finansowaniu psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz rewolucyjnych wręcz przemian kulturowych, społecznych, ekonomicznych i politycznych. Zmienia się leczenie psychiatryczne i jego pacjenci oraz ich otoczenie. Dynamika zmian cywilizacyjnych w Europie Środkowej i w Polsce jest bardzo duża - jak stwierdza jeden ze znanych badaczy współczesnego społeczeństwa „W konsekwencji tego ludzie zostają przeszkoleni (w bolesny sposób zmuszeni do nauki), by postrzegać świat jako pojemnik pełen nietrwałych obiektów, przedmiotów jednorazowego użytku. Cały świat – łącznie z innymi istotami ludzkimi. Każdy element można zastąpić innym (...) W świecie, w którym przyszłość roi się od niebezpieczeństw, każda dzisiaj niewykorzystana okazja jest okazją straconą; rezygnacja jest niewybaczalnym i niczym nieusprawiedliwionym zachowaniem. Ponieważ dzisiejsze zobowiązania stoją na drodze jutrzejszych możliwości, im te zobowiązania będą lżejsze i bardziej powierzchowne, tym mniejsze poniesiemy straty”⁴. Współczesność stwarza więc trudne wyzwania dla ludzkiej psychiki i tych instytucji, których zadaniem jest naprawianie i wspieranie tej psychiki. Niestabilne otoczenie i jego przyszłość może budzić lęk, trudności w adaptacji, a także zachowania ucieczkowe.

Dla syntetycznego przedstawienia obrazu sytuacji oraz dynamiki zmian w kraju w obszarze ochrony zdrowia psychicznego użyte zostało we wstępie głównie opracowane w Zakładzie Zdrowia Publicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie wydawnictwo pod nazwą „Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik Statystyczny 2011. Część I. Lecznictwo psychiatryczne”⁵. Jest to najnowszy dostępny rocznik wydany w 2013 r., a więc nie dostępny jeszcze w trakcie prac nad poprzednim RPOZP. Zaprezentowany obraz stanowi zarówno tło, jak i kontekst sytuacji

³Kępiński Antoni, *Lęk*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1987, s.20.

⁴Bauman Zygmunt, *Zindywidualizowane społeczeństwo*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2008, s. 190-191.

⁵*Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik statystyczny 2011. Część I. Lecznictwo psychiatryczne*, redakcja zbiorowa, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Zakład Zdrowia Publicznego, Warszawa 2013.

w obszarze ochrony zdrowia psychicznego w województwie opolskim, które nie było i nie jest w tym obszarze niezależną i izolowaną wyspą.

W przypadku psychiatrycznych łóżek rzeczywistych ogółem w kraju ich stan przedstawiał się następująco - 1990 r. 36.776, 2000 r. 28.872, 2011 r. 32.283. Ostatni zanotowany wzrost liczby tych łóżek wynikał głównie ze zwiększenia się liczby łóżek w oddziałach psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych, oddziałach leczenia uzależnień przy szpitalach ogólnych oraz zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych⁶.

Jednocześnie obserwowalny był w kraju wzrost liczby leczonych z zaburzeniami psychicznymi w placówkach psychiatrycznych. Takich osób w psychiatrycznym leczeniu całodobowym było – 1990 r. 167.959, 2000 r. 225.062, 2011 r. 276.672⁷.

Wśród leczonych ogółem w kraju w psychiatrycznej opiece całodobowej w 2011 r. największe odsetki stanowiły osoby z zaburzeniami alkoholowymi 36,5%, schizofrenią 16,9%, zaburzeniami organicznymi 14,4%, zaburzeniami afektywnymi 9,5% zaburzeniami nerwicowymi 6,9%⁸.

Znaczące wzrosty liczby leczonych nastąpiły także w leczeniu ambulatoryjnym. Dla poradni zdrowia psychicznego w kraju liczby leczonych wynosiły – 1990 r. 519.539, 2000 r. 799.527, 2011 r. 1.198.788. Dla poradni odwykowych w kraju liczby leczonych wynosiły – 1990 r. 98.542, 2000 r. 126.116, 2011 r. 168.889. Natomiast dla poradni uzależnień (narkotyki) liczby leczonych wynosiły – 1990 r. 2.837, 2000 r. 23.195, 2011 r. 19.772⁹.

Wśród leczonych ogółem w kraju w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej w 2011 r. największe odsetki stanowiły osoby z zaburzeniami nerwicowymi 24%, zaburzeniami afektywnymi 19,4%, zaburzeniami organicznymi 14,4%, zaburzeniami alkoholowymi 12,3%, schizofrenią 10,3%¹⁰.

W psychiatrycznej opiece pośredniej również następują zmiany, choć zapewne nie tak dynamiczne jak chciałoby to widzieć wiele osób związanych z ochroną zdrowia psychicznego. Liczba oddziałów dziennych w kraju zmieniała się w sposób następujący – 1990 r. 76, 2000 r. 132, 2011 r. 307. Natomiast liczba oddziałów leczenia środowiskowego zmieniała się w sposób następujący – 1990 r. 12, 2000 r. 17, 2011 r. 65¹¹.

⁶Dane w akapicie vide przypis 5, s.207. Liczby łóżek według stanu w dniu 31 grudnia danego roku.

⁷Dane w akapicie vide przypis 5, s.208.

⁸Dane w akapicie vide przypis 5, s.211.

⁹Dane w akapicie vide przypis 5, s.208.

¹⁰Dane w akapicie vide przypis 5, s.209.

¹¹Dane w akapicie vide przypis 5, s.206.

Przykładem zmian w obrębie psychiatrycznej opieki zdrowotnej jest to, że od 1990 r. do 2005 r. w Polsce zmniejszył się z 66,9 dni do 40 dni średni czas hospitalizacji całodobowych¹². Dla roku 2011 średni czas pobytu w psychiatrycznych oddziałach całodobowych w kraju wynosił 39 dni¹³.

Natomiast przykładem jednoczesnego braku zmian jest to, iż odsetek pacjentów przebywających w szpitalu psychiatrycznym rok i dłużej pozostał na zbliżonym poziomie - w 1990 r. wynosił 24,4%, a w 2005 r. 23,6%¹⁴. Dla późniejszych lat odsetki chorych leczonych w kraju w psychiatrycznych oddziałach całodobowych o czasie pobytu 1 rok i dłużej przedstawiały się następująco - 2009 r. 26%, 2011 r. 21%. Natomiast odsetki chorych leczonych w kraju w psychiatrycznych oddziałach całodobowych o czasie pobytu 5 lat i dłużej to - 2009 r. 10,5%, 2011 r. 8,3%¹⁵.

Już ten wybór zaprezentowanych powyżej danych wskazuje na dużą złożoność problemów związanych z psychiatryczną opieką zdrowotną. Trudno w takiej sytuacji o szybkie znalezienie nowych, trafnych, prostych i niekosztownych rozwiązań korzystnych dla pacjentów, ich rodzin, społeczności lokalnych oraz dla systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Potrzebna jest w tej sytuacji współpraca analityków, badaczy, praktyków oraz decydentów, a także dyskurs społeczny odnoszący się do przygotowywanych oraz proponowanych w przyszłości innowacji.

Biorąc pod uwagę ograniczone możliwości finansowania przez samorządy zarówno RPOZP, jak i programów powiatowych oraz gminnych w tym obszarze - zakłada się, że ważna będzie rola edukacyjna i inspirująca jaką pełnić będzie już samo istnienie takich dokumentów jak programy ochrony zdrowia psychicznego i ich udostępnianie.

Struktura regionalnego programu wynika z zapisów NPOZP realizowanego w latach 2011-2015. Oznacza to, że programy i opracowania o charakterze programowym, które według dawnego NPOZP miały zostać przygotowane przez samorząd województwa jako składowe RPOZP zostały również obecnie opracowane i są integralną częścią regionalnego programu. Również nazwy poszczególnych elementów programu regionalnego w znacznej części są wzorowane na nazwach zastosowanych wcześniej w NPOZP dla lat 2011-2015. W niniejszym programie nastąpiło jednak uproszczenie jego struktury i skrócenie w części

¹²Dane za : Bronowski Paweł, Prot Katarzyna, Załuska Maria, *Psychiatria środowiskowa jako środowiskowa opieka nad zdrowiem psychicznym*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2007, s. 26.

¹³Dane vide przypis 5, s.157.

¹⁴Dane za : Bronowski Paweł, Prot Katarzyna, Załuska Maria, *Psychiatria środowiskowa jako środowiskowa opieka nad zdrowiem psychicznym*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2007, s. 26.

¹⁵Dane vide przypis 5, s.161.

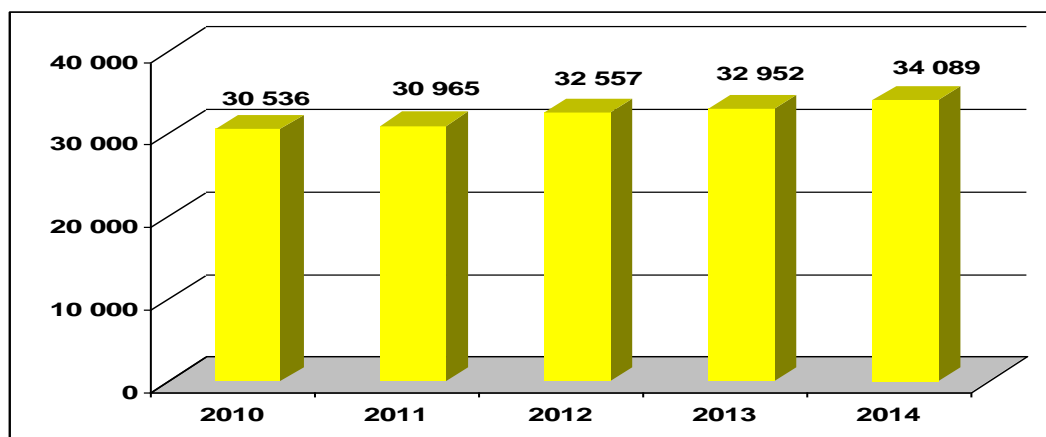
diagnostycznej. Zaprezentowany materiał ma przez to zyskać na przejrzystości i czytelności, jednocześnie stanowiąc inspirację do realizacji pogłębionych ujęć różnych zagadnień szczegółowych.

RPOZP jest więc zgodnie z założeniami jego autorów materiałem o charakterze edukacyjnym mającym jednocześnie inspirować różne instytucje i środowiska do podejmowania działań na rzecz ochrony zdrowia psychicznego w okresie przejściowym przed opracowaniem stosownych dokumentów szczebla krajowego.

2.Elementy epidemiologii zaburzeń zdrowia psychicznego w województwie opolskim

Obraz epidemiologiczny, jaki powstaje na podstawie zaprezentowanych danych uwzględnia problemy zdrowotne, jakie dotyczą pacjentów korzystających ze świadczeń zakontraktowanych przez Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia [dalej OOW NFZ]. Diagnoza stanu epidemiologicznego formułowana na podstawie informacji OOW NFZ pozostaje w jakiejś mierze niepełna między innymi z uwagi na fakt, iż część pacjentów korzysta ze świadczeń zdrowotnych poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (świadczenia komercyjne). Poza tym pacjenci korzystający ze świadczeń zakontraktowanych przez OOW NFZ, korzystają z nich w liczbie i formie wynikającej z zawartych kontraktów, a nie w sposób niepodlegający ograniczeniom.

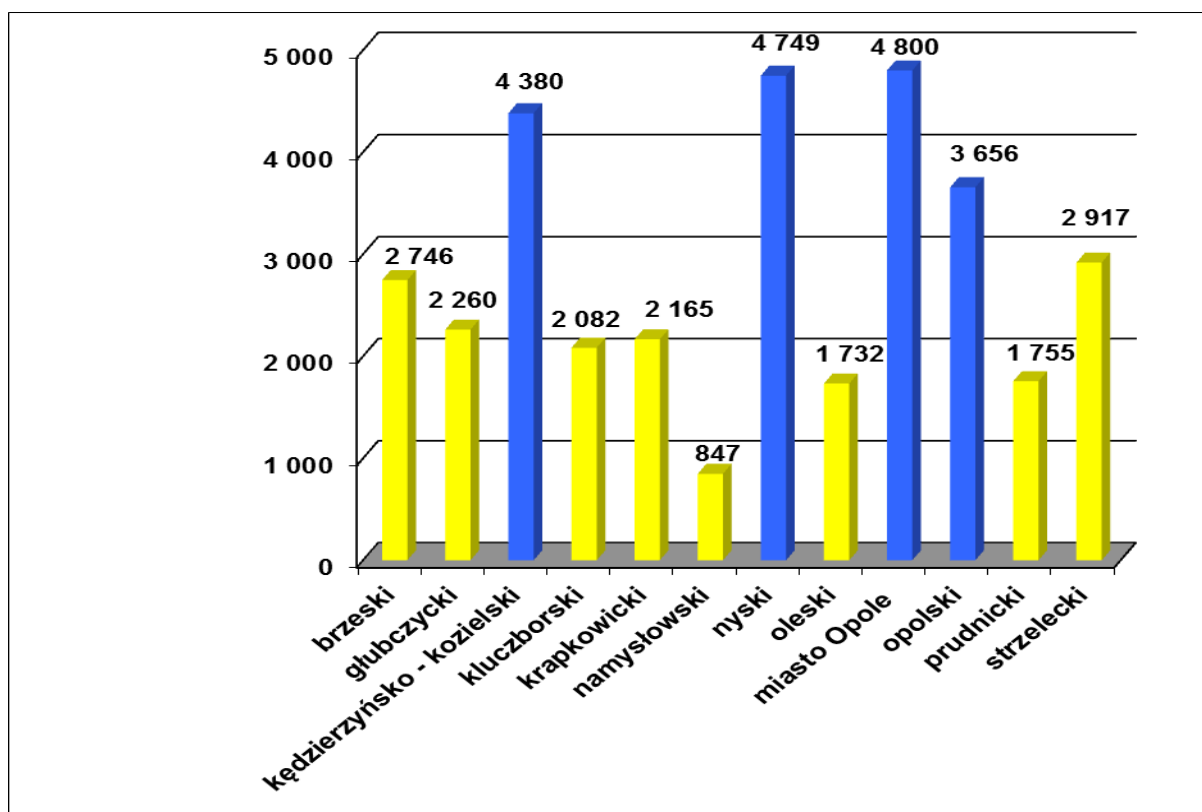
Wykres 1. Liczba pacjentów psychiatrycznej opieki zdrowotnej z województwa opolskiego (dotyczy korzystających ze świadczeń zakontraktowanych przez OOW NFZ - pacjenci występują pojedynczo na podstawie unikalnych peseli) wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za dany rok



Źródło: dane przekazane z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego z pismem WSOZ-PSY.0123.3.2015 OOW.4.EB z dnia 11.09.2015 r.

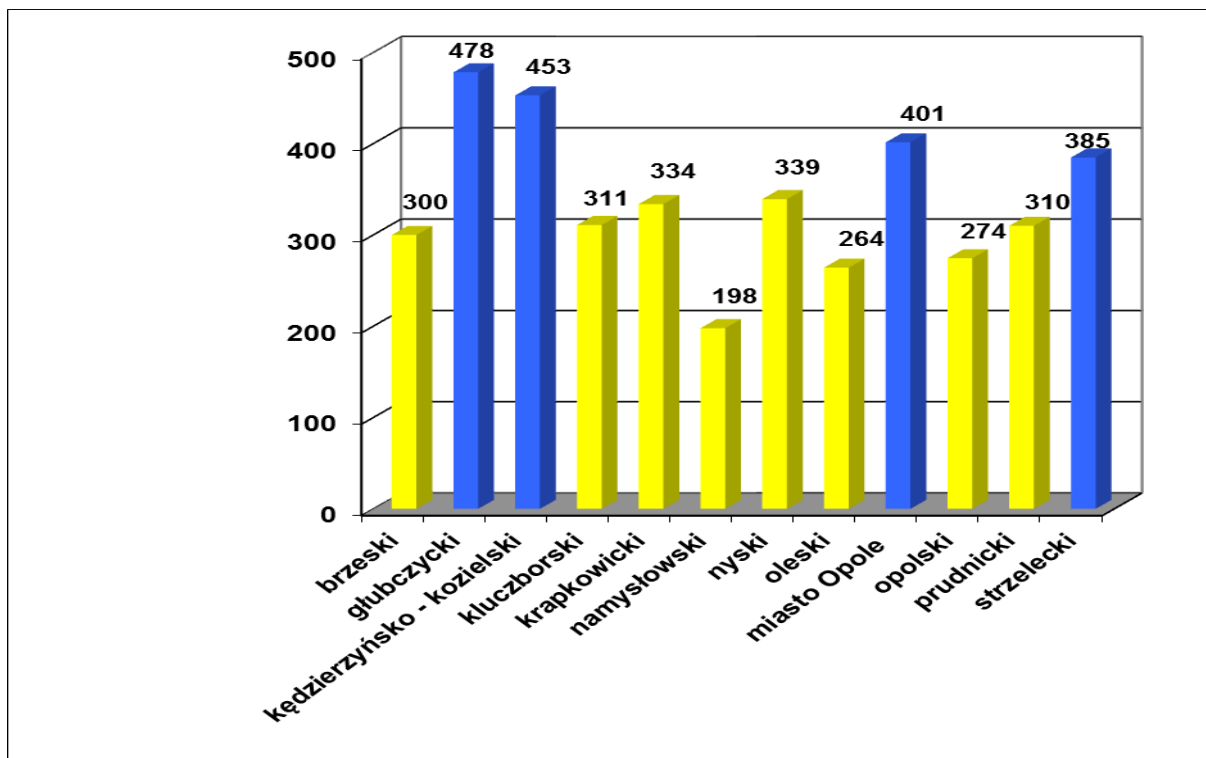
Trendy wzrostowe dotyczące liczb pacjentów w kraju zaprezentowane we wstępie do niniejszego programu znajdują swoje odzwierciedlenie w systematycznym wzroście liczby pacjentów psychiatrycznej opieki zdrowotnej korzystających ze świadczeń zakontraktowanych przez OOW NFZ. Liczby pacjentów zaprezentowane w wykresie 1 są w jakiejś mierze pochodną środków finansowych przeznaczonych przez OOW NFZ na psychiatryczną opiekę zdrowotną w regionie. Liczby te nie uwzględniają np. pacjentów z rozpoznaniem „F” korzystających wyłącznie ze świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, a także pacjentów z rozpoznaniem „F” korzystających wyłącznie z świadczeń zdrowotnych udzielanych komercyjnie bez finansowania z OOW NFZ.

Wykres 2. Liczba pacjentów psychiatrycznej opieki zdrowotnej z województwa opolskiego z podziałem na powiaty zamieszkania (dotyczy korzystających ze świadczeń zakontraktowanych przez OOW NFZ - pacjenci występują pojedynczo na podstawie unikalnych peseli) wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2014 rok



Źródło: dane przekazane z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego z pismem WSOZ-PSY.0123.3.2015 OOW.4.EB z dnia 11.09.2015 r.

Wykres 3. Liczba pacjentów psychiatrycznej opieki zdrowotnej z województwa opolskiego z podziałem na powiaty zamieszkania (dotyczy korzystających ze świadczeń zakontraktowanych przez OOW NFZ - pacjenci występują pojedynczo na podstawie unikalnych peseli) wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2014 rok na 10 tys. mieszkańców.



Źródło: dane przekazane z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego z pismem WSOZ-PSY.0123.3.2015 OOW.4.EB z dnia 11.09.2015 r.

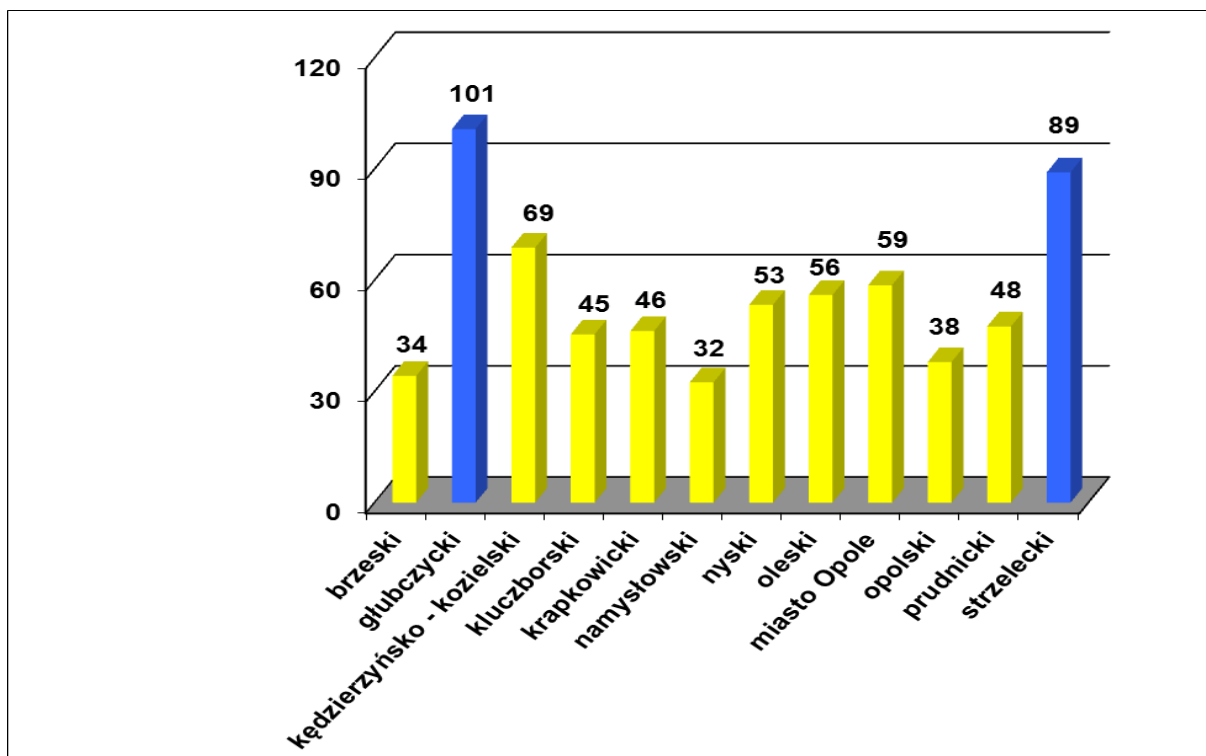
Wyraźne widoczne jest duże zróżnicowanie w liczbie pacjentów psychiatrycznej opieki zdrowotnej pomiędzy poszczególnymi powiatami wynikające ze zrealizowanych świadczeń za 2014 rok na 10 tys. mieszkańców. Największe liczby pacjentów występują w powiatach głubczyckim, kędzierzyńsko-kozielskim, w Opolu i w powiecie strzeleckim. Występują bardzo duże różnice pomiędzy największą liczbą pacjentów na 10 tysięcy mieszkańców w powiecie głubczyckim – 478, a najmniejszą liczbą tych pacjentów w powiecie namysłowskim – 198. Jednym z pytań, które można tutaj postawić jest - czy i na ile wskazane wyżej różnice wynikają z funkcjonowania w powiecie głubczyckim infrastruktury związanej z ochroną zdrowia psychicznego? Trudno, bez szczegółowych badań i analiz rozstrzygnąć z czego wynika duże zróżnicowanie w liczbach pacjentów psychiatrycznej opieki zdrowotnej z poszczególnych powiatów. Należy w tym momencie zaznaczyć, że bardzo wskazane jest wykorzystanie potencjału badawczego uczelni w regionie dla realizacji badań

i pogłębionych analiz w obszarze zdrowia psychicznego. Tylko bowiem tego rodzaju współpraca przynieść może odpowiedzi na szereg pytań wynikających z zestawień danych statystycznych zaprezentowanych w niniejszym programie, a także dać rzetelny, wieloaspektowy obraz sytuacji w regionie w zakresie zdrowia psychicznego.

W kilku kolejnych wykresach przedstawione zostanie występowanie chorób i zaburzeń psychicznych na 10 tysięcy mieszkańców w powiatach z podziałem następujące grupy „F” :

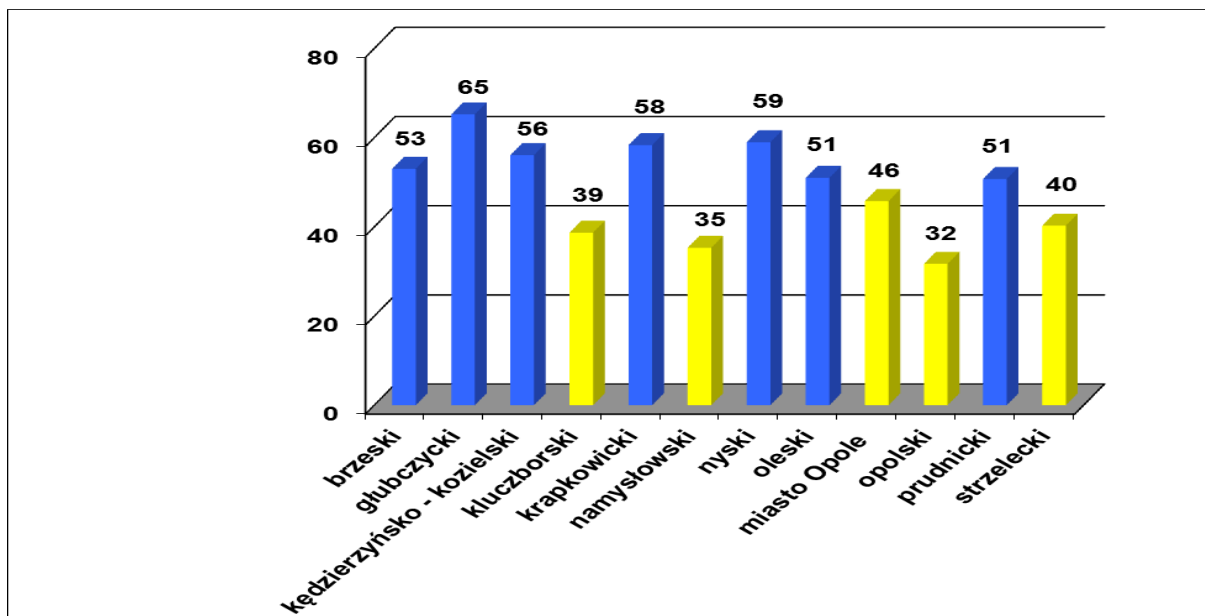
- Organiczne zaburzenia psychiczne (F00-F09)
- Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu (F10)
- Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (F11 - F 19)
- Choroby i zaburzenia psychiczne (F 20 - F 99)

Wykres 4. Organiczne zaburzenia psychiczne (F00-F09) na 10 tys. mieszkańców województwa opolskiego z podziałem na powiaty zamieszkania (jedna osoba może wystąpić w kilku rozpoznaniach) wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2014 rok. Rozpoznanie (unikalne liczby osób wg PESEL w poszczególnych rozpoznaniach)



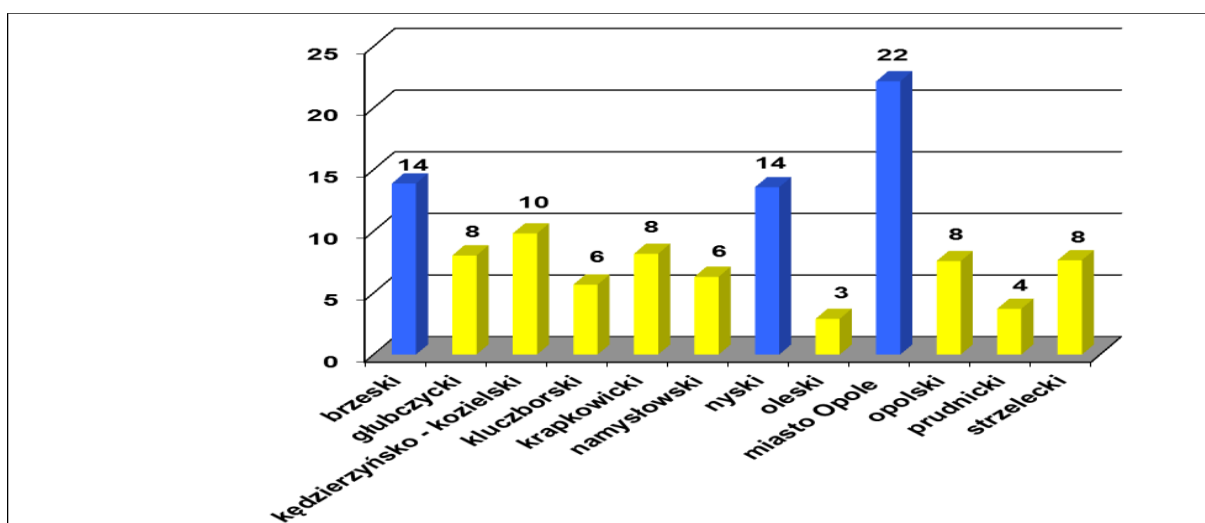
Źródło: dane przekazane z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego z pismem WSOZ-PSY.0123.3.2015 OOW.4.EB z dnia 11.09.2015 r.

Wykres 5. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu (F10) na 10 tys. mieszkańców województwa opolskiego z podziałem na powiaty zamieszkania (jedna osoba może wystąpić w kilku rozpoznaniach) wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2014 rok. Rozpoznanie (unikalne liczby osób wg PESEL w poszczególnych rozpoznaniach)



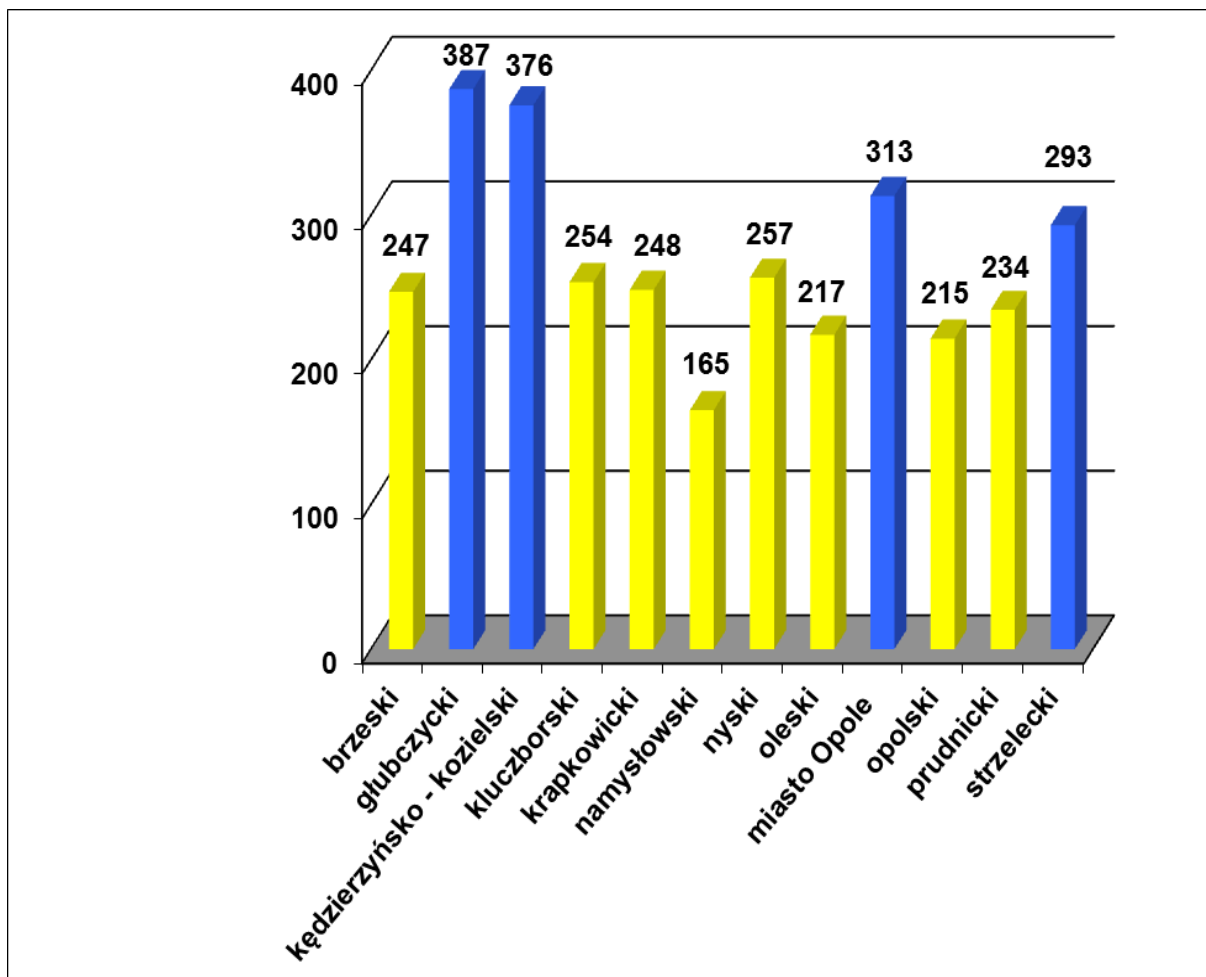
Źródło: dane przekazane z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego z pismem WSOZ-PSY.0123.3.2015 OOW.4.EB z dnia 11.09.2015 r.

Wykres 6. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (F11-F19) na 10 tys. mieszkańców województwa opolskiego z podziałem na powiaty zamieszkania (jedna osoba może wystąpić w kilku rozpoznaniach) wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2014 rok. Rozpoznanie (unikalne liczby osób wg PESEL w poszczególnych rozpoznaniach)



Źródło: dane przekazane z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego z pismem WSOZ-PSY.0123.3.2015 OOW.4.EB z dnia 11.09.2015 r.

Wykres 7. Choroby i zaburzenia psychiczne (F20-F99) na 10 tys. mieszkańców województwa opolskiego z podziałem na powiaty zamieszkania (jedna osoba może wystąpić w kilku rozpoznaniach) wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2014 rok. Rozpoznanie (unikalne liczby osób wg PESEL w poszczególnych rozpoznaniach)

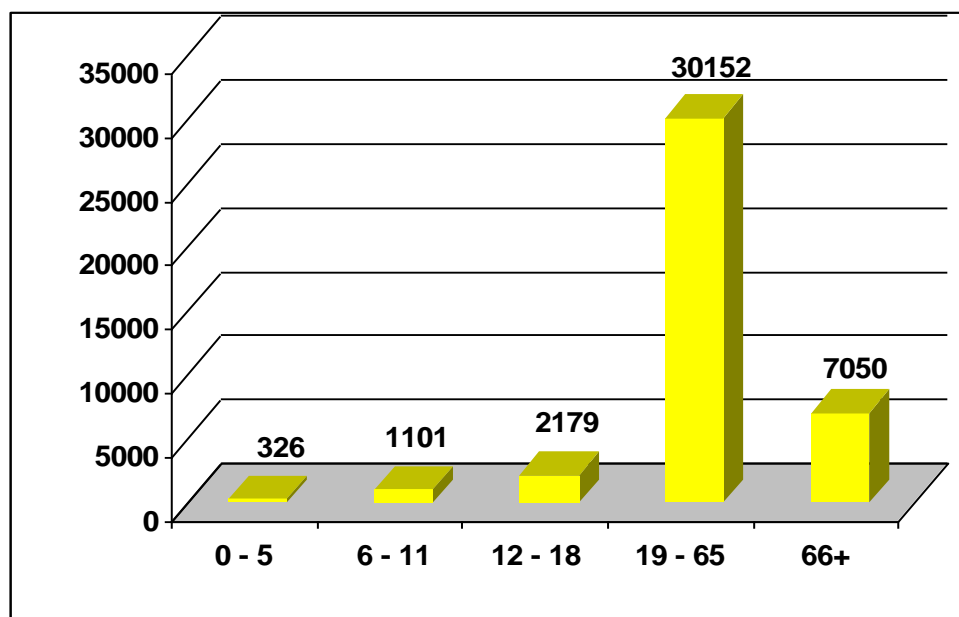


Źródło: dane przekazane z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego z pismem WSOZ-PSY.0123.3.2015 OOW.4.EB z dnia 11.09.2015 r.

W każdej z wyżej zaprezentowanych grup z rozpoznaniem „F” występują znaczące różnice pomiędzy powiatami. Trudno przyjąć, że wynikają one z unikalnych sytuacji epidemiologicznych w poszczególnych powiatach. Pozostaje więc założyć, że istnieją czynniki nie epidemiologiczne powodujące owe różnice.

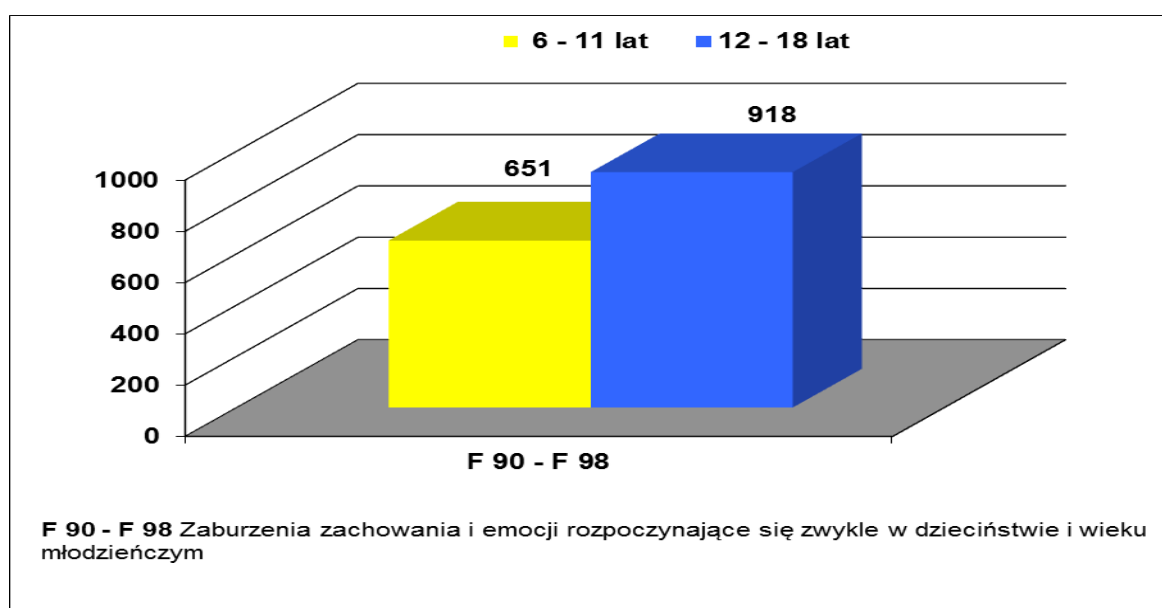
W kolejnej partii wykresów przedstawione zostaną dane uzyskane z OOW NFZ z podziałem grupy wiekowe.

Wykres 8. Mieszkańcy województwa opolskiego z rozpoznaniem F z podziałem na grupy wiekowe (jedna osoba może wystąpić w kilku rozpoznaniach) wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2014 rok.



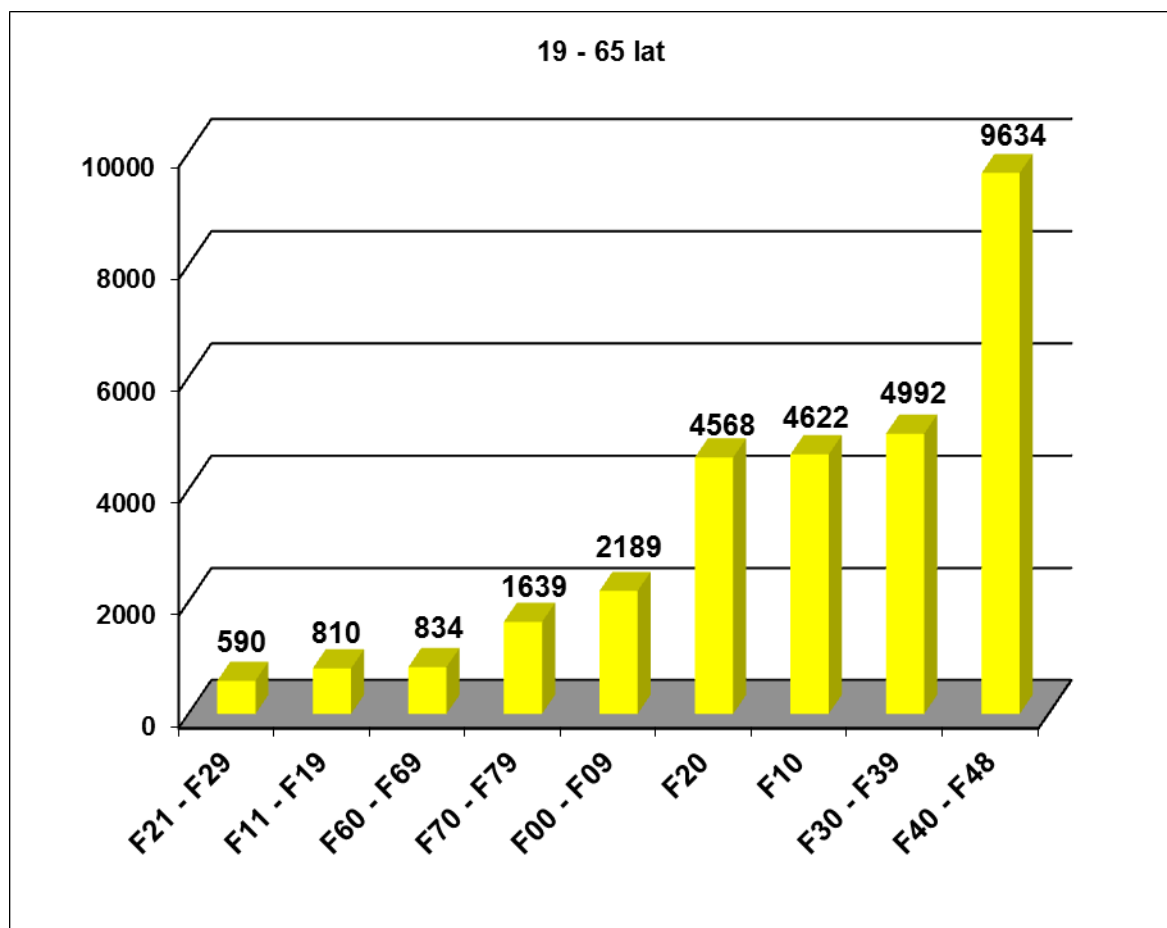
Źródło: dane przekazane z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego z pismem WSOZ-PSY.0123.3.2015 OOW.4.EB z dnia 11.09.2015 r.

Wykres 9. Najbardziej rozpowszechnione choroby i zaburzenia psychiczne mieszkańców województwa opolskiego według rozpoznania w grupach rozpoznania w grupie wiekowej 6-11 i 12-18 lat (jedna osoba może wystąpić w kilku rozpoznaniach) wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2014 rok



Źródło: dane przekazane z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego z pismem WSOZ-PSY.0123.3.2015 OOW.4.EB z dnia 11.09.2015 r.

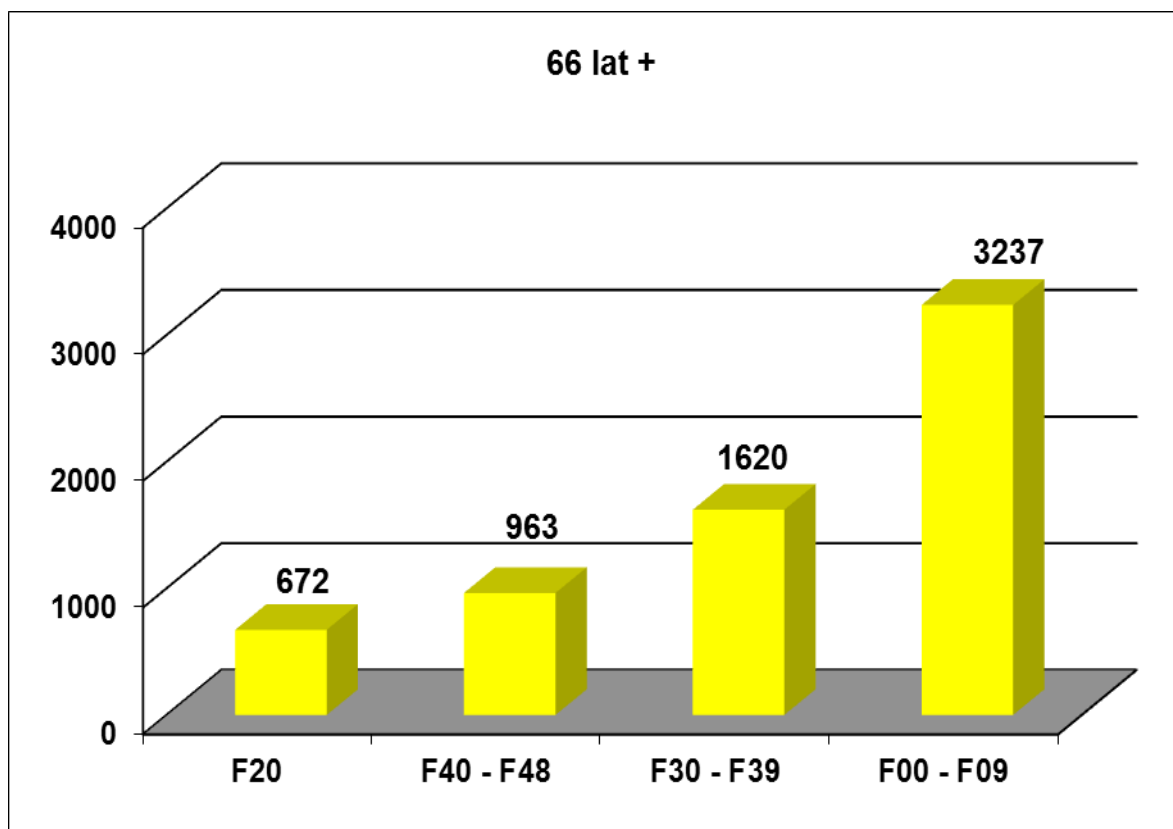
Wykres 10. Najbardziej rozpowszechnione choroby i zaburzenia psychiczne mieszkańców województwa opolskiego według rozpoznania w grupach rozpoznania w grupie wiekowej 19-65 lat (jedna osoba może wystąpić w kilku rozpoznaniach) wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2014 rok



Źródło: dane przekazane z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego z pismem WSOZ-PSY.0123.3.2015 OOW.4.EB z dnia 11.09.2015 r.

F21 - F29	Zaburzenia schizotypowe i urojeniowe
F11 - F19	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych
F60 - F69	Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych
F70 - F79	Upośledzenie umysłowe
F00 - F09	Organiczne zaburzenia psychiczne
F20	Schizofrenia
F10	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu
F30 - F39	Zaburzenia nastroju - afektywne
F40 - F48	Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną

Wykres 11. Najbardziej rozpowszechnione choroby i zaburzenia psychiczne mieszkańców województwa opolskiego według rozpoznania w grupach rozpoznania w grupie wiekowej 66 lat + (jedna osoba może wystąpić w kilku rozpoznaniach) wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2014 rok



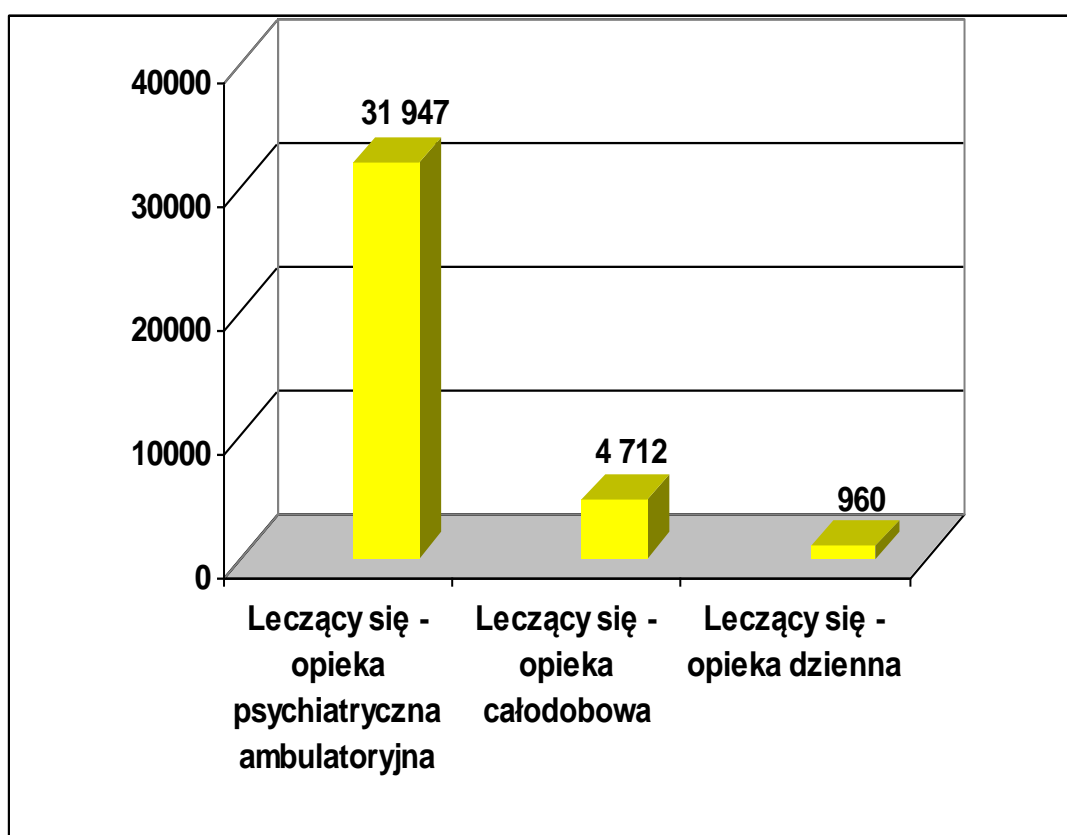
Źródło: dane przekazane z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego z pismem WSOZ-PSY.0123.3.2015 OOW.4.EB z dnia 11.09.2015 r.

F20	Schizofrenia
F40 - F48	Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną
F30 - F39	Zaburzenia nastroju - afektywne
F00 - F09	Organiczne zaburzenia psychiczne

Zaprezentowane wykresy biorące pod uwagę wiek pacjentów ilustrują jak istotna, również w przypadku chorób i zaburzeń psychicznych, jest zmienna wieku, wskazując jednocześnie na potrzebę prognozowania potrzeb zdrowotnych między innymi w oparciu o tą zmienną. Przykładem tego mogą być pacjenci w wieku 66 lat i więcej oraz rozpowszechnienie w tej grupie wiekowej organicznych zaburzeń psychicznych.

Jednym z podstawowych założeń NPOZ było przemodelowanie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, czy też zdynamizowanie zmian, w kierunku zmniejszenia roli opieki całodobowej. Do rodzajów opieki psychiatrycznej odnosi się kolejny wykres.

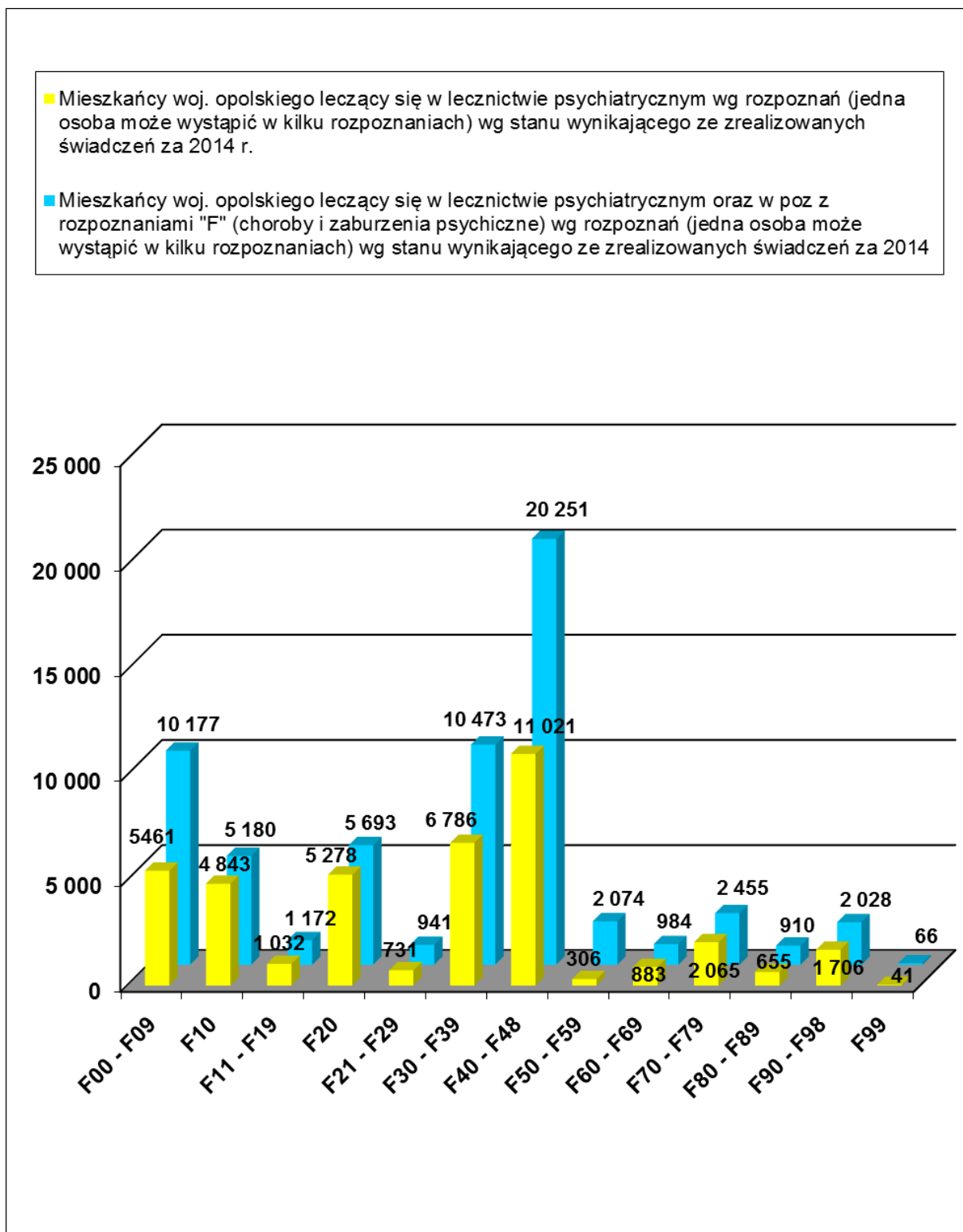
Wykres 12. Leczeni psychiatrycznie mieszkańcy województwa opolskiego w ramach zawartych umów OOW NFZ na podstawie rodzaju opieki psychiatrycznej wg stanu wynikającego ze zrealizowanych i zapłaconych świadczeń za dany rok (Może wystąpić powtarzalność osób w poszczególnych rodzajach opieki. Unikalne osoby wg PESEL w ogółem) w 2014 r.



Źródło: dane przekazane z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego z pismem WSOZ-PSY.0123.3.2015 OOW.4.EB z dnia 11.09.2015 r.

Nie wszyscy pacjenci z rozpoznaniem „F” trafiają do leczenia psychiatrycznego, część z nich leczy się wyłącznie w podstawowej opiece zdrowotnej. Zagadnienie to ilustruje kolejny wykres.

Wykres 13. Mieszkańcy województwa opolskiego leczący się w lecznictwie psychiatrycznym wg rozpoznań oraz leczący się w lecznictwie psychiatrycznym i w podstawowej opiece zdrowotnej rozpoznaniem „F” w 2014 r.



Źródło: dane przekazane z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego z pismem WSOZ-PSY.0123.3.2015 OOW.4.EB z dnia 11.09.2015 r.

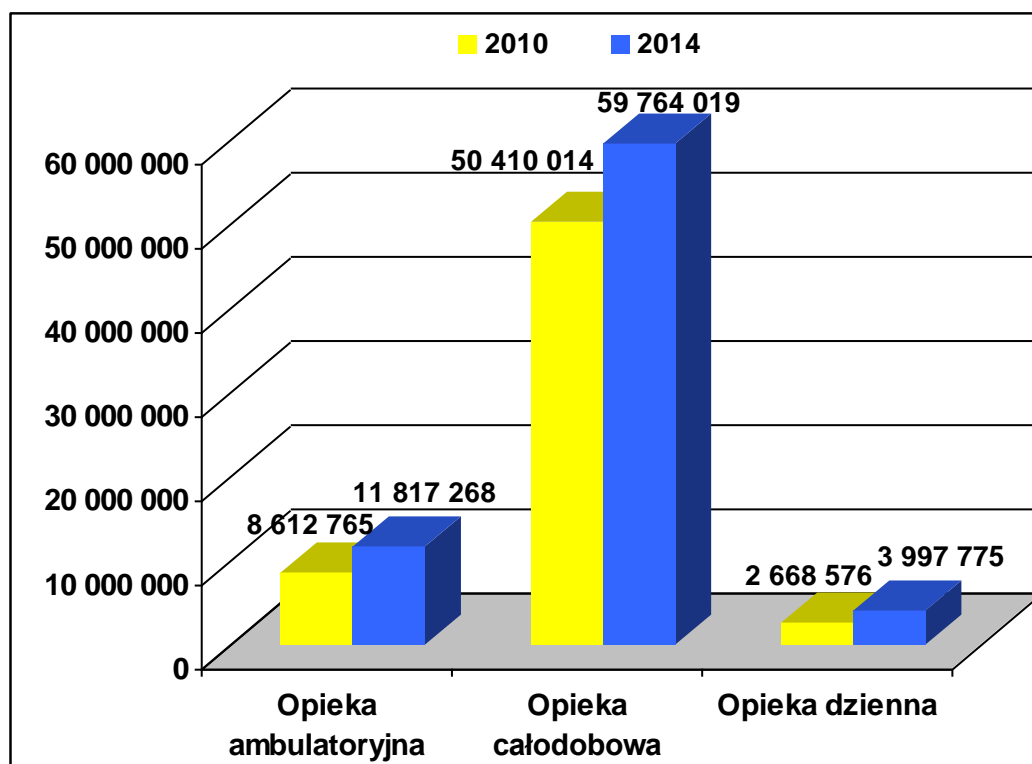
Tabela opisowa do wykresu 13	
F00 - F09	Organiczne zaburzenia psychiczne
F10	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu
F11 - F19	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych
F20	Schizofrenia
F21 - F29	Zaburzenia schizotypowe i urojeniowe
F30 - F39	Zaburzenia nastroju - afektywne
F40 - F48	Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną
F50 - F59	Zespoły behawioralne związane zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi
F60 - F69	Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych
F70 - F79	Upośledzenie umysłowe
F80 - F89	Zaburzenia rozwoju psychicznego
F90 - F98	Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym
F 99	Nieokreślone zaburzenia psychiczne

W przypadku czterech grup rozpoznań, tj. F00-F09, F30-F39, F40-F48 oraz F50-F59, pacjenci lecący się wyłącznie w podstawowej stanowią bardzo znaczący odsetek. Jest to sytuacja, w której podstawowa opieka zdrowotna w znaczący sposób odciąża leczenie specjalistyczne. Pozostaje jednak pytanie w jaki długofalowy sposób ma to wpływ na zdrowie pacjentów, np. kwestia jakości leczenia. A także, np. czy wyłączne leczenie się pacjentów z rozpoznaniem „F” w podstawowej opiece zdrowotnej ma związek z obawami dotyczącymi stygmatyzowania pacjentów leczenia psychiatrycznego?

3.Elementy zasobów w obszarze ochrony zdrowia psychicznego w województwie opolskim

Jednym z kluczowych elementów zasobów w obszarze ochrony zdrowia psychicznego są środki finansowe jakie OOW NFZ przeznacza na leczenie psychiatryczne. Kwestie tą ilustruje wykres 14.

Wykres 14. Środki finansowe OOW NFZ wydatkowane na leczenie psychiatryczne mieszkańców województwa opolskiego i osób nie mieszkających w województwie opolskim i rodzajów opieki psychiatrycznej wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2010 i 2014 rok

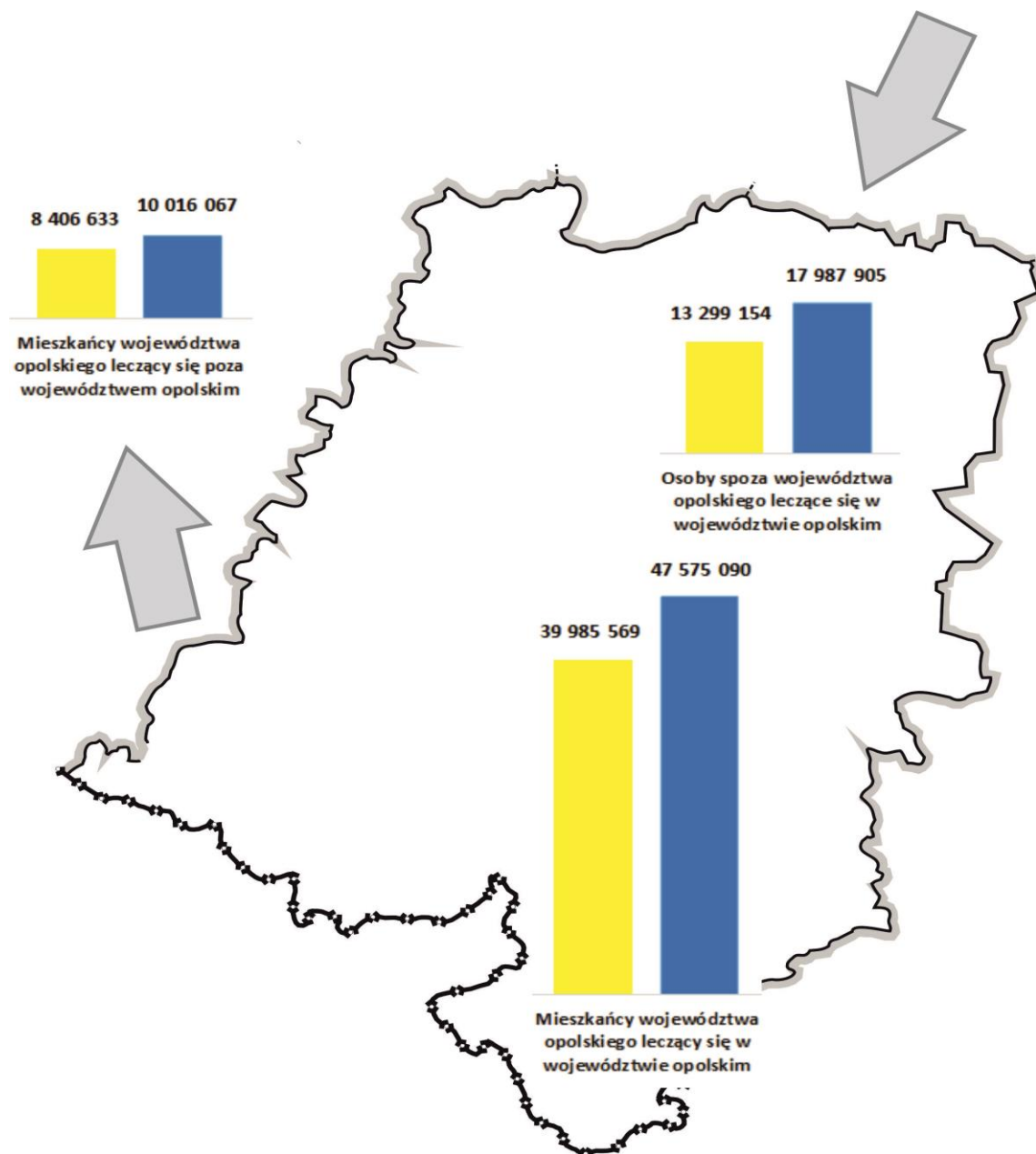


Źródło: dane przekazane z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego z pismem WSOZ-PSY.0123.3.2015 OOW.4.EB z dnia 11.09.2015 r.

Wyraźnie widoczna jest dysproporcja pomiędzy kosztami opieki całodobowej, z której korzysta mniejsza część pacjentów, a kosztami opieki ambulatoryjnej i proporcjonalnie bardzo niewielkimi kosztami opieki dziennej. Różnica to może być jednym ze stymulatorów ewolucyjnych zmian w kierunku rozwijania w regionie opieki dziennej i środowiskowej, jednakże bez zakładania drastycznej redukcji opieki całodobowej.

Wykres 15 (Mapa). Środki finansowe NFZ wydatkowane na leczenie psychiatryczne mieszkańców województwa opolskiego i osób nie mieszkających w województwie opolskim wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2010 i 2014 rok.

MAPA



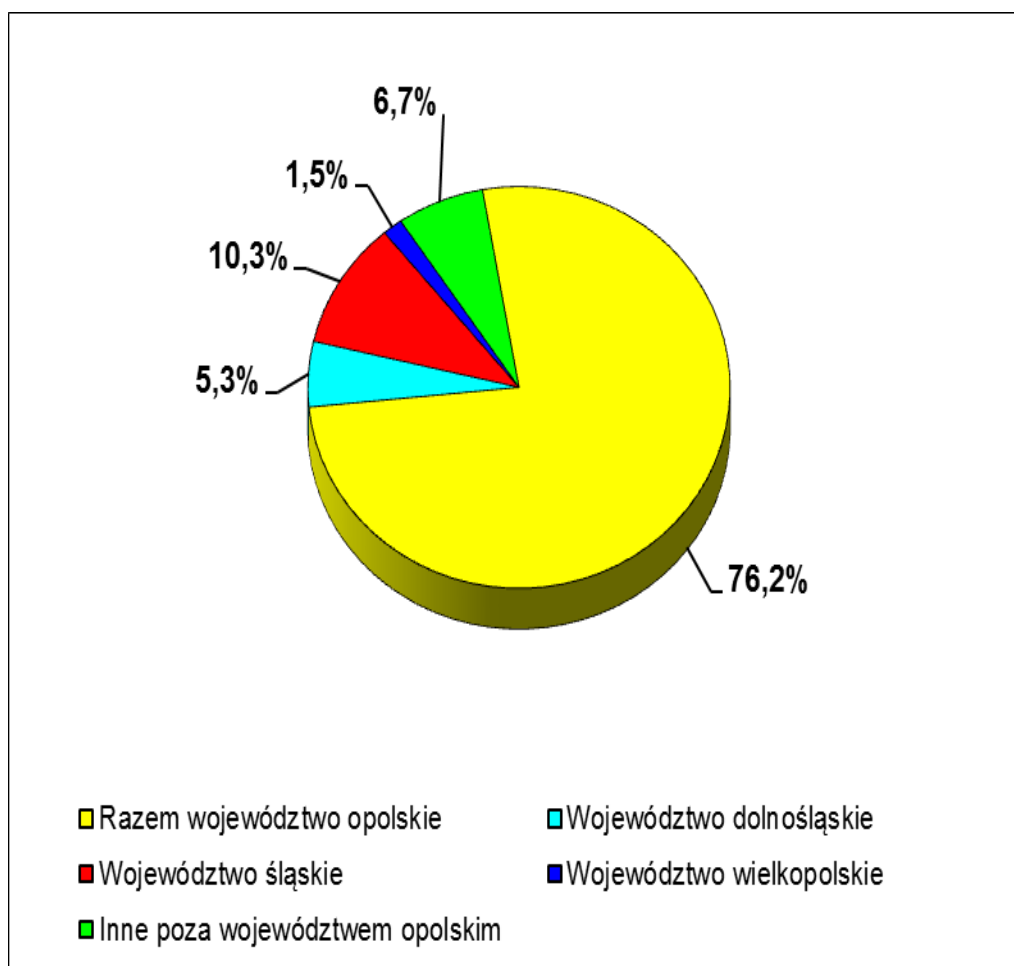
Środki finansowe NFZ wydatkowane na leczenie psychiatryczne mieszkańców województwa opolskiego i osób nie mieszkających w województwie opolskim wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2010 i 2014 rok

Źródło: dane przekazane z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego z pismem WSOZ-PSY.0123.3.2015 OOW.4.EB z dnia 11.09.2015 r.

Powyższy wykres obrazuje – oczywiście poza wartościami liczbowymi – potencjał leczenia psychiatrycznego w województwie opolskim, które uzyskało dodatni bilans w rozliczeniach pomiędzy regionalnymi oddziałami NFZ. Można więc przyjąć, że leczenie psychiatryczne w regionie jest w jakiejś mierze konkurencyjne w stosunku do swoich odpowiedników w innych województwach.

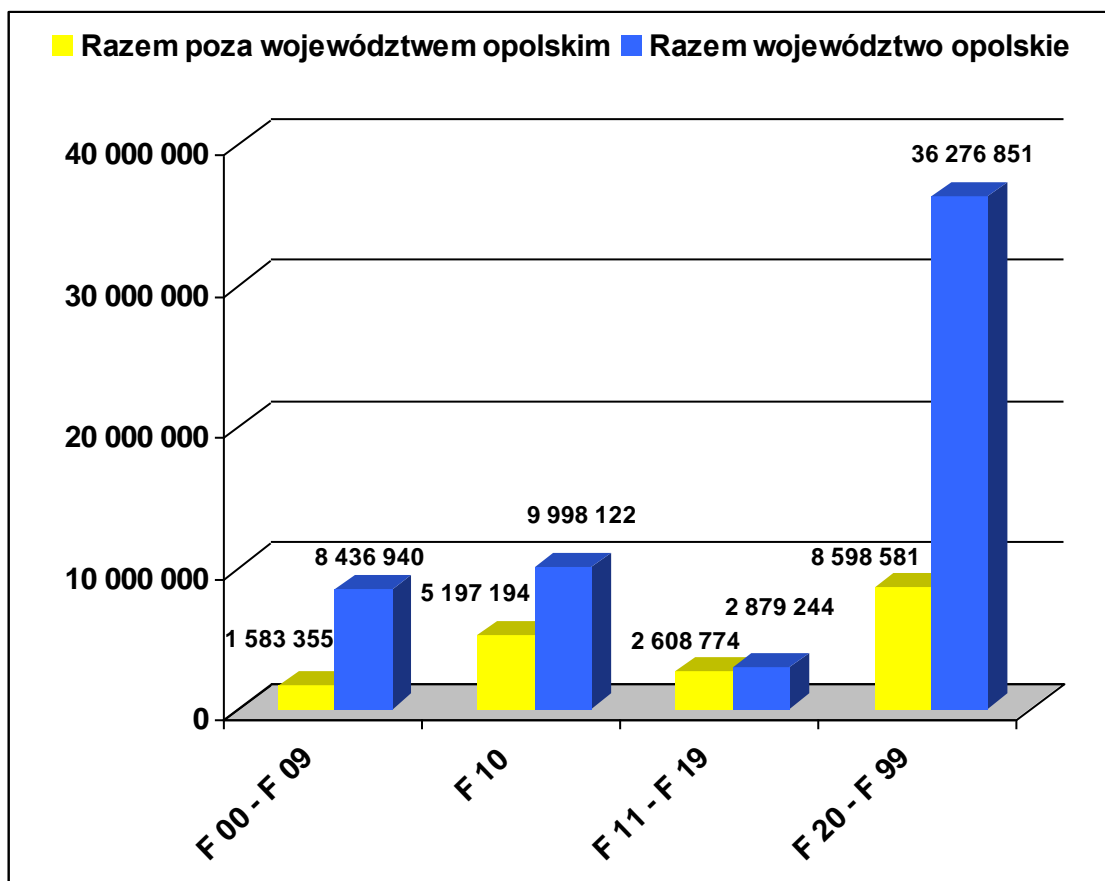
Kwestii finansowych leczenia psychiatrycznego w różnych ujęciach dotyczą również kolejne dwa wykresy (16 i 17).

Wykres 16. Środki finansowe OOW NFZ wydatkowane na leczenie psychiatryczne mieszkańców województwa opolskiego i osób nie mieszkających w województwie opolskim na podstawie miejsca zamieszkania wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2014 rok



Źródło: dane przekazane z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego z pismem WSOZ-PSY.0123.3.2015 OOW.4.EB z dnia 11.09.2015 r.

Wykres 17. Środki finansowe OOW NFZ wydatkowane na leczenie psychiatryczne mieszkańców województwa opolskiego i osób nie mieszkających w województwie opolskim na podstawie miejsca zamieszkania i rozpoznań wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2014 rok

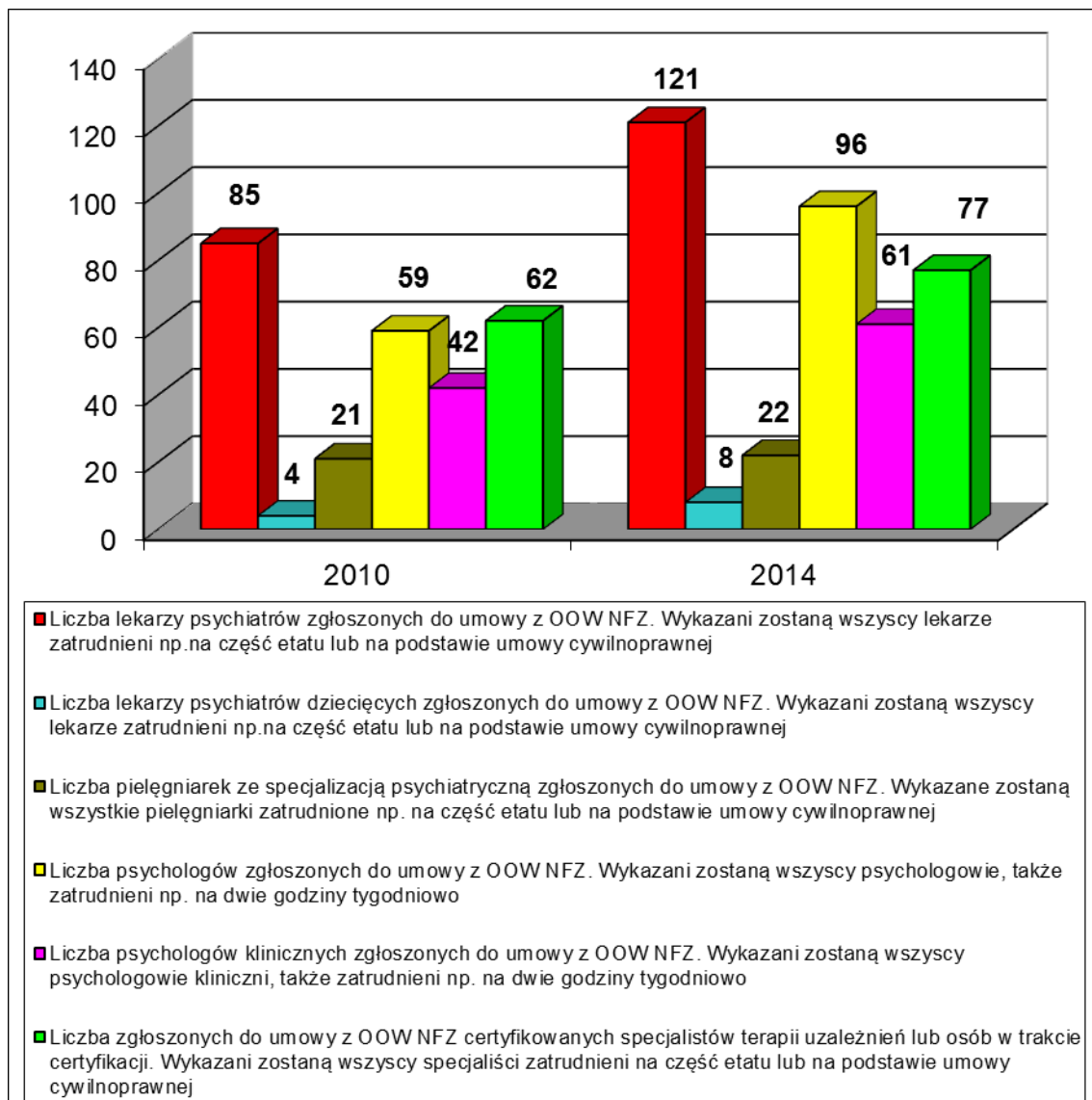


Źródło: dane przekazane z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego z pismem WSOZ-PSY.0123.3.2015 OOW.4.EB z dnia 11.09.2015 r.

F00-F09	Organiczne zaburzenia psychiczne
F10	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu
F11-F19	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych
F20-F99	Choroby i zaburzenia psychiczne

Innym kluczowym elementem zasobów w ochronie zdrowia psychicznego są kadry medyczne. Sytuację w tym obszarze ilustruje kolejny wykres. Należy jednak zaznaczyć, że odnosi się on tylko do kadr zgłoszonych do umów z OOW NFZ.

Wykres 18. Dane dotyczące zasobów w obszarze ochrony zdrowia psychicznego w województwie opolskim wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2010 i 2014 rok.



Źródło: dane przekazane z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego z pismem WSOZ-PSY.0123.3.2015 OOW.5.EB z dnia 24.09.2015 r. W przypadku psychologów oraz psychologów klinicznych dane przekazane z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego e-mailem z dnia 16.02.2016 r.

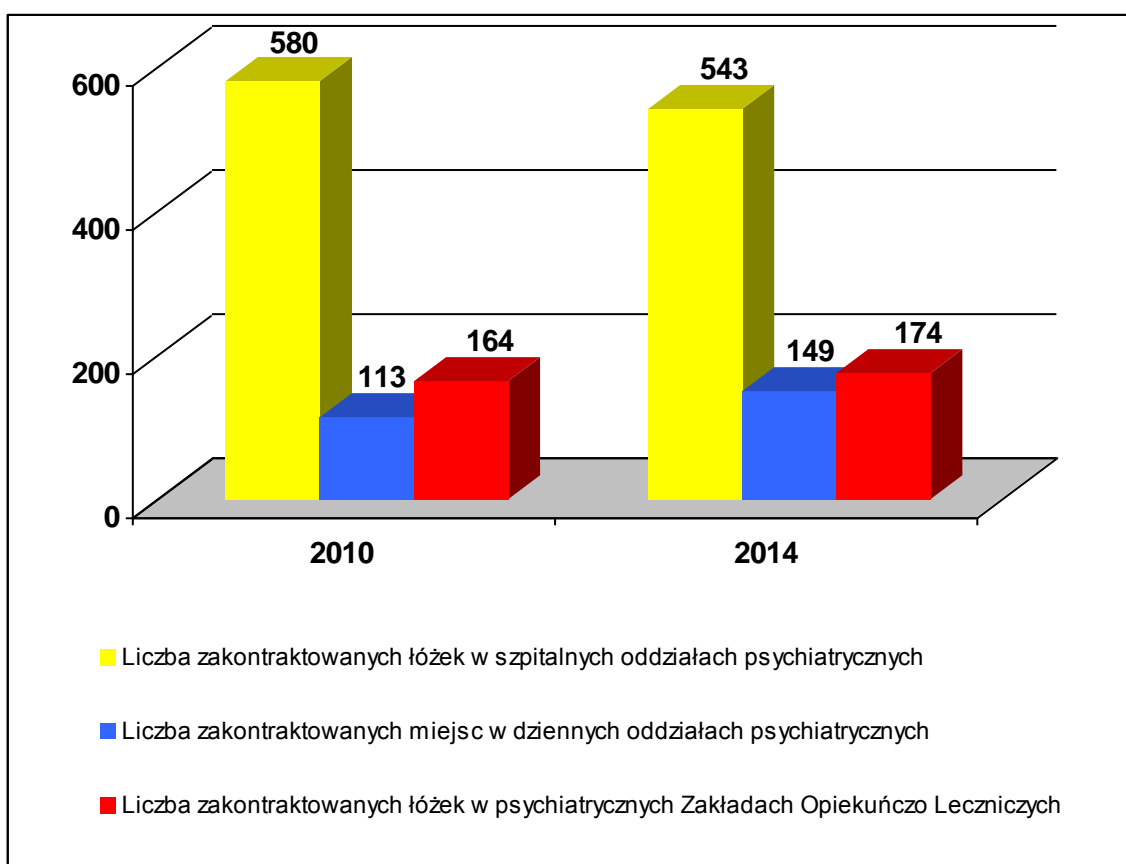
Z zaprezentowanych wyżej danych można wnioskować o istnieniu deficytów jakie w regionie występują w odniesieniu do liczby psychiatrów dziecięcych oraz pielęgniarek ze specjalizacją psychiatryczną. W 2014 r. na jednego psychiatrę przypadało statystycznie 307 dorosłych pacjentów lecznictwa psychiatrycznego - mieszkańców województwa opolskiego, a na jednego psychiatrę dziecięcego przypadało 451 pacjentów lecznictwa psychiatrycznego -mieszkańców województwa opolskiego w wieku do 18 lat włącznie¹⁶.

¹⁶Liczby pacjentów w oparciu o obliczenia własne na podstawie danych przekazanych z OOW NFZ.

Realne zapotrzebowanie na psychiatryczne kadry medyczne wymaga specjalistycznego oszacowania szczególnie w kontekście wieku kadr medycznych oraz potrzeb jakie występują i będą w przyszłości występować po stronie pacjentów, np. kwestia psychogeriatрії. W 2014 r. 7.050 osób wynosiła liczba pacjentów leczenia psychiatrycznego mieszkańców województwa opolskiego w wieku 66 lat i więcej.

Wykres 19 oraz tabela 1 i 2 odnoszą się do kolejnych elementów zasobów leczenia psychiatrycznego jakimi są liczby łóżek i miejsc, a także osobodni leczenia stacjonarnego i dziennego.

Wykres 19. Dane dotyczące zasobów w obszarze ochrony zdrowia psychicznego w województwie opolskim wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2010 i 2014 rok.



Źródło: dane przekazane z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego z pismem WSOZ-PSY.0123.3.2015 OOW.5.EB z dnia 24.09.2015 r.

Od 2010 r. widoczny jest w kontraktowaniu przez OOW NFZ delikatny trend w kierunku zwiększania potencjału dziennych oddziałów psychiatrycznych kosztem oddziałów całodobowych.

Tabela 1

Działalność na oddziałach psychiatrycznych na podstawie MZ-30 za 2014 rok	
Nazwa oddziału i kod identyfikacyjny	Liczba łóżek
Hostel dla uzależnionych od środków psychoaktywnych, kod 2726	5
Oddział psychiatryczny dla dzieci, kod 4701	18
Dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny, kod 2702	30
Oddział/Ośrodek rehabilitacyjny dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, kod 4750	35
Oddział rehabilitacji psychiatrycznej, kod 4702	41
Oddział/ośrodek leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacji), kod 4742	42
Ośrodek rehabilitacyjny dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, kod 4750 ¹⁷	49
Oddział/ośrodek terapii uzależnienia od alkoholu, kod 4744	52
Oddział/ośrodek leczenia uzależnień 4740	68
Oddział leczenia zaburzeń nerwicowych, kod 4704	91
Oddział psychiatryczny, kod 4700	296
Oddział odwykowy o wzmocnionym zabezpieczeniu, kod 4736	30
Oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu, kod 4732	60
Oddział psychiatrii sądowej o maksymalnym zabezpieczeniu, kod 4734	75

Źródło: dane przekazane z Opolskiego Urzędu Wojewódzkiego do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego z pismem PSiZ.VI.0442.7.2015.JH z października 2015 r.

¹⁷W materiałach sprawozdawczych figuruje błędnie wpisany ośrodek rehabilitacyjny dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych dla dzieci i młodzieży, kod 4751.

Tabela 2

Działalność na oddziałach psychiatrycznych na podstawie MZ-30 za 2014 rok	
Nazwa oddziału i kod identyfikacyjny	Osobodni leczenia
Hostel dla uzależnionych od środków psychoaktywnych, kod 2726	1 683
Oddział psychiatryczny dla dzieci, kod 4701	5 202
Dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny, kod 2702	6 844
Oddział/Ośrodek rehabilitacyjny dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, kod 4750	10 683
Oddział rehabilitacji psychiatrycznej, kod 4702	11 202
Oddział/ośrodek leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacji), kod 4742	15 448
Ośrodek rehabilitacyjny dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, kod 4750 ¹⁸	16 224
Oddział/ośrodek terapii uzależnienia od alkoholu, kod 4744	18 758
Oddział/ośrodek leczenia uzależnień 4740	22 930
Oddział leczenia zaburzeń nerwicowych, kod 4704	24 093
Oddział psychiatryczny, kod 4700	109 728
Oddział odwykowy o wzmocnionym zabezpieczeniu, kod 4736	5 876
Oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu, kod 4732	21 458
Oddział psychiatrii sądowej o maksymalnym zabezpieczeniu, kod 4734	19 967

Źródło: dane przekazane z Opolskiego Urzędu Wojewódzkiego do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego z pismem PSIZ.VI.0442.7.2015.JH z października 2015 r.

Uzupełnieniem zaprezentowanych wyżej informacji wynikających ze sprawozdań MZ-30 mogą być dane zawarte w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Opolskiego. Według tego rejestru według stanu z dnia 31.12.2015 r. istniało w województwie opolskim :

- 10 zespołów leczenia środowiskowego, kod resortowy 2730,

¹⁸W materiałach sprawozdawczych figuruje błędnie wpisany ośrodek rehabilitacyjny dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych dla dzieci i młodzieży, kod 4751.

- 1 zespół leczenia środowiskowego dla dzieci, kod resortowy 2731,
- 2 zespoły opieki domowej, rodzinnej, kod resortowy 27312¹⁹.

Ponadto według powyższego rejestru według stanu z dnia 30.10.2015 r. istniały w województwie opolskim :

- 4 oddziały dzienne psychiatryczne ogólne, kod resortowy 2700, razem 75 miejsc,
- 2 oddziały dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne, kod resortowy 2702, razem 33 miejsca,
- 3 oddziały dzienne psychogeriatryczne, kod resortowy 2704, razem 59 miejsc,
- 3 oddziały dzienne zaburzeń nerwicowych, kod resortowy 2706, razem 46 miejsc,
- 5 oddziałów dziennych terapii uzależnienia od alkoholu, kod resortowy 2712, razem 74 miejsca²⁰.

4. Analiza SWOT dotycząca ochrony zdrowia psychicznego w województwie opolskim

4.1. Mocne strony

Dobre wykształcenie kadry medycznej

1. Odpowiednia liczba łóżek szpitalnych na oddziałach leczenia uzależnień.
2. Wysoko wyspecjalizowane oddziały psychiatryczne.
3. Wystarczająca liczba łóżek na oddziałach leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych.
4. Duża liczba pracowników lecznictwa odwykowego z certyfikatami i w trakcie procesu uzyskania certyfikatu specjalisty psychoterapii i terapii uzależnień.
5. Optymalna liczba łóżek psychiatrycznych według aktualnych zasad organizacji opieki psychiatrycznej.
6. Funkcjonowanie w każdym powiecie co najmniej jednej poradni leczenia uzależnień od alkoholu.
7. Posiadanie przez Domy Pomocy Społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych bezterminowych zezwoleń na prowadzenie działalności.

¹⁹Dane przekazane z Opolskiego Urzędu Wojewódzkiego z pismem sygn.PSiZ.VI.0442.10.2016.JH z dnia 10.02.2016 r.

²⁰Dane przekazane z Opolskiego Urzędu Wojewódzkiego z pismem sygn.PSiZ.VI.0442.7.2015.JH z dnia 02.11.2015 r.

8. Zwiększenie zainteresowania pacjentów korzystaniem ze świadczeń w trybie ambulatoryjnym.
9. Przyjęcie kierunku prywatyzacji ambulatoryjnej psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

4.2. Słabe strony

1. Deficyt lekarzy psychiatrów i pielęgniarek psychiatrycznych determinujący skoncentrowanie działalności w dużych szpitalach psychiatrycznych.
2. Nieadekwatna wycena świadczeń znajdujących się w koszyku świadczeń gwarantowanych.
3. Niski poziom nakładów publicznych na psychiatryczną opiekę zdrowotną.
4. Deficyty w zakresie terapii dla dzieci i młodzieży uzależnionych od środków psychoaktywnych.
5. Deficyt placówek, które profesjonalnie zajmowałyby się młodzieżą eksperymentującą z substancjami psychoaktywnymi oraz ich rodzicami i innymi członkami rodziny.
6. Niestabilność systemu finansowania leczenia psychiatrycznego.
7. Zbyt mała liczba specjalistów psychologii klinicznej na terenie województwa w stacjonarnych i ambulatoryjnych podmiotach leczniczych.
8. Nierówny dostęp do usług ambulatoryjnych.
9. Niestabilność systemu prawnego w obszarze ochrony zdrowia.
10. Deficyt lekarzy psychiatrów pracujących w leczeniu uzależnień.
11. Nierównomierne rozmieszczenie jednostek psychiatrycznej opieki zdrowotnej na obszarze województwa.
12. Zbyt mała liczba mieszkań chronionych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.
13. Trudności z absorpcją osób chorych psychicznie przez rynek pracy.
14. Zbyt mała liczba organizacji pozarządowych działających w obszarze realnego wspierania osób doświadczających chorób i zaburzeń psychicznych.
15. Nierówny dostęp do usług ambulatoryjnych.
16. Mała liczba dziennych oddziałów psychiatrycznych.
17. Zbyt małe w stosunku do potrzeb zasoby samorządów mogące służyć do realizacji programów ochrony zdrowia psychicznego.
18. Deficyty w zakresie współpracy pomiędzy organizacjami pozarządowymi i instytucjami publicznymi na rzecz tworzenia i rozwoju wsparcia dla osób doświadczających chorób i zaburzeń psychicznych.

19. Niedostateczne zainteresowanie instytucji realizacją przedsięwzięć dotyczących promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki chorób i zaburzeń psychicznych.
20. Deficyt odpowiedniej bazy hostelowej dla osób uzależnionych, zagrożonych wykluczeniem społecznym.
21. Niski w stosunku do potrzeb zakres stosowania w gminach specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób doświadczających chorób i zaburzeń psychicznych.
22. Duża liczba hospitalizowanych pacjentów w psychiatrycznej całodobowej opiece zdrowotnej.
23. Niewystarczający poziom informatyzacji szpitali i innych jednostek opieki zdrowotnej
24. Zbyt mała motywacja pacjentów do korzystania z leczenia psychiatrycznego.
25. Brak spójnego systemu informacji zdrowotnej.
26. Zbyt mała liczba miejsc w Środowiskowych Domach Samopomocy dla osób doświadczających chorób i zaburzeń psychicznych.
27. Deficyt liczby miejsc w Domach Pomocy Społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych.
28. Deficyt wiedzy na temat funkcjonowania sektora psychiatrycznej opieki zdrowotnej nie objętego kontraktami z publicznym płatnikiem.

4.3. Szanse

1. Kontraktowanie usług medycznych pokrywające ceny rynkowe.
2. Wzrost środków finansowych budżetu państwa i samorządu terytorialnego przeznaczonych na rozwój psychiatrycznej opieki zdrowotnej.
3. Stopniowe zmniejszanie liczby pacjentów hospitalizowanych w oddziałach całodobowych z zaburzeniami psychicznymi dzięki nowopowstałym i powstającym oddziałom dziennym oraz organizacji psychiatrycznej opieki środowiskowej.
4. Stałe, jasne zasady kontraktowania usług medycznych, jednolite dla całego kraju, według właściwej wyceny w koszyku świadczeń gwarantowanych.
5. Współpraca płatnika, podmiotów leczniczych oraz organów nadzorczych podmiotów leczniczych w zakresie realizacji wspólnej polityki zdrowotnej w obszarze ochrony zdrowia psychicznego.
6. Duże zainteresowanie podnoszeniem kwalifikacji przez kadre medyczną.
7. Zwiększenie liczby pracowników socjalnych zajmujących się osobami z zaburzeniami psychicznymi w gminach i w powiatach.

8. Kontynuacja procesów przekształcania psychiatrycznej opieki zdrowotnej w kierunku tworzenia oddziałów dziennych.
9. Rozwój specjalistycznej psychiatrycznej opieki dziennej.
10. Intensyfikacja działań, w tym szkoleń, podnoszących kwalifikacje i umiejętności zawodowe służb społecznych, szczególnie pracowników pomocy społecznej zajmujących się osobami doświadczającymi chorób i zaburzeń psychicznych.
11. Intensyfikacja działań w zakresie promocji zdrowia psychicznego oraz profilaktyki chorób i zaburzeń psychicznych.
12. Upowszechnianie wiedzy na temat specyficznych potrzeb osób doświadczających chorób i zaburzeń psychicznych.
13. Wynikające z płynnych zmian systemowych ograniczanie liczby łóżek psychiatrycznego leczenia szpitalnego.
14. Wspieranie rodzin i opiekunów osób doświadczających chorób i zaburzeń psychicznych.
15. Określenie i realizacja merytorycznie i finansowo sensownych celów strategicznych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego.
16. Wykorzystanie środków unijnych.
17. Tworzenie mechanizmów współodpowiedzialności kadry medycznej za koszty systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.
18. Wspierania przez samorząd terytorialny podnoszenia kwalifikacji przez kadre medyczną.
19. Aktywność samorządu terytorialnego w zakresie tworzenia i rozwoju ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi.
20. Zwiększenie dostępności usług aktywizacji społeczno-zawodowej dla osób doświadczających chorób i zaburzeń psychicznych, w tym w ramach podmiotów ekonomii społecznej.
21. Wykorzystanie możliwości inwestowania w psychiatryczną opiekę zdrowotną przez kapitał krajowy i zagraniczny.
22. Wspieranie wolontariatu oraz lokalnych sieci wsparcia na rzecz osób doświadczających chorób i zaburzeń psychicznych.
23. Opracowanie regionalnego oraz lokalnych programów ochrony zdrowia psychicznego oraz ich profesjonalna realizacja.
24. Pojawianie się dodatkowych ubezpieczeń.

25. Należyta praca gminnych komisji ds. profilaktyki i przeciwdziałania alkoholizmowi.

26. Współpraca samorządów i podmiotów leczniczych z krajami Unii Europejskiej.

4.4. Zagrożenia

1. Niskie nakłady na ochronę zdrowia uniemożliwiające szersze finansowanie działań prozdrowotnych.
2. Deficyt w zakresie pomocy terapeutycznej dla dzieci i młodzieży eksperymentujących z używkami i dla ich rodziców.
3. Deficyt w zakresie pomocy terapeutycznej dla dzieci i młodzieży doświadczających chorób i zaburzeń psychicznych oraz dla ich rodziców.
4. Brak wyodrębnionych w budżetach samorządowych celowych środków przeznaczonych na promocję zdrowia psychicznego oraz profilaktykę chorób i zaburzeń psychicznych.
5. Zmniejszanie poziomu finansowania świadczeń zdrowotnych w lecznictwie szpitalnym przy jednocześnie zwiększającej się liczbie oczekujących na leczenie.
6. Trudności w świadczeniu specjalistycznych usług opiekuńczych osobom doświadczającym chorób i zaburzeń psychicznych wynikające ze wzrastającej liczby takich osób oraz deficytu środków finansowych potrzebnych do zapewnienia właściwej pomocy i opieki.
7. Oczekiwania społeczne dotyczące poprawy dostępności do świadczeń połączone z roszczeniami, bez osobistego zaangażowania w dbanie o własne zdrowie psychiczne
8. Wysoki koszt utrzymania pensjonariuszy w Domach Pomocy Społecznej dla przewlekle psychicznie chorych oraz wysoki koszt ponoszony przez gminy za ich pobyt w tych domach.
9. Zbyt duże rozdrobnienie lecznictwa ambulatoryjnego na poziomie powiatów.
10. Deficyt bazy hostelowej dla osób uzależnionych, zagrożonych wykluczeniem społecznym.
11. Spadek zainteresowania korzystaniem z usług świadczonych w Środowiskowych Domach Samopomocy wynikający z wprowadzenia częściowej odpłatności za tę formę pomocy.

5. Regionalne programy promocji zdrowia psychicznego dla województwa opolskiego

5.1. Wprowadzenie do opracowania i realizacji regionalnych programów promocji zdrowia psychicznego

Na potrzeby niniejszego opracowania promocja zdrowia psychicznego potraktowana została jako specjalistyczny element ogólnej promocji zdrowia. Stąd też definicje odnoszące się do promocji zdrowia odnosić się będą do promocji zdrowia psychicznego. W literaturze fachowej istnieje szereg definicji określających promocję zdrowia, dla uporządkowania myślenia o problemie załóżmy, że „Promocja zdrowia to działania obejmujące całą populację i dotyczące jej codziennego życia. Zasadniczym działaniem ma być efektywny publiczny udział w określaniu problemów, tworzeniu decyzji i powodowaniu poprawy lub zmiany czynników warunkujących zdrowie”²¹. Jednocześnie uznajmy, że „Promocja zdrowia to proces umożliwiający jednostkom i grupom społecznym zwiększenie kontroli nad uwarunkowaniami zdrowia w celu poprawy ich stanu zdrowia oraz sprzyjający rozwojowi zdrowego stylu życia, a także kształtowaniu innych społecznych, środowiskowych i osobniczych czynników prowadzących do zdrowia”²². W jednym z ujęć „Edukacja zdrowotna (*health education*) stanowi podstawowy element promocji zdrowia i ma prowadzić do zapoznania się z celami działań na rzecz zdrowia pozytywnego oraz zapobiegania chorobom poprzez wpływ na zachowania osobnicze, postawy i wykazanie korzyści płynących z zachowania zdrowia. Tradycyjna edukacja zdrowotna dostarczała wiedzy, dążyła do zmiany postaw oraz zmiany zachowań. Nowe podejście polega nie tylko na dostarczaniu wiedzy, lecz także na uczestniczeniu we wspólnym działaniu, dwukierunkowym porozumiewaniu się oraz na podkreślaniu znaczenia czynników społecznych, ekonomicznych, fizycznych i politycznych, których podstawą jest dokonywanie wolnego wyboru. Edukacja zdrowotna ma dostarczać informacji i wiedzy na temat zdrowia, wzmacniać działania na rzecz zdrowia, przekonywać oraz zapewnić wpływ na tworzenie zdrowotnej polityki społecznej”²³. Stąd też w regionalnych programach promocji zdrowia psychicznego powinny znaleźć się między innymi działania prowadzące do inspirowania dyskursu społecznego na temat różnych

²¹ Sygit Marian, *Zdrowie publiczne*, Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa 2010, s. 450.

²² Sygit Marian, op.cit., s. 450.

²³ Sygit Marian, op.cit., s. 455-456.

aspektów zdrowia psychicznego oraz do aktywizacji instytucji i środowisk zainteresowanych podejmowaniem i rozwiązywaniem problemów zdrowia psychicznego.

Aktywność w obszarze promocji zdrowia, w tym zdrowia psychicznego, napotyka na szereg barier. Według jednej z obecnych w literaturze fachowej opinii „Podstawowa bariera promocji zdrowia ma związek z ekonomią. Możliwości – zasoby – są główną przeszkodą dla rodzin w ich wysiłkach podtrzymania i promowania swojego statusu zdrowotnego. Zasoby (ekonomiczne, fizyczne, intelektualne, społeczne) ograniczają zdolności rodziny do opieki, odpowiedzialności i wrażliwości w sytuacji choroby”²⁴. Dlatego też ważny dla planowanych działań będzie status społeczny i sytuacja ekonomiczna ich odbiorców. Zmienne te należałoby brać pod uwagę np. dla zastosowania odpowiedniego języka przekazu podczas promocji zdrowia psychicznego, jak i adekwatności proponowanych rozwiązań do zasobów adresatów.

W zakresie promocji zdrowia napotykamy także na inne poważne wyzwania, bowiem „Podstawą rozumienia zadań w zakresie promocji zdrowia (szczególnie społecznego komponentu zdrowia) jest analiza cyklu życia rodziny, gdyż zmiany rozwojowe są źródłem nowych celów rodziny oraz nowych potrzeb edukacyjnych i/lub wsparcia”²⁵. Istnieje więc bardzo duże zróżnicowanie odbiorców promocji zdrowia np. pod względem wieku, a tym samym rodzaju i czasu trwania doświadczeń życiowych. Należy więc starać się potraktować promocję zdrowia psychicznego jako proces, w którym znajdzie się miejsce dla bardzo zróżnicowanych odbiorców, jednocześnie pamiętając, że „izolowane działania edukacyjne najczęściej są nieskuteczne i nie powodują oczekiwanej zmiany zachowań”²⁶.

Tak więc „Koncepcja promocji zdrowia jest oparta o szerokie rozumienie zdrowia jako procesu nieustannego odtwarzania dobrego samopoczucia (dobrostanu) w wymiarze społecznym, psychicznym i fizycznym oraz jako wieloaspektowego zjawiska interakcji pomiędzy ludźmi oraz ich społecznym i fizycznym środowiskiem a nie jako statyczny punkt końcowy czy też produkt”²⁷.

²⁴ Przewoźniak Lucyna, *Wybrane zagadnienia socjologii i promocji zdrowia rodziny*, [w:] red. Czupryny Antoni, Poździoch Stefan, Ryś Andrzej, Włodarczyk Cezary W., *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, T.2, Fundacja Zdrowia Publicznego, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2001, s.71.

²⁵ Przewoźniak Lucyna, op. cit., s. 78.

²⁶ Bik Barbara, *Koncepcja promocji zdrowia*, [w:] red. Czupryny Antoni, Poździoch Stefan, Ryś Andrzej, Włodarczyk Cezary W., *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, T.2, Fundacja Zdrowia Publicznego, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2001, s.221.

²⁷ Bik Barbara, op. cit., s.213.

Reasumując, zgodnie z europejską lub też WHO-wską definicją – przyjmijmy, że „Promocja zdrowia – jest procesem umożliwiającym każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływania na własne zdrowie, jego poprawę i utrzymanie”²⁸.

Chociaż promocja zdrowia psychicznego winna być adresowana do szerokiego kręgu odbiorców, to: „W każdym społeczeństwie są grupy ludzi szczególnie narażonych na problemy ze zdrowiem psychicznym. Są to osoby przewlekle chore, niepełnosprawne, uzależnione, podlegające silnym stresom (np. zawodowym), dzieci pozbawione właściwej opieki”²⁹. Identyfikacja różnorodnych grup ryzyka, a następnie realizacja adresowanych do nich działań w obszarze promocji zdrowia psychicznego powinny stanowić jedną z form działań w ramach regionalnych programów promocji zdrowia psychicznego.

Według opinii z literatury fachowej: „Psychologiczne gratyfikacje wynikające z pełnienia ról zawodowych nie są w stanie zbilansować kosztów ponoszonych przez jednostkę zatrudnioną w zawodzie pomocowym”³⁰. Oznacza to, że osoby pomagające innym należą do grupy ryzyka w obszarze zdrowia psychicznego.

5.2. Finansowanie regionalnych programów promocji zdrowia psychicznego

Dla realizacji regionalnych programów promocji zdrowia psychicznego nie zakłada się wyodrębnienia w budżecie województwa opolskiego środków finansowych na zadania wynikające z programów. Stąd też przewidziane są zadania niskonakładowe powiązane z realizacją *Wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych*, *Wojewódzkiego programu przeciwdziałania narkomanii* oraz *Wojewódzkiego programu przeciwdziałania przemocy w rodzinie*. Takie powiązania wskazanych programów mają służyć ich zdynamizowaniu oraz kreowaniu nowych przedsięwzięć realizowanych w ramach wymienionych programów.

Przyjmuje się, że po około dwuletnim okresie realizacji może nastąpić wyodrębnienie środków finansowych na realizację regionalnych programów promocji zdrowia psychicznego

²⁸ Bik Barbara, op. cit., s.218.

²⁹ Okulicz-Kozaryn Katarzyna, Borucka Anna, Pisarska Agnieszka, *Stan promocji zdrowia psychicznego w Polsce na przykładzie województwa mazowieckiego*, [w:] red. Okulicz-Kozaryn Katarzyna, Ostaszewski Krzysztof, *Promocja zdrowia psychicznego. Badania i działania w Polsce. Część druga*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2010, s. 34.

³⁰ Pyżalski Jacek, Puchalski Krzysztof, Korzeniowska Elżbieta, *Promocja zdrowia psychicznego w miejscu pracy w Polsce*, [w:] red. Okulicz-Kozaryn Katarzyna, Ostaszewski Krzysztof, *Promocja zdrowia psychicznego badania i działania w Polsce*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2008, s. 37.

w budżecie województwa opolskiego. W realizacji RPOZP zakłada się wykorzystanie środków UE.

5.3. Priorytety promocji zdrowia psychicznego w województwie opolskim

Przyjęte zostało siedem następujących priorytetów promocji zdrowia psychicznego na potrzeby realizacji regionalnych programów promocji zdrowia psychicznego :

- 1) promowanie elementów wspierających psychiczny rozwój oraz zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w województwie opolskim;
- 2) aktywizacja instytucji - w tym samorządów - w zakresie promocji zdrowia psychicznego, w szczególności dotyczącej dzieci i młodzieży oraz osób starszych;
- 3) przeciwdziałanie stygmatyzacji i odrzucaniu osób chorych psychicznie;
- 4) aktywizacja organizacji pozarządowych w zakresie promocji zdrowia psychicznego, w szczególności dotyczącej dzieci i młodzieży oraz osób starszych;
- 5) promowanie elementów wspierających pozytywne i konstruktywne rozwiązywanie sytuacji kryzysowych związanych ze zdrowiem psychicznym;
- 6) aktywizacja instytucji i organizacji pozarządowych w zakresie kształtowania zachowań prozdrowotnych i stylu życia korzystnego dla zdrowia psychicznego;
- 7) promowanie elementów wspierających zdrowie psychiczne osób starszych (w wieku poprodukcyjnym);
- 8) inspirowanie działań indywidualnych zmierzających do poprawy i wzmocnienia zdrowia psychicznego oraz jakości życia w tym obszarze;
- 9) badanie pozytywnych i negatywnych czynników wpływających na psychiczny rozwój oraz zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w województwie opolskim.

Przewiduje się, że regionalne programy promocji zdrowia psychicznego – w przypadku ich opracowywania na szczeblu województwa - będą opracowywane we współpracy samorządu województwa opolskiego z zainteresowanymi instytucjami, samorządami, organizacjami pozarządowymi i/lub innymi podmiotami aktywnymi w obszarze zdrowia psychicznego. Zakłada się realizację w/w programów w ramach istniejących możliwości finansowych budżetu województwa opolskiego oraz ze środków UE.

Poniżej skrótowo zaprezentowanych zostanie kilka przykładowych propozycji tematycznych dla regionalnych programów promocji zdrowia psychicznego.

5.3.1. Program „Profilaktyka i promocja zdrowia w Opolskiej eSzkole”

Zakłada się, że program ten będzie dodatkowym rozwinięciem projektu pod nazwą „Opolska eSzkola - szkoła ku przyszłości” realizowanego przez Regionalne Centrum Rozwoju Edukacji w Opolu. W ramach projektu „Profilaktyka i promocja zdrowia w Opolskiej eSzkole” przewiduje umieszczenie materiałów edukacyjnych, informacyjnych oraz profilaktycznych na stronie internetowej. Zostanie zastosowany podział adresatów materiałów np. według schematu rodzice, nauczyciele, pedagodzy szkolni, dyrektorzy. Przewiduje się także wspieranie pracowników szkół w realizacji zadań związanych z profilaktyką uzależnień, a w dalszej kolejności z innymi aspektami zdrowia psychicznego.

5.3.2. Program promocji dobrych rozwiązań dla samorządów i innych instytucji w zakresie promocji zdrowia psychicznego

Zakłada się, że elementami tego programu będą:

- 1) przegląd znajdujących się w internecie informacji na temat zdrowia psychicznego mogących służyć promocji dobrych praktyk. Jednoczesne internetowe przeglądy realizowanych w kraju przedsięwzięć dotyczących profilaktyki chorób i zaburzeń psychicznych oraz promocji zdrowia psychicznego w instytucjach oświaty, ochrony zdrowia, zakładach pracy oraz w społecznościach lokalnych dla ewentualnej promocji w województwie opolskim wzorcowych rozwiązań;
- 2) spotkania robocze dla przedstawicieli samorządów i innych instytucji dotyczące realizacji zadań w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień oraz promocji zdrowia psychicznego;
- 3) konferencje dla instytucji - w tym samorządów - poświęcone promowaniu wybranych projektów dotyczących profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień oraz promocji zdrowia psychicznego.

5.3.3. Program aktywizacji organizacji pozarządowych w zakresie promocji zdrowia psychicznego

Zakłada się, że elementami tego programu będą:

- 1) konferencje i spotkania robocze dla organizacji pozarządowych zajmujących się profilaktyką chorób i zaburzeń psychicznych, w tym rozwiązywaniem problemów uzależnień oraz promocją zdrowia psychicznego poświęcone promowaniu przedsięwzięć i projektów;
- 2) przegląd znajdujących się w internecie informacji mogących służyć do promocji dobrych praktyk w oparciu o realizowane przedsięwzięcia dotyczące profilaktyki chorób i zaburzeń psychicznych oraz promocji zdrowia psychicznego.

5.3.4. Program inspirowania działań indywidualnych zmierzających do poprawy i wzmocnienia zdrowia psychicznego oraz jakości życia w tym obszarze

Zakłada się, że elementami tego programu będą:

- 1) przygotowanie projektów dotyczących produkcji i emisji w Opolskim Oddziale TVP programów telewizyjnych dotyczących problematyki profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień, przeciwdziałania przemocy w rodzinie oraz promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki chorób i zaburzeń psychicznych;
- 2) upublicznianie wyników badań wojewódzkich odnoszących się do problematyki promocji zdrowia psychicznego oraz profilaktyki chorób i zaburzeń psychicznych;
- 3) przeglądy znajdujących się w internecie informacji mogących służyć do publicznej działalności prozdrowotnej w oparciu o realizowane w kraju badania dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień, przeciwdziałania przemocy w rodzinie oraz promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki chorób i zaburzeń psychicznych. Przeglądy te posłużą do przygotowania, realizacji i/lub zlecenia innych regionalnych programów w obszarze promocji zdrowia psychicznego oraz profilaktyki chorób i zaburzeń psychicznych skierowanych do odbiorców indywidualnych i instytucjonalnych.

5.3.5. Podsumowanie

Doświadczenie i wiedza zdobyte podczas realizacji wyżej wskazanych programów w formie zbliżonej do zaprezentowanej lub zmodyfikowanej, posłuży do przygotowania, realizacji i/lub zlecenia innych regionalnych programów w obszarze promocji zdrowia psychicznego oraz profilaktyki chorób i zaburzeń psychicznych skierowanych do odbiorców indywidualnych i instytucjonalnych. Kluczowymi sprawami dla realizacji przez Samorząd Województwa Opolskiego takich programów jest rozwiązanie problemów wynikających z ograniczonych zasobów finansowych i kadrowych oraz stworzenie sprawnej i efektywnej sieci wymiany informacji i współpracy pomiędzy interesariuszami w ramach samorządu województwa i poza nim. Powyższe dotyczy realizacji każdego z elementów Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

6. Zadania w obszarze programów informacyjno-edukacyjnych sprzyjających postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi

Zagadnienia odnoszące się do zrozumienia i akceptacji osób z zaburzeniami psychicznymi, a także do przeciwdziałania dyskryminacji takich osób są zagadnieniami skomplikowanymi. Jak stwierdzono w opracowaniu dotyczącym rezultatów badań odnoszących się do tych zagadnień „Niemal wszystkie grupy społeczno-demograficzne dostrzegają w postawach wobec osób psychicznie chorych najczęściej współczucie i zakłopotanie. Na kolejnym miejscu pod względem odsetka wskazań zazwyczaj pojawia się bezradność, jednak w niektórych środowiskach społecznych częściej niż bezradność wymieniany jest strach. (...) Wraz z wiekiem maleje odsetek badanych wymieniających zakłopotanie, strach i odrazę, a rośnie grupa wskazujących na bezradność oraz litość, którą szczególnie często wyrażają najstarsi oraz renciści”³¹. Według autorów cytowanego opracowania „najbardziej typowymi społecznego wyobrażenia choroby psychicznej są takie zachowania chorych, które są niezrozumiałe, zagrażające lub depresyjne. Najsilniejszy element tego wyobrażenia stanowi niezrozumiałość, odmienność zachowań osób chorych. Zwraca natomiast uwagę stosunkowo słaba tendencja do przypisywania chorym psychicznie

³¹Wciórka Bogna, Wciórka Jacek, *Sondaż opinii publicznej : społeczny obraz chorób psychicznych i osób chorych psychicznie w roku 2005*, [w:] *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2006; 15(4), s.259-260.

agresywności czy napastliwości wobec innych ludzi, cech zachowania tak często kreowanych przez stereotypowy przekaz medialny. W społeczeństwie przeważa też przekonanie, że osoby chore psychicznie mają szansę powrotu do zdrowia (...)”³². Tak więc stosunek do osób chorych psychicznie nie jest kwestią jednego prostego stygmatyzującego modelu postrzegania takich osób przez ogół społeczeństwa, czy też media. Problemem jest także to, że „Język polski ciągle nie wykształcił i nie upowszechnił terminów pozwalających na neutralne i rzeczowe określanie osób chorych psychicznie. Niezmiennie dominują w nim określenia pejoratywne, deprecjonujące, naznaczające, wykorzystujące język do napiętnowania osób, których zachowanie nie jest zrozumiałe”³³. Według autorów cytowanego już opracowania można mówić w przypadku Polski „o silnie piętnującym (stygmatyzującym) znaczeniu chorób psychicznych i tendencji do piętnującego traktowania osób chorych psychicznie”³⁴. Sytuację dodatkowo komplikuje zjawisko samonapiętnowania się osób chorych psychicznie. Jak piszą autorzy opracowania dotyczącego kolejnych badań „Wydaje się, że powtarzające się nawroty i rehospitalizacje odbierają osobom chorującym na schizofrenię nadzieję, powodują silne samonapiętnowanie. Oni sami widzą swoje miejsce na marginesie społecznym. Przewyciężenie tego stereotypu jest najtrudniejszym wyzwaniem dla samych pacjentów, ich rodzin i terapeutów”³⁵.

Celem tego elementu Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego jest oddziaływanie w kierunku:

1. Ustalenia i opracowania pakietu możliwych do realizacji programów polepszających funkcjonowanie różnych grup osób z zaburzeniami psychicznymi w otoczeniu społecznym i instytucjonalnym.
2. Opracowanie, realizacja oraz promocja programów polepszających funkcjonowanie różnych grup osób z zaburzeniami psychicznymi w otoczeniu społecznym i instytucjonalnym.
3. Ustalenia potrzeb w zakresie polepszania funkcjonowania i przeciwdziałania dyskryminacji różnych grup osób z zaburzeniami psychicznymi w otoczeniu społecznym i instytucjonalnym.

³²Wciórka Bogna, Wciórka Jacek, op.cit, s.263.

³³Wciórka Bogna, Wciórka Jacek, op.cit, s.263.

³⁴Wciórka Bogna, Wciórka Jacek, op.cit, s.263.

³⁵Bieleńska Anna, Ciechnicki Andrzej, *Czynniki demograficzno-społeczne i kliniczne a antycypacja i doświadczenie piętna choroby psychicznej* [w:] *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2009; 18(1), s.39.

4. Lepszego zrozumienia specyfiki funkcjonowania różnych grup osób z zaburzeniami psychicznymi w otoczeniu społecznym i instytucjonalnym, w tym problemów dotyczących relacji tych osób z otoczeniem.
5. Inwentaryzacji dostępnych w województwie opolskim i w Polsce programów (narzędzi) służących polepszaniu relacji różnych grup osób z zaburzeniami psychicznymi z otoczeniem społecznym i instytucjonalnym.

W obszarze dotyczącym informacji i edukacji sprzyjającym postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałającym dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi przewiduje się następujące programy (działania):

- 1) programy informacyjno-edukacyjne sprzyjające postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałające dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi;
- 2) program organizacji spotkań roboczych dotyczących :
 - ustalenia pakietu możliwych do realizacji programów polepszających funkcjonowanie grup osób z zaburzeniami psychicznymi w otoczeniu społecznym i instytucjonalnym będący jednocześnie programem organizacji spotkań roboczych dotyczących zakresu, miejsc i form realizacji programów lub przedsięwzięć polepszających funkcjonowanie różnych grup osób z zaburzeniami psychicznymi w otoczeniu społecznym i instytucjonalnym,
 - wyników i realizacji badań epidemiologicznych związanych z obszarem zdrowia psychicznego,
 - zagadnień postrzegania chorych psychicznie w środowisku oraz funkcjonowania chorych psychicznie w otoczeniu społecznym i instytucjonalnym,
- 3) program realizacji przedsięwzięć badawczych i sondażowych, w miarę możliwości podejmowanych we współpracy z wyższymi uczelniami funkcjonującymi w regionie;
- 4) program zbierania informacji dotyczących dostępnych w województwie opolskim i w Polsce programów (narzędzi) służących polepszeniu relacji różnych grup osób z zaburzeniami psychicznymi z otoczeniem społecznym i instytucjonalnym.

7. Zadania w obszarze organizacji systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego w województwie opolskim

- 1) promocja nowatorskich i wzorcowych form pomocy w stanach kryzysu psychicznego oraz pomocy dla osób doświadczających przemocy oraz ofiar katastrof i klęsk żywiołowych;
- 2) propagowanie funkcjonujących form pomocy w stanach kryzysu psychicznego, w tym form samopomocy oraz pomocy dla osób doświadczających przemocy, katastrof i klęsk żywiołowych;
- 3) analiza dostępnych form pomocy w stanach kryzysu psychicznego.

8. Wojewódzki program zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej

8.1. Wprowadzenie

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego zakładał transformację leczenia psychiatrycznego. Miała być to transformacja daleko idąca. Z analizy treści wyżej wskazanego narodowego programu oraz treści zawartych w specjalistycznej literaturze przedmiotu dotyczącej leczenia psychiatrycznego należałoby dojść do wniosku, że transformacja ta ma polegać na czterech zasadniczych elementach.

Pierwszy z nich to redukcja łóżek - być może tylko w dużych szpitalach psychiatrycznych. Możemy też mieć tutaj do czynienia wręcz z zakładaną likwidacją niektórych ze szpitali – czego nie planowano i planuje się w województwie opolskim.

Drugi element transformacji, to tworzenie oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych, zapewne w większości miałyby to dotyczyć szpitali powiatowych i miejskich.

Trzeci element to tworzenie oddziałów dziennych dla pacjentów psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Czwarty – bardzo istotny, wręcz fundamentalny element transformacji polskiego leczenia psychiatrycznego – to tworzenie psychiatrycznej opieki środowiskowej.

Na wszystkie te elementy nakłada się jeszcze tworzenie tzw. Centrów Zdrowia Psychicznego oraz ewentualnie Centrów Terapii Uzależnień, które byłyby obsługującymi jeden lub kilka powiatów podmiotami realizującymi świadczenia ambulatoryjne i dzienne.

Należy założyć, że ewentualna jednoczesna daleko idąca realizacja wszystkich wyżej wskazanych elementów transformacji leczenia psychiatrycznego doprowadziłaby do chaosu w tym leczeniu. Sytuacja podobna miała miejsce na początku lat 60-tych XX wieku w USA oraz po 1978 r. we Włoszech. W USA miało to związek z szybką redukcją łóżek w szpitalach psychiatrycznych, a we Włoszech z zamknięciem szpitali psychiatrycznych³⁶.

W związku z powyższym transformacja leczenia psychiatrycznego powinna być rozłożonym w czasie procesem, który podlegać musi bieżącemu monitorowaniu. Ponadto zakres zmian – a w szczególności ewentualne redukcje łóżek lub ich alokacja - powinien być przemyślany i tak przeprowadzany, by nie ograniczać dostępności do świadczeń żadnej z grup pacjentów.

Zmianą poprzedzającą transformację psychiatrycznego leczenia szpitalnego musi być stworzenie struktur środowiskowej opieki psychiatrycznej zdolnej przejąć opiekę nad częścią pacjentów szpitali³⁷.

W całej transformacji leczenia psychiatrycznego samorządy posiadające szpitale psychiatryczne i odwykowe oraz organizujące leczenie specjalistyczne na swoim terenie znalazły się w trudnej sytuacji ze względu na deficyt będących w ich rękach narzędzi kreujących politykę zdrowotną. Można postawić tezę, że zadania jakie w zakresie transformacji leczenia psychiatrycznego postawił przed samorządami Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego były awykonalne w oparciu o możliwości prawne i środki finansowe tych samorządów. Transformacja leczenia psychiatrycznego, którą zakładał Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego może być realizowana w praktyce przez NFZ i być pochodną zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych w obszarze psychiatrii.

8.2. Zadania Wojewódzkiego programu zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej

- 1) przygotowanie analiz dostępności oraz możliwości zwiększania dostępności do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej na poziomie powiatów;

³⁶ Araszkiewicz Aleksandra, Jaremy Marek, Meder Joanna, *Psychiatryczna opieka środowiskowa w Polsce. Raport*, Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2008, s. 12.

³⁷ Vide Araszkiewicz Aleksandra i inni, s. 19.

- 2) opracowanie propozycji zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej na poziomie powiatów;
- 3) przygotowanie analiz w zakresie zapotrzebowania mieszkańców województwa opolskiego na różne formy środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej na poziomie powiatów.

8.3.Komentarz

Sytuacja w zakresie opieki i leczenia psychiatrycznego jest dynamiczna. Jak wynika z wykazu podmiotów leczniczych wpisanych do rejestru prowadzonego przez Wojewodę Opolskiego powstają – rejestrują się - w województwie nowe podmioty będące „zespołami leczenia środowiskowego (domowego)”, w tym zespoły dla dzieci i młodzieży. Rejestrują się także podmioty lecznicze pod nazwą „opieka domowa, rodzinna”. Sprawą odrębną jest uzyskiwanie przez podmioty kontraktów z OOW NFZ oraz adekwatna do zadań wysokość tych kontraktów, bowiem uzyskanie kontraktu przez podmiot leczniczy oraz wysokość kontraktu są uzależnione od wielu czynników, w tym od planu finansowego OOW NFZ, a także od spełnienia przez podmioty lecznicze wymogów kontraktowania. Tak więc dostępność do środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej na poziomie powiatów wymaga monitoringu i analiz pod względem zaspokojenia potrzeb lokalnych w tym zakresie. Zakłada się, że pod względem dostępności do świadczeń zdrowotnych w obszarze środowiskowej opieki psychiatrycznej będą następować zmiany zróżnicowane w czasie i w przestrzeni - tzn., że sytuacja w poszczególnych powiatach będzie zróżnicowana.

„Badania wskazują na potrzebę poszerzenia opieki środowiskowej, głównie w zakresie oddziaływań w domu pacjenta, współpracy z rodziną oraz współpracy z ośrodkami pomocy społecznej”³⁸. Konieczne jest także przygotowanie i sprawdzenie procedur współpracy lecznictwa psychiatrycznego i instytucji pomocy społecznej³⁹. Należy także przyjąć, że „każde lokalne środowisko musi samo znaleźć swoją własną drogę do lepszej opieki psychiatrycznej”⁴⁰, stąd też zadania realizowane w ramach niniejszego opracowania

³⁸Anczewska Marta, Indulska Anna, Pałycka Maciej, Prot Katarzyna, Raduj Joanna, *Badanie satysfakcji pacjenta w warunkach opieki środowiskowej*, [w:] Postępy Psychiatrii i Neurologii 2005, Nr 14(4), s.303.

³⁹Vide Araszkievicz Aleksandra i inni, s. 17.

⁴⁰Law Ann, Tansella Michele, Thornicroft Grahan, *Budowanie środowiskowej opieki psychiatrycznej – kroki, wyzwania i wnioski*, [w:] Postępy Psychiatrii i Neurologii 2008, Nr 17(4), s.277.

wykonane będą we współpracy z innymi samorządami oraz instytucjami mającymi związek z realizacją Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

9. Uzgadnianie umiejscowienia i obszaru działania sieci centrów zdrowia psychicznego w województwie opolskim

9.1. Zadania dotyczące uzgadniania umiejscowienia i obszaru działania sieci centrów zdrowia psychicznego w województwie opolskim

1. Realizacja konsultacji merytorycznych w sprawie umiejscowienia i obszaru działania Centrów Zdrowia Psychicznego (dalej CZP) oraz Centrów Terapii Uzależnień (dalej CTU).
2. Opracowanie propozycji wojewódzkiego modelu sieci CZP i CTU w uzgodnieniu z powiatami.
3. Opracowywanie wniosków dla funkcjonowania wojewódzkiej sieci CZP i CTU.

9.2. Komentarz

Warunkiem realizacji zapisów niniejszej części RPOZP jest utrzymanie się koncepcji CZP i CTU w nowych dokumentach programowych szczebla krajowego odnoszących się do ochrony zdrowia psychicznego.

Podczas opracowywania modelu sieci CZP oraz CTU powinny być brane pod uwagę założenia powiatowych programów ochrony zdrowia psychicznego oraz zasoby kadrowe i instytucjonalne w obszarze zdrowia psychicznego. Należy wziąć pod uwagę możliwość tworzenia jednego centrum dla więcej niż jednego powiatu.

Ostateczny model sieci funkcjonowania CZP i CTU w województwie opolskim zostanie opracowany po określeniu źródeł finansowania CZP i CTU oraz po przyjęciu ich modelu struktury, funkcjonowania i finansowania.

10. Dostosowywanie szpitali psychiatrycznych do kierunków wyznaczonych dokumenty programowe o zasięgu krajowym

Na potrzeby RPOZP zastosowana została dla tej części programu nazwa „dostosowywanie szpitali psychiatrycznych do kierunków wyznaczonych przez programowe dokumenty o zasięgu krajowym”, która zastąpiła nazwę oryginalną w brzmieniu „Plan stopniowego zmniejszania i przekształcenia dużych szpitali psychiatrycznych w placówki wyspecjalizowane, zapewniające profilowane usługi zdrowotne z jednoczesnym przenoszeniem zadań podstawowej psychiatrycznej opieki stacjonarnej do oddziałów szpitali ogólnych”.

10.1. Wprowadzenie

Realizacja w regionie zmiany lub modyfikacji struktury systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej powinna być warunkowana różnymi czynnikami. Tak więc należy wziąć pod uwagę regionalne zasoby kadrowe tego systemu, jego zasoby finansowe, a przede wszystkim zdolność tego systemu do zaspokajania potrzeb zdrowotnych różnych grup pacjentów. NPOZP wyraźnie wskazywał oczekiwany kierunek zmian – tj. generalnie ujmując, tworzenie psychiatrycznej opieki środowiskowej kosztem zmniejszania udziału dużych szpitali psychiatrycznych w rynku świadczeń zdrowotnych. Zmiany takie określane są w literaturze przedmiotu jako deinstytucjonalizacja opieki psychiatrycznej. Trzeba jednak pamiętać, że „Doświadczenia państw europejskich, w których doszło do deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej, pokazują, że jest to proces trudny, prowadzący czasem do niekorzystnych konsekwencji społecznych. W początkowym okresie zmian, polegających przede wszystkim na zamykaniu szpitali psychiatrycznych lub zmniejszaniu ich liczby, rosła liczba bezdomnych osób chorych psychicznie”⁴¹.

Tak więc nie może to być zmiana dla samej zmiany, dla ścisłości należy raczej mówić o reformie psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Według jednej z fachowych opinii „Podstawowym założeniem reformy jest odejście od modelu lecznictwa opartego głównie o leczenie szpitalne w kierunku modelu leczenia środowiskowego. W założeniu tym mieści się postulat deinstytucjonalizacji i dehospitalizacji oraz odejścia od izolacjonizmu. Wiąże się

⁴¹Pawłowska Małgorzata, Prot-Klinger Katarzyna, *Jak mierzyć skuteczność leczenia środowiskowego?*, [w:] *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2008, Nr 17(3), s.230.

z tym postulat likwidacji dużych szpitali psychiatrycznych na rzecz szpitali małych, liczących do 300 łóżek, zlokalizowanych możliwie blisko miejsca zamieszkania chorego. Najbardziej zalecane jest tworzenie oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych. Podstawowym miejscem leczenia i opieki psychiatrycznej w myśl reformy powinny być różnorodne placówki pozaszpitalne – poradnie, oddziały dzienne, zespoły leczenia środowiskowego (domowego), hotele (mieszkania terapeutyczne). Chorym przewlekle powinno się zapewnić chronione formy zamieszkania, rehabilitację i chronione zatrudnienie w lokalnym środowisku⁴². W aktualnych realiach finansowych i prawnych wątpliwym jednak jest, by rozwiązaniem racjonalnym z menadżerskiego punktu widzenia mogły być decyzje o tworzeniu nowych oddziałów psychiatrycznych w szpitalach powiatowych.

Postulowana reforma w obszarze psychiatrii, w tym uzależnień, ma bardzo szeroki zasięg, jednak w praktyce rozpoczęcie i kontynuacja zależy od Narodowego Funduszu Zdrowia, który jest głównym płatnikiem za realizację świadczeń zdrowotnych. Należy zaznaczyć, że wszelkie zmiany w regionalnym systemie lecznictwa psychiatrycznego muszą być przeprowadzane z dużą rozważą i winny być poprzedzane wszechstronnymi analizami oraz dyskusją z udziałem przedstawicieli zainteresowanych środowisk i instytucji. Zakłada się, że nadal utrzymana zostanie odrębność lecznictwa odwykowego/uzależnień w ramach psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

O tym jak poważne i złożone jest zagadnienie zapewnienia wszechstronnej i nowoczesnej opieki psychiatrycznej świadczy poniższy fragment z literatury fachowej. „Diagnozowanie, leczenie i rehabilitacja oraz społeczne wsparcie dla osób z zaburzeniami psychicznymi w lokalnym środowisku (zapobieganie społecznej marginalizacji) wymaga utworzenia sieci placówek i służb środowiskowych, zapewniających wszystkim chorym zamieszkałym na danym terenie świadczenia odpowiedniej jakości. Konieczna jest ciągłość i koordynacja opieki medycznej, pomocy psychologicznej i społecznej, z możliwością płynnego przechodzenia pacjentów pomiędzy placówkami różnego rodzaju – w zależności od stanu psychicznego i indywidualnych potrzeb każdego z nich. W systemie powinien być także zapewniony dostęp do świadczeń medycznych wysoko specjalistycznych. Ponadto osobom przewlekle chorującym i niepełnosprawnym system powinien zapewnić oparcie społeczne, pomoc mieszkaniową, pracę lub alternatywne zajęcie i pomoc w optymalnym funkcjonowaniu w naturalnym środowisku społecznym. (...) Tak szeroko ujmowany program

⁴²Załużka Maria, *Środowiskowy model leczenia psychiatrycznego a zmiany w strukturze lecznictwa w ostatnich latach w Polsce*, [w:] *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2006, Nr 15(4), s.278.

opieki środowiskowej nad zdrowiem psychicznym wykracza daleko poza obszar działania służby zdrowia i leczenia psychiatrycznego. Wymaga zaangażowania władz samorządowych oraz współdziałania pomocy społecznej, oświaty, związków wyznaniowych, organizacji pozarządowych, pracodawców i innych podmiotów⁴³. Reasumując reforma systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej powinna być procesem, którego dynamikę wyznaczy aktywność NFZ, zdolność tego systemu do absorpcji zmian oraz zdolność wszystkich instytucji zaangażowanych w ten proces do konstruktywnego uczenia się i innowacyjności.

10.2. Zadania w obszarze dostosowywania szpitali psychiatrycznych do kierunków wyznaczonych przez dokumenty programowe o zasięgu krajowym

1. Przeprowadzanie analiz dostępności do psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla mieszkańców województwa.
2. Przeprowadzanie analiz realizacji świadczeń zdrowotnych w psychiatrycznej opiece zdrowotnej.
3. Opracowywanie wniosków dla funkcjonowania w województwie psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Zadania w wyżej zaprezentowanym brzmieniu mogą i powinny być realizowane niezależnie od zapisów zawartych w przyszłych dokumentach programowych o zasięgu krajowym stanowią bowiem obiektywną podstawę źródłową oraz koncepcyjną do funkcjonowania w przyszłości w regionie psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

⁴³Bronowski Paweł, Prot Katarzyna, Załuska Maria, *Psychiatria środowiskowa jako środowiskowa opieka nad zdrowiem psychicznym*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2007, s.17.

11. Wojewódzki program poszerzenia, zróżnicowania i unowocześnienia pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej

11.1. Wprowadzenie

Skuteczne działania w zakresie poprawy sytuacji życiowej osób z zaburzeniami psychicznymi wymagają zaangażowania w równym stopniu instytucji systemu ochrony zdrowia (leczenie i rehabilitacja zdrowotna) oraz innych instytucji życia społeczno-publicznego, prywatnego i sektora pozarządowego. Upowszechnienie różnych form wsparcia i pomocy oferowanych przez zawodowe służby społeczne, organizacje pozarządowe i wolontariuszy jest szczególnie istotne dla osób opuszczających szpitale psychiatryczne lub pozostających pod opieką poradni zdrowia psychicznego w miejscu swojego zamieszkania. Badania wskazują, że najbliższa rodzina i otoczenie chorych psychicznie często nie są w stanie zapewnić takim osobom odpowiedniej i wymaganej pomocy⁴⁴. Stąd ważnym elementem ochrony zdrowia psychicznego są instytucje działające w obszarze pomocy i integracji społecznej samorządów: gminnego, powiatowego i wojewódzkiego, oraz organizacje pozarządowe.

Celem programu jest usprawnienie systemu wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi poprzez zwiększenie zakresu różnorodnych form opieki i pomocy, umożliwiając tym osobom pozostanie w swoim środowisku zamieszkania, w warunkach zapewniających coraz lepszą jakość życia oraz przyjazne i tolerancyjne otoczenie społeczne.

11.2. System wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w województwie opolskim

Wsparcie osób z zaburzeniami psychicznymi obejmuje różnorodne formy pomocy i opieki realizowane przez samorząd gminny i powiatowy oraz organizacje pozarządowe.

Podstawą funkcjonowania systemu wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi jest ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, która wyróżnia następujące formy pomocy⁴⁵:

⁴⁴Zob. *Psychiatryczna opieka środowiskowa w Polsce. Raport*, pod red. J. Meder i M. Jaremy, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Warszawa 2008 http://www.prawapacjenta.eu/var/media/File/raport_psych_op_srod.pdf (24.11.2015 r.).

⁴⁵Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2015 r., poz. 163).

1) *pomoc stacjonarną:*

- domy pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych,
- domy pomocy społecznej dla dorosłych oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie;

2) *pomoc półstacjonarną:*

- środowiskowe domy samopomocy,
- mieszkania chronione;

3) *pomoc środowiskową:*

- specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania,
- pomoc świadczoną w ośrodkach pomocy społecznej,
- pomoc realizowaną przez powiatowe centra pomocy rodzinie,
- wsparcie organizacji pozarządowych.

Tabela 3. Formy wsparcia i opieki dla osób z zaburzeniami psychicznymi w Polsce i w województwie opolskim w latach 2012-2013

DPS-y dla przewlekle psychicznie chorych	Domy pomocy społecznej w Polsce i woj. opolskim w latach 2012-2013						pozycja woj. opolskiego w 2013 r.
	2012		2013		wzrost/spadek w 2013 r. 2012 r.=100%		
	Polska 2012	woj. opolskie 2012	Polska 2013	woj. opolskie 2013	Polska	woj. opolskie	
liczba domów	168	3	173	3	103,0	100,0	
liczba miejsc	21 134	768	21 369	839	101,1	109,2	
liczba mieszkańców	21 058	767	21 229	839	100,8	109,4	
<i>wskaźnik liczby miejsc na 100 tys. ludności</i>	54,8	76,0	55,5	83,5	+0,7 pkt.	+7,5 pkt.	3
liczba osób umieszczonych	1 816	67	1 746	56	96,1	83,6	
liczba osób oczekujących na umieszczenie	2 227	75	2 052	65	92,1	86,7	
<i>wskaźnik liczby oczekujących do liczby miejsc</i>	10,5	9,8	9,6	7,7	−0,9 pkt. proc.	−2,1 pkt. proc.	

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych statystycznych Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej

Spośród 16 województw w kraju, województwo opolskie zajmuje wysokie pozycje w zakresie:

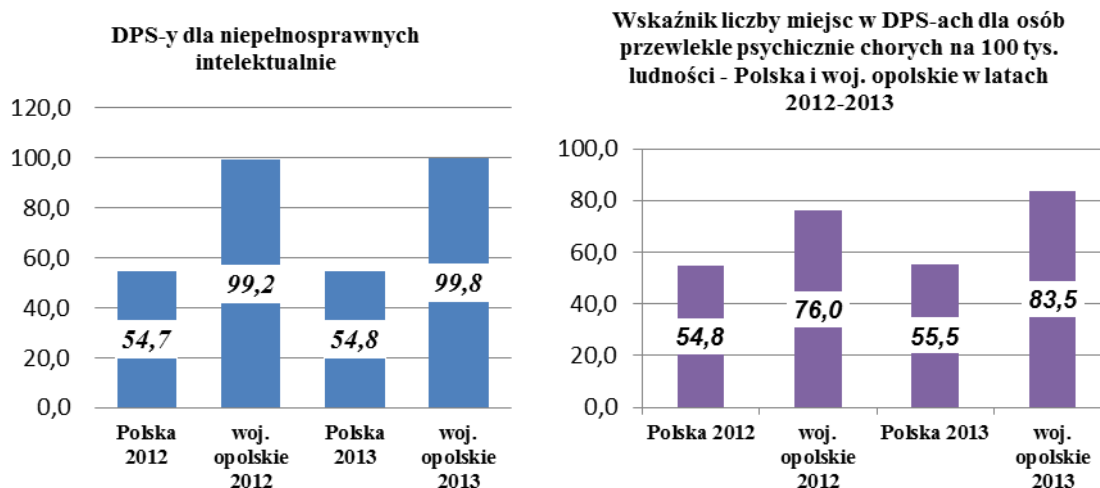
- liczby miejsc w domach dla osób przewlekle psychicznie chorych (prawie 84 miejsca na 100 tys. ludności – 3. pozycja w kraju),
- liczby miejsc w domach dla osób niepełnosprawnych intelektualnie (prawie 100 miejsc – 1. pozycja),
- liczby miejsc w domach dla dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie – również 1. pozycja w kraju (52 miejsca na 100 tys. ludności).

Tabela 4. Domy pomocy społecznej dla osób niepełnosprawnych intelektualnie – Polska i województwo opolskie w latach 2012-2013

DPS-y dla niepełnosprawnych intelektualnie	Domy pomocy społecznej w Polsce i woj. opolskim w latach 2012-2013						
	2012		2013		wzrost/spadek w 2013 r. 2012 r.=100%		pozycja woj. opolskiego wśród 16 województw w 2013 r.
	Polska	woj. opolskie	Polska	woj. opolskie	Polska	woj. opolskie	
liczba domów	235	11	237	11	100,9	100,0	
liczba miejsc	21 066	1 002	21 101	1 002	100,2	100,0	
liczba mieszkańców	20 984	1 001	21 055	986	100,3	98,5	
wskaźnik liczby miejsc na 100 tys. ludności	54,7	99,2	54,8	99,8	+0,1 pkt.	+0,6 pkt.	1
w tym: w domach dla dzieci i młodzieży oraz dorosłych	24,4	61,5	22,3	52,0	-2,1 pkt.	-9,5 pkt.	1
liczba osób umieszczonych	891	26	1 001	31	112,3	119,2	
liczba osób oczekujących na umieszczenie	558	15	553	17	99,1	113,3	
wskaźnik liczby oczekujących do liczby miejsc	2,6	1,5	2,6	1,7	bez zmian	+0,2 pkt .proc.	

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych statystycznych Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej

Wykres 20. Wskaźnik liczby miejsc w DPS-ach dla przewlekle psychicznie chorych i niepełnosprawnych intelektualnie w Polsce i woj. opolskim w latach 2012 - 2013



Źródło: obliczenia własne na podstawie sprawozdania rządowego MPiPS-05 Wybrane informacje o ponadgminnych oraz gminnych domach pomocy społecznej, środowiskowych domach samopomocy, mieszkaniach chronionych i placówkach całodobowej opieki prowadzonych w ramach działalności gospodarczej i statutowej w Polsce i woj. opolskim latach 2012-2013

W latach 2012-2013:

- liczba miejsc w domach pomocy społecznej dla przewlekle psychicznie chorych wzrosła w Polsce o 1,1%, a w województwie opolskim o 9,2%,
- prawie nie zmieniła się liczba miejsc w DPS-ach dla osób niepełnosprawnych intelektualnie – w kraju i woj. opolskim,
- w DPS-ach dla przewlekle psychicznie chorych w woj. opolskim spadła zarówno liczba osób umieszczonych jak również liczba osób oczekujących na umieszczenie – z 75 w 2012 r. do 65 w 2013 r.,

- w domach dla osób niepełnosprawnych intelektualnie zaobserwowano odwrotną tendencję – wzrost liczby osób umieszczonych (z 26 do 31) oraz oczekujących na umieszczenie (z 15 do 17).

W przeciwieństwie do form stacjonarnych - w zakresie dostępności środowiskowych form wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w woj. opolskim występuje:

- niski wskaźnik liczby miejsc w środowiskowych domach samopomocy (61,9 miejsca na 100 tys. ludności, przy średniej w kraju wynoszącej 65,4 – co plasuje województwo opolskie na 11 miejscu w kraju),
- zbyt mała liczba mieszkań chronionych dla osób z zaburzeniami psychicznymi (1,4 miejsca na 100 tys. ludności – mimo to jest to 4 pozycja wśród 16 województw w kraju),
- niski wskaźnik liczby osób objętych specjalistycznymi usługami opiekuńczymi realizowanymi w oparciu o ustawę o pomocy społecznej – 30 osób na 100 tys. ludności, co plasuje województwo opolskie na 9. pozycji w kraju.

Tabela 5. Środowiskowe domy samopomocy w Polsce i woj. opolskim w latach 2012-2013

Wyszczególnienie	Środowiskowe domy samopomocy w Polsce i woj. opolskim w latach 2012-2013						
	2012		2013		wzrost/spadek w 2013 r. 2012 r.=100%		pozycja woj. opolskiego w 2013 r.
	Polska 2012	woj. opolskie 2012	Polska 2013	woj. opolskie 2013	Polska	woj. opolskie	
liczba domów	708	11	728	12	102,8	109,1	
liczba miejsc	23 853	532	25 184	622	105,6	116,9	
liczba korzystających	23 985	583	25 393	640	105,9	109,8	
wskaźnik liczby miejsc na 10 tys. ludności	61,9	52,7	65,4	61,9	+3,5 pkt.	+9,2 pkt.	11
liczba osób umieszczonych	4 636	51	4 823	139	104,0	272,5	
liczba osób oczekujących na umieszczenie	1 389	52	1 696	39	122,1	75,0	
wskaźnik liczby oczekujących do liczby miejsc	5,8	9,8	6,7	6,3	+0,9 pkt. proc.	-3,5 pkt. proc.	

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych statystycznych Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej

Tabela 6. Mieszkania chronione dla osób z zaburzeniami psychicznymi w Polsce i województwie opolskim w latach 2012-2013

Wyszczególnienie	Mieszkania chronione						pozycja wśród 16 województw kraju w 2013 r.
	2012		2013		wzrost/spadek w 2013 r. 2012 r.=100%		
	Polska	woj. opolskie	Polska	woj. opolskie	Polska	woj. opolskie	
liczba mieszkań	87	12	94	12	108,0	100,0	
liczba miejsc	393	12	414	14	105,3	116,7	
liczba korzystających	416	7	451	11	108,4	157,1	
wskaźnik liczby miejsc na 100 tys. ludności	1,0	1,2	1,1	1,4	+0,1 pkt	+0,2 pkt	4

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych statystycznych Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej

Tabela 7. Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi w Polsce i województwie opolskim w latach 2012-2013

Wyszczególnienie	Specjalistyczne usługi opiekuńcze						pozycja wśród 16 województw kraju w 2013 r.
	2012		2013		wzrost/spadek w 2013 r. 2012 r.=100%		
	Polska	woj. opolskie	Polska	woj. opolskie	Polska	woj. opolskie	
liczba osób objętych usługami	11 150	309	11 612	306	104,1	99,0	
przeciętna liczba godzin usług dziennie	1,2	1	1,2	1	100,0	100,0	
<i>wskaźnik liczby osób objętych usługami na 100 tys. ludności</i>	28,9	30,6	30,2	30,5	+1,3 pkt	-0,1 pkt	9

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych statystycznych Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej

W latach 2012-2013 w województwie opolskim:

- wzrosła liczba miejsc w mieszkaniach chronionych przeznaczonych dla osób z zaburzeniami psychicznymi – z 12 do 14,
- spadła liczba osób objętych specjalistycznymi usługami opiekuńczymi – z 309 do 306.

W tym samym okresie w Polsce zanotowano w tym zakresie:

- wzrost liczby miejsc w mieszkaniach chronionych o 21 (o 5,3%),
- wzrost liczby osób objętych specjalistycznymi usługami opiekuńczymi o 462 osoby (o 4,1%).

Na koniec grudnia 2014 r. w województwie opolskim funkcjonowało:

- 11 domów dla dzieci i młodzieży oraz dorosłych osób niepełnosprawnych intelektualnie na 1 002 miejsca (732 dla dorosłych i 270 dla dzieci i młodzieży) - ogólna liczba tych miejsc nie zmienia się od kilku lat, natomiast systematycznie maleje liczba miejsc dla dzieci i młodzieży (z 320 w 2011 r. do 270 w 2014 r.), a wzrasta liczba miejsc dla dorosłych (z 682 w 2011 r. do 732 w 2014 r.),
- 3 domy dla przewlekle psychicznie chorych z 839 miejscami – w latach 2011-2014 liczba tych miejsc wzrosła o 79 (o 10%),
- 12 środowiskowych domów samopomocy z 637 miejscami – w latach 2011-2014 nastąpił wzrost liczby miejsc z 524 do 637, tj. o prawie 22%.

Ponadto – w 2014 r., 295 osób z zaburzeniami psychicznymi korzystało ze specjalistycznych usług opiekuńczych, tj. o 11 osób mniej niż w roku 2013 i 14 mniej niż w 2012 r.

Tabela 8. Formy wsparcia i opieki dla osób z zaburzeniami psychicznymi w powiatach województwa opolskiego w 2014 r.

Powiaty	Liczba ludności wg stanu na koniec 2010 r.	DPS dla psych chorych		Wskaźnik na 10 tys. mieszkańców	DPS dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie		Wskaźnik na 10 tys. mieszkańców	Dla dzieci i młodzieży oraz dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie		Wskaźnik na 10 tys. mieszkańców	Środowiskowe domy samopomocy		Wskaźnik na 10 tys. mieszkańców.	Specjalistyczne usługi opiekuńcze	Wskaźnik na 10 tys. mieszkańców.
		Liczba domów	Liczba miejsc		Liczba domów	Liczba miejsc		Liczba domów	Liczba miejsc		Liczba domów	Liczba miejsc			
Razem	1 000 858	3	839	8,4	5	479	4,8	6	523	5,2	12	637	6,4	295	2,9
z tego:															
Brzeg	91 543	0	0	0,0	1	95	10,4	0	0	0,0	0	0	0,0	39	4,3
Głubczyce	47 262	1	714	151,1	0	0	0,0	1	50	10,6	1	60	12,7	9	1,9
Kędzierzyn-koźle	96 715	0	0	0,0	1	70	7,2	1	53	5,5	1	45	4,7	41	4,2
Kluczbork	66 977	0	0	0,0	1	70	10,5	0	0	0,0	1	65	9,7	6	0,9
Krapkowice	64 850	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	1	45	6,9	15	2,3
Namysłów	42 809	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	1	40	9,3	10	2,3
Nysa	139 967	1	63	4,5	0	0	0,0	1	80	5,7	1	55	3,9	61	4,4
Olesno	65 547	0	0	0,0	1	70	10,7	0	0	0,0	2	92	14,0	21	3,2
Opole miasto	119 574	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	2	115	9,6	28	2,3
Opolski	133 203	0	0	0,0	1	174	13,1	1	120	9,0	0	0	0,0	2	0,2
Prudnik	56 608	1	62	11,0	0	0	0,0	0	0	0,0	1	60	10,6	51	9,0
Strzelce Op.	75 803	0	0	0,0	0	0	0,0	2	220	29,0	1	60	7,9	12	1,6

Źródło: obliczenia własne Obserwatorium Polityki Społecznej ROPS w Opolu

Zakres wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi na terenie województwa opolskiego jest bardzo zróżnicowany – największy zakres wsparcia (osób korzystających z różnych form pomocy) występuje w powiatach: głubczyckim, strzeleckim i prudnickim, a najmniejszy w powiatach: namysłowskim, brzeskim i Opolu Mieście.

Najwięcej miejsc w domach pomocy społecznej w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców występuje w powiecie głubczyckim (151 miejsc dla przewlekle psychicznie chorych oraz prawie 11 miejsc w domach dla dorosłych oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie). W powiecie głubczyckim występuje również wysoki wskaźnik liczby miejsc w środowiskowych domach samopomocy (12,7).

Wysoki wskaźnik liczby miejsc w placówkach stacjonarnych występuje także w powiatach:

- strzeleckim (ponad 29 miejsc w domach dla osób niepełnosprawnych intelektualnie oraz 7,9 miejsca w ŚDS),
- opolskim ziemskim (ponad 13 miejsc w domach dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie oraz 9 miejsc w domach dla dorosłych oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie),

- prudnickim (ponad 11 miejsc w domu dla przewlekle psychicznie chorych, prawie 11 miejsc w środowiskowym domu samopomocy oraz najwyższy wskaźnik w województwie liczby osób objętych specjalistycznymi usługami opiekuńczymi - 9,0 na 10 tys. mieszkańców).

11.3.Pomoc stacjonarna – Domy Pomocy Społecznej

Domy Pomocy Społecznej to jednostki organizacyjne pomocy społecznej, których zadaniem jest udzielanie wsparcia w formie całodobowej opieki osobom niepełnosprawnym, starszym, chorym, nie mogącym pozostać w swoim miejscu zamieszkania, którym nie można zapewnić pomocy w formie usług opiekuńczych. Zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej Domy mogą być przeznaczone dla różnego typu osób, mogą również – w ramach jednej placówki, sprawować opiekę nad dwoma typami mieszkańców⁴⁶. Dla osób z zaburzeniami psychicznymi przewidziano dwa typy placówek stacjonarnych:

- DPS dla przewlekle psychicznie chorych
- DPS dla niepełnosprawnych intelektualnie (dzieci i młodzieży/i/lub osób dorosłych).

Domy zobowiązane są świadczyć swoim mieszkańcom usługi (bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne) na poziomie standardu, określonego rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej⁴⁷.

11.3.1.Domy Pomocy Społecznej dla przewlekle psychicznie chorych

Obecnie w województwie opolskim funkcjonują 3 Domy Pomocy Społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych, które mają łącznie 839 miejsc. Są to:

- 1) DPS w Klisinie (714 miejsca), w tym w Klisinie (138 miejsc) oraz w 6 filiach:
 - Dzbańce (190 miejsc),
 - Bliszczyce (81),
 - Branice (83),
 - Boboluszki (76),
 - Radynia (75),
 - Kietrz (71),

⁴⁶Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jednolity Dz. U. z 2015 r., poz.163)

⁴⁷Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z 2012 r., poz. 964)

- 2) DPS w Nysie na 63 miejsca;
- 3) DPS – Ośrodek Rehabilitacji i Opieki Psychiatrycznej w Raclawicach Śląskich (powiat prudnicki, gmina Głogówek) na 62 miejsca.

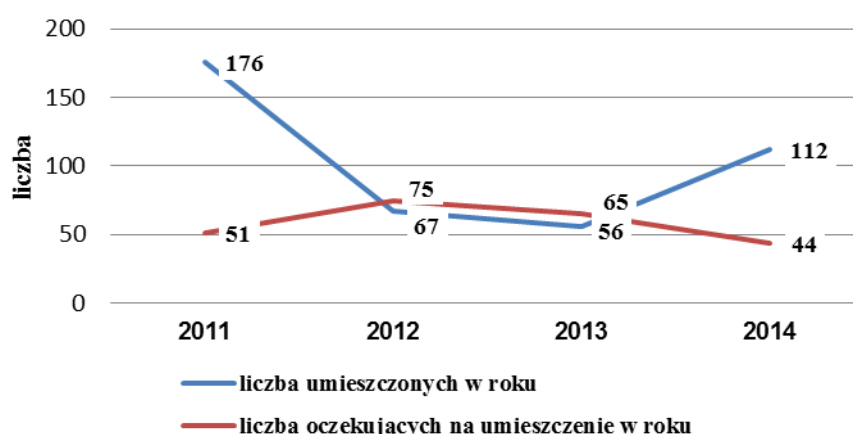
Wszystkie placówki posiadają bezterminowe zezwolenie Wojewody Opolskiego na prowadzenie Domu Pomocy Społecznej tego typu, co oznacza, że osiągnęły wymagany standard podstawowych usług bytowych, opiekuńczych i wspomagających.

W latach 2011 -2014 liczba miejsc w tych placówkach wzrosła o 79 (o 10%).

W 2014 r. w domach dla przewlekle psychicznie chorych w województwie opolskim umieszczono 112 osób (prawie dwukrotnie więcej niż w 2013 r.), a na umieszczenie oczekiwały 44 osoby, w tym: 35 osób w DPS w Klisinie, 7 osób w Nysie oraz 2 osoby w Raclawicach Śląskich⁴⁸.

Wzrost liczby miejsc w domach pomocy społecznej dla przewlekle psychicznie chorych w latach 2011-2014 ograniczył kolejkę osób oczekujących na umieszczenie – z 67 osób w 2012 r. do 44 w 2014 r. Jednak liczba osób, które umieszczono w 2014 r. ponownie wzrosła (prawie dwukrotnie w porównaniu do 2013 r.), co potwierdza tezę o wysokim zapotrzebowaniu na tę formę wsparcia osób wykazujących zaburzenia psychiczne. Według informacji Opolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Opolu, w październiku 2015 r. kolejka osób oczekujących na umieszczenie w DPS-ach dla przewlekle psychicznie chorych wzrosła do 59 osób, w tym 52 chorych czekają na miejsce w DPS w Klisinie⁴⁹.

Wykres 21. Liczba osób umieszczonych i oczekujących na umieszczenie w domach dla przewlekle psychicznie chorych w woj. opolskim w latach 2011-2014



Źródło: obliczenia własne podstawie Sprawozdań MPiPS-05 – o placówkach zapewniających całodobową opiekę i wsparcie w woj. opolskim w latach 2011-2014

⁴⁸Sprawozdanie MPiPS-05. Sprawozdanie o placówkach zapewniających całodobową opiekę i wsparcie w woj. opolskim za rok 2014.

⁴⁹Dane przekazane do ROPS w Opolu przez Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej Opolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Opolu w dniu 18.11.2015 r.

11.3.2. Domy Pomocy Społecznej dla dzieci i młodzieży oraz dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie

Na terenie województwa opolskiego jest obecnie 11 Domów Pomocy Społecznej przeznaczonych dla osób niepełnosprawnych intelektualnie na ogółem 1 002 miejsca, w tym:

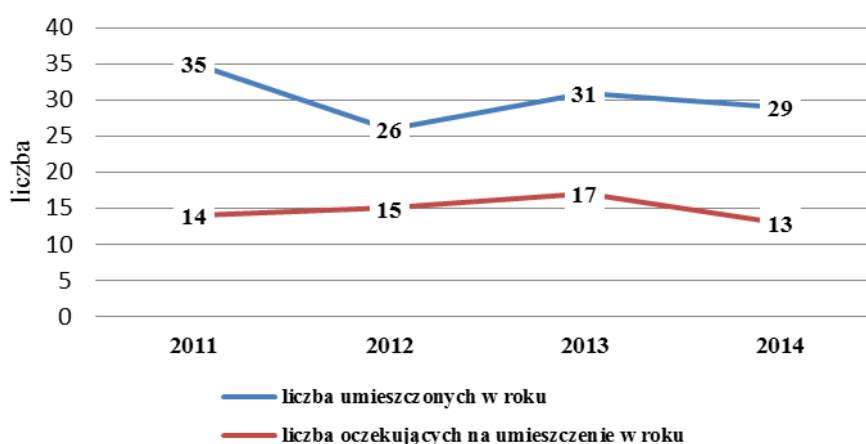
- 5 domów dla osób dorosłych na 479 miejsc,
- 6 domów o typie mieszanym – dla dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie na 523 miejsca.

We wszystkich domach dla niepełnosprawnych intelektualnie łączna liczba miejsc dla osób dorosłych wynosi 732, a dla dzieci i młodzieży – 270. W latach 2011-2014 systematycznie przekształcano domy przeznaczone wyłącznie dla dzieci i młodzieży w placówki o typie mieszanym – dla dzieci i młodzieży oraz dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, ponieważ wzrastało zapotrzebowanie na miejsca dla osób dorosłych, a spadało dla dzieci i młodzieży.

W 2014 r. umieszczono w tych placówkach łącznie 29 osób (24 osoby dorosłe i 5 dzieci), a oczekiwało na miejsce 13 osób (7 dorosłych i 6 dzieci).

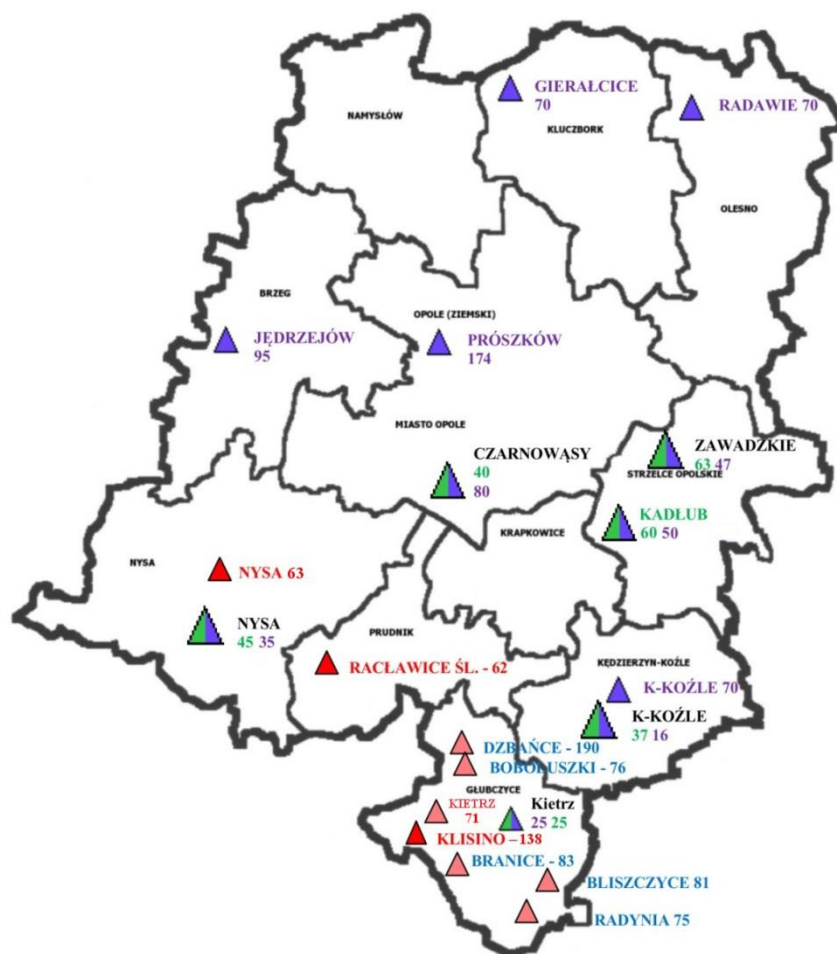
Liczba osób umieszczonych była największa w 2011 r. (35 osób) i spadła do 29 w 2014 r., a kolejka oczekujących wahała się od największej (17 osób) w 2013 r. do najmniejszej (13 osób) w 2014 r. Na miejsce w domach dla niepełnosprawnych intelektualnie oczekują obecnie bardziej osoby dorosłe niż dzieci i młodzież.

Wykres 22. Liczba osób umieszczonych i oczekujących na umieszczenie w domach dla niepełnosprawnych intelektualnie w woj. opolskim w latach 2011-2014



Źródło: obliczenia własne podstawie Sprawozdań MPiPS-05 o placówkach zapewniających całodobową opiekę i wsparcie w woj. opolskim w latach 2011-2014.

Mapa 1. Liczba miejsc w Domach Pomocy Społecznej dla przewlekle psychicznie chorych oraz niepełnosprawnych intelektualnie w województwie opolskim wg stanu na 31.12.2014 r.



Razem 14 Domów Pomocy Społecznej (1 841 miejsc)

- ▲ DPS dla przewlekle psychicznie chorych (839 miejsc)
- ▲ Filie DPS w Klisinie dla przewlekle psychicznie chorych
- ▲ DPS dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie (479 miejsc)
- ▲ DPS dla dzieci i młodzieży oraz dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie (523 miejsc)

Źródło: Ocena zasobów pomocy społecznej województwa opolskiego w 2014 r. ROPS w Opolu, Opole maj 2015, s. 54 <http://ois.rops-opole.pl/download/ozps%20woj.opol%20w%202014.pdf> (12.11.2015 r.)

11.4. Pomoc półstacjonarna

11.4.1. Środowiskowe Domy Samopomocy

Środowiskowy dom samopomocy jest ośrodkiem wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, które w wyniku upośledzenia niektórych funkcji organizmu lub zdolności adaptacyjnych wymagają pomocy w funkcjonowaniu w środowisku rodzinnym i społecznym, w szczególności w celu zwiększenia zaradności i samodzielności życiowej, a także ich

integracji społecznej. Celem funkcjonowania środowiskowych domów samopomocy jest zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi psychiatrycznej opieki zdrowotnej połączonej z rehabilitacją społeczną.

Psychiatryczna opieka zdrowotna obejmuje głównie konsultacje i okresową ocenę stanu psychicznego osoby niepełnosprawnej oraz psychoterapię i terapię farmakologiczną. Natomiast rehabilitacja społeczna obejmuje przede wszystkim podtrzymanie i rozwijanie u osób z zaburzeniami psychicznymi umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, terapię zajęciową, przygotowanie osób do podjęcia pracy oraz pomoc w uzyskaniu odpowiedniego zatrudnienia. Domy, w zależności od kategorii osób, dla których są przeznaczone, dzielą się na następujące typy:

- typ A - dla osób przewlekłe psychicznie chorych,
- typ B - dla osób upośledzonych umysłowo,
- typ C - dla osób wykazujących inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych.

Na koniec grudnia 2014 r. w województwie opolskim było 12 środowiskowych domów samopomocy, w tym 9 prowadzonych przez gminę (Głubczyce – ŚDS w Nowych Gołuszowicach, Strzelce Opolskie, Prudnik, Krapkowice, Namysłów, Opole, Kluczbork, Kędzierzyn-Koźle, Praszka – ŚDS w Ganie), 1 przez powiat – oleski (Sowczyce) oraz 2 domy prowadzone przez podmioty niepubliczne na zlecenie gminy w Nysie i w Opolu.

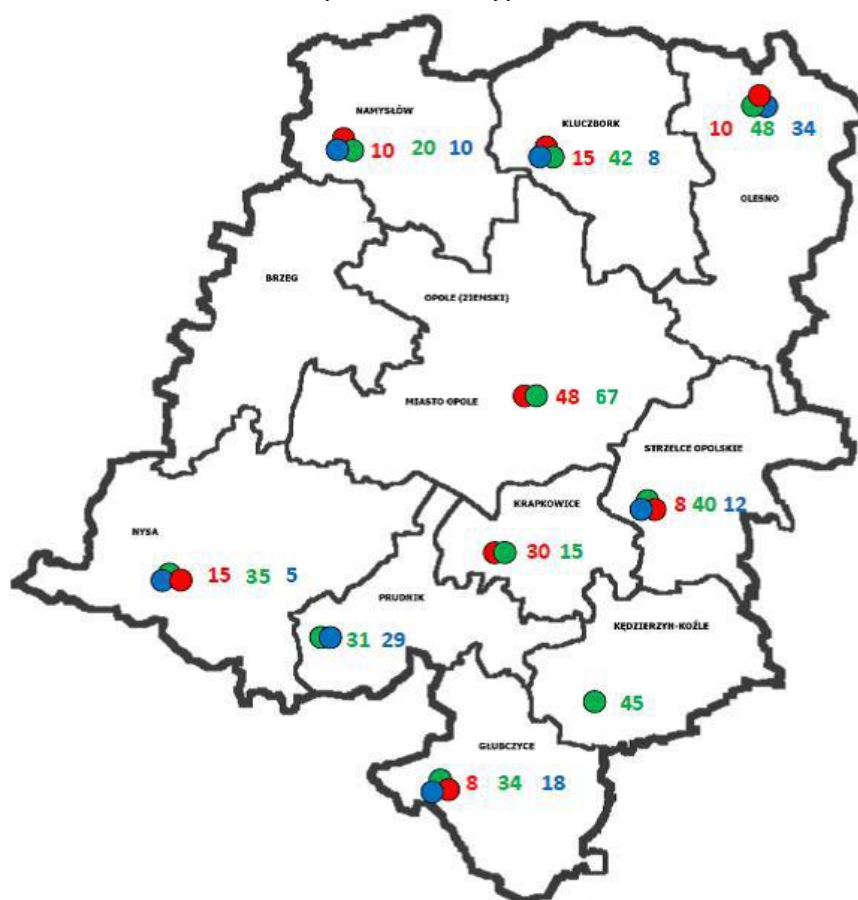
Łączna liczba miejsc w ŚDS-ach w województwie opolskim wynosiła 637, w tym:

- 144 miejsca - dla osób przewlekłe psychicznie chorych,
- 377 miejsc - dla osób upośledzonych umysłowo,
- 116 miejsc - dla osób wykazujących inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych.

Sposób funkcjonowania środowiskowych domów samopomocy, tryb kierowania i przyjmowania do domów, kwalifikacje osób świadczących usługi, standardy usług świadczonych przez domy, termin dostosowania domów do wymaganych standardów, określa rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9.12.2010 r.⁵⁰

⁵⁰Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (Dz.U. Nr 238, poz.1586 ze zm.).

Mapa 2. Liczba miejsc w Środowiskowych Domach Samopomocy województwa opolskiego według stanu w dniu 31.12.2014 r. w podziale na typ ŚDS



Typy środowiskowych domów samopomocy w woj. opolskim:

Typu A – dla przewlekłe psychicznie chorych (144 miejsca)

Typu B – dla upośledzonych umysłowo (377 miejsca)

Typu C – dla osób wykazujących inne zaburzenia czynności psychicznych (116 miejsc)

Łączna liczba miejsc w ŚDS-ach – 637

Źródło: Ocena zasobów pomocy społecznej w województwa. opolskim w 2014 r., ROPS w Opolu, Opole maj 2015, s. 60 <http://ois.rops-opole.pl/download/ozps%20woj.opol%20w%202014.pdf> (12.11.2015 r.)

11.4.2. Mieszkania chronione

Mieszkania chronione to forma pomocy, która może być udzielana różnym grupom osób, w tym osobom z zaburzeniami psychicznymi. Mają ułatwić osobom z zaburzeniami psychicznymi przygotowanie się do samodzielnego funkcjonowania. Proces ten przebiega pod opieką specjalistów i dotyczy tych chorych, którzy nie wymagają systematycznej pomocy w formie usług opiekuńczych lub opieki całodobowej w placówkach stacjonarnych. Mieszkania chronione zapewniają warunki do samodzielnego życia w środowisku, w integracji ze społecznością lokalną⁵¹.

⁵¹Art. 53 ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej

Tabela 9. Mieszkania chronione w Polsce i województwie opolskim w latach 2012-2013

Wyszczególnienie	Mieszkania chronione					
	2012		2013		wzrost/spadek w 2013 r. 2012 r.=100%	
	Polska	woj. opolskie	Polska	woj. opolskie	Polska	woj. opolskie
liczba mieszkań	87	12	94	12	108,0	100,0
liczba miejsc	393	12	414	14	105,3	116,7
liczba korzystających	416	7	451	11	108,4	157,1
wskaźnik liczby miejsc na 100 tys. ludności	1,0	1,2	1,1	1,4	+0,1 pkt	+0,2 pkt

Źródło: Sprawozdanie MPiPS-03 z udzielonych świadczeń pomocy społecznej, pieniężnych, w naturze i usługach za lata 2012 i 2013

Wprawdzie liczba miejsc w mieszkaniach chronionych systematycznie wzrasta (w kraju i województwie opolskim), jednak wskaźnik liczby miejsc w stosunku do liczby mieszkańców jest nadal znikomy (w 2013 r. wynosił w woj. opolskim 1,4 na 100 tys. ludności).

Według *Oceny zasobów pomocy społecznej woj. opolskiego w 2014 r.* liczba miejsc w mieszkaniach chronionych wynosiła ogółem 99, w tym było 14 miejsc dla osób z zaburzeniami psychicznymi (9 w Kędzierzynie-Koźlu, 3 w Byczynie, 2 w Strzelcach Opolskich).

11.5. Pomoc środowiskowa

11.5.1. Specjalistyczne usługi opiekuńcze

Specjalistyczne usługi opiekuńcze to forma pomocy społecznej przysługująca osobom, które z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymagają pomocy innych osób, a rodzina nie jest w stanie takiej pomocy zapewnić. Specjalistyczne usługi opiekuńcze są dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone są przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym. Specjalistyczne usługi opiekuńcze wykonywane są przez różne podmioty publiczne i niepubliczne na podstawie art. 50 ust. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej oraz rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych⁵².

⁵²Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz.U. z 2005 r. nr 189, poz. 1598 ze zm.).

Usługi te obejmują w szczególności:

- uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia (zaspokajanie podstawowych potrzeb życiowych, umiejętności społecznego funkcjonowania motywowania do aktywności, leczenia i rehabilitacji),
- pielęgnację jako wspieranie procesu leczenia,
- rehabilitację fizyczną i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu,
- pomoc mieszkaniową (uzyskanie mieszkania, wnoszenie opłat itp.),
- zapewnienie dzieciom i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi dostępu do zajęć rehabilitacyjnych i rewalidacyjno-wychowawczych, w wyjątkowych przypadkach na podstawie przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Tabela 10. Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi w Polsce i woj. opolskim w latach 2012-2013

Wyszczególnienie	Specjalistyczne usługi opiekuńcze					
	2012		2013		wzrost/spadek w 2013 r. 2012 r.=100%	
	Polska	woj. opolskie	Polska	woj. opolskie	Polska	woj. opolskie
liczba osób objętych usługami	11 150	309	11 612	306	104,1	99,0
<i>wskaźnik liczby osób objętych usługami na 100 tys. ludności</i>	28,9	30,6	30,2	30,5	+1,3 pkt	-0,1 pkt

Źródło: Sprawozdanie MPiPS-03 z udzielonych świadczeń pomocy społecznej, pieniężnych, w naturze i usługach za lata 2012 i 2013

W porównaniu do średniej wartości dla Polski, w województwie opolskim wskaźnik liczby osób objętych specjalistycznymi usługami opiekuńczymi jest nieznacznie wyższy – na 100 tys. ludności regionu przypada nieco ponad 30 osób korzystających z tych świadczeń.

W latach 2011-2014 zakres pomocy udzielanej w województwie opolskim w formie specjalistycznych usług opiekuńczych zwiększył się – z 282 osób w 2011 r. do 295 w 2014 r. (o prawie 5%), jednak w stosunku do lat 2012-2013 liczba objętych wsparciem spadła o prawie 5%.

Tabela 11. Specjalistyczne usługi opiekuńcze w województwie opolskim w latach 2011-2014

Wyszczególnienie	Specjalistyczne usługi opiekuńcze w woj. opolskim w latach 2011-2014				
	2011	2012	2013	2014	wzrost/spadek w 2014 r. 2011 r.=100%
liczba osób	282	309	306	295	104,6
<i>wskaźnik do liczby mieszkańców</i>	27,8	30,6	30,5	29,5	+1,7 pkt

Źródło: Sprawozdanie MPiPS-03 z udzielonych świadczeń pomocy społecznej, pieniężnych, w naturze i usługach za lata 2011 i 2014

Według stanu na 31 grudnia 2014 r. w województwie opolskim specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone były dla ogółem 295 osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym najwięcej w powiatach nyskim i prudnickim (po 51 osób). Łączny koszt tej pomocy wyniósł

1 812 192 zł i w porównaniu do 2011 r. wzrost o 28% (liczba osób objętych pomocą wzrosła o niecałe 5%).

W 2014 r. średnia wartość 1 godziny specjalistycznych usług opiekuńczych wynosiła 21,02 zł (w 2011 r. - 17,50 zł).

Tabela 12. Specjalistyczne usługi opiekuńcze w województwie opolskim w 2014 r. – liczba osób objętych pomocą oraz koszt usług w gminach

Lp.	Powiat	Gmina	Liczba osób objętych specjalistycznymi usługami opiekuńczymi w 2014 r.	Koszt w zł
1	Powiat brzeski	Brzeg	4	14 550
2		Grodków	34	184 849
3		Skarbimierz	1	12 348
4		Razem w powiecie	39	211 747
5	Powiat głubczycki	Baborów	3	20 623
6		Głubczyce	4	31 536
7		Kietrz	2	17 499
8		Razem w powiecie	9	69 658
9	Powiat kędzierzyński	Kędzierzyn-Koźle	40	171 004
10		Pawłowiczki	1	21 840
11		Razem w powiecie	41	192 944
12	Powiat kluczborski	Kluczbork	4	8 863
13		Lasowice Wlk.	2	35 231
14		Razem w powiecie	6	44 094
15	Powiat krapkowicki	Krapkowice	14	50 461
16		Zdzieszowice	1	20 494
17		Razem w powiecie	15	72 155
18	Powiat namysłowski	Domaszowice	1	1 200
19		Namysłów	8	52 704
20		Wilków	1	11 040
21		Razem w powiecie	9	63 744
22	Powiat nyski	Głuchołazy	5	15 800
23		Nysa	54	240 338
24		Otmuchów	1	7 560
25		Skoroszyce	1	28 740
26		Razem w powiecie	61	292 438
27	Powiat oleski	Dobrodzień	4	38 039
28		Olesno	11	44 416
29		Radłów	4	43 168
30		Rudniki	2	18 492
31		Razem w powiecie	21	144 115
32	Miasto Opole	Miasto Opole	28	234 982
33	Powiat opolski ziemski	Chrzastowice	1	4 835
34		Ozimek	1	14 400
35		Razem w powiecie	2	19 235
36	Powiat prudnicki	Biała	2	13 440
37		Głogówek	1	13 500
38		Lubrza	2	13 125
39		Prudnik	46	380 625
40		Razem w powiecie	51	420 690
41	Powiat strzelecki	Jemielnica	1	9 570
42		Kolonowskie	1	2 920
43		Strzelce Opolskie	10	34 000
44		Razem w powiecie	12	46 490
45	Razem województwo			1 812 192

*Koszt specjalistycznych usług opiekuńczych jest iloczynem liczby godzin udzielonych usług i jednostkowego kosztu tej usługi ustalonego w ośrodku (usługi świadczone są przez różne instytucje, a ich koszt ustalany jest w drodze umowy).

Źródło: Sprawozdanie MPiPS-03 z udzielonych świadczeń pomocy społecznej za 2014 r.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze finansowane są w całości z budżetu państwa, ale wielkość tej dotacji jest od wielu lat niewystarczająca. Niski wskaźnik zaspokojenia potrzeb w tym zakresie wynika z trudności w realizacji tej formy pomocy, tj. wysokiego kosztu jednej godziny specjalistycznych usług opiekuńczych oraz wysokich wymagań dotyczących wykonawców tej pomocy (specjalistyczne przygotowanie zawodowe).

11.5.2.Ośrodki Pomocy Społecznej

Ośrodki Pomocy Społecznej to jednostki organizacyjne pomocy społecznej, funkcjonujące w gminach, udzielające wszechstronnej pomocy i wsparcia osobom z zaburzeniami psychicznymi – na zasadach ogólnych – zgodnie z przepisami ustawy o pomocy społecznej. Pomoc OPS-u obejmuje w szczególności:

- pracę socjalną skierowaną na rozpoznanie problemów osób z zaburzeniami psychicznymi, motywowanie do poddania się badaniom diagnostycznym, leczeniu, działania poświęcone rodzinie i najbliższemu otoczeniu osób chorych, podejmowanie współpracy z placówkami ochrony zdrowia, innymi instytucjami publicznymi, a także organizacjami pozarządowymi w celu budowania oparcia społecznego w środowisku zamieszkania,
- organizację poradnictwa specjalistycznego dla osób chorych i ich rodzin (psychologicznego, pedagogicznego, prawnego),
- organizację specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania,
- kierowanie osób do placówek stacjonarnych i środowiskowych domów samopomocy lub mieszkań chronionych.

11.5.3.Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie

Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie to jednostki organizacyjne pomocy społecznej, zlokalizowane w powiecie, które prowadzą działania polegające przede wszystkim na:

- zapewnieniu miejsc całodobowej opieki dla osób przewlekle psychicznie chorych oraz niepełnosprawnych intelektualnie,
- zapewnieniu miejsc w specjalistycznych ośrodkach wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz w mieszkaniach chronionych,
- prowadzeniu specjalistycznego poradnictwa,

- prowadzeniu ośrodków interwencji kryzysowej (profilaktyka zaburzeń psychicznych, wsparcie i opieka nad rodziną w sytuacjach kryzysowych, specjalistyczne poradnictwo, miejsca tymczasowego pobytu),
- pomocy i doradztwie dla osób niepełnosprawnych, w tym przyznawanie środków z PFRON na wsparcie i rehabilitację społeczną i zawodową.

11.6.Potrzeby w zakresie rozwoju form wsparcia i opieki dla osób z zaburzeniami psychicznymi w województwie opolskim⁵³

11.6.1.Potrzeby w zakresie pomocy stacjonarnej – liczba osób kierowanych do domów pomocy społecznej dla przewlekle psychicznie chorych w latach 2013-2015

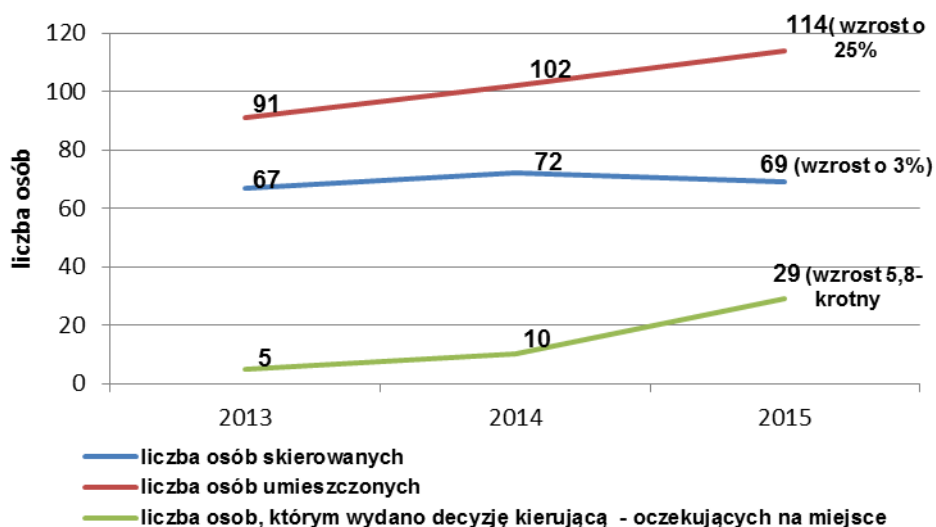
Na podstawie wyników badania ankietowego przeprowadzonego wśród kierowników ośrodków pomocy społecznej województwa opolskiego w lipcu 2015 r., ustalono potrzeby dotyczące systemu wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi. Z badania wynika, że:

- 1) do domów pomocy społecznej dla przewlekle psychicznie chorych w woj. opolskim skierowano w latach 2013-2015 łącznie 208 osób z tego:
 - w 2013 r. – 67 osób,
 - w 2014 r. – 72 osoby,
 - 69 osób w 2015 r. (przewidywana liczba);
- 2) umieszczono w tych placówkach ogółem 307 osób przewlekle psychicznie chorych, w tym:
 - 91 w 2013 r.,
 - 102 w 2014 r.,
 - 114 w 2015 r. (przewidywana liczba);
- 3) na umieszczenie w domach pomocy społecznej dla przewlekle psychicznie chorych w lipcu 2015 r. oczekiwały ogółem 44 osoby (5 osób, którym decyzję wydano w 2013 r., 10 z roku 2014 i 29 osób w roku 2015). Wg informacji Opolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Opolu, w październiku 2015 r. kolejka oczekujących wzrosła do 59 osób⁵⁴.

⁵³Badania własne ROPS w Opolu przeprowadzone w lipcu 2015 r. w jednostkach organizacyjnych pomocy i integracji społecznej woj. opolskiego.

⁵⁴Dane przekazane ROPS w Opolu przez Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia Opolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Opolu w dniu 18.11.2015 r.

Wykres 23. Liczba osób kierowanych, umieszczonych i oczekujących na umieszczenie w domach pomocy społecznej dla przewlekle psychicznie chorych w woj. opolskim w latach 2013 - 2015



Źródło: opracowanie własne ROPS w Opolu

- 4) średni czas oczekiwania na umieszczenie w domach pomocy społecznej dla przewlekle psychicznie chorych w latach 2013-2015 wyniósł 2,6 miesiąca (najdłuższy odnotowano w roku 2015 – 2,8 miesiąca). W omawianym okresie zdarzały się sytuacje kiedy oczekiwanie na miejsce w tych placówkach wydłużało się do 4 i więcej lat;
- 5) 48% respondentów stwierdziło, że liczba miejsc w domach pomocy społecznej dla przewlekle psychicznie chorych jest wystarczająca, przy czym prawie podobna grupa badanych (43%) jest przeciwnego zdania, tj. uważa, że liczba miejsc w tych placówkach nie zaspokaja występujących potrzeb. W związku z tym, w celu poprawy sytuacji, należy:
 - utworzyć dodatkowe miejsca w domach dla przewlekle psychicznie chorych (utworzyć nowe domy lub poszerzyć bazę już istniejących – w latach 2016-2017 około 50 miejsc⁵⁵),
 - umieszczać osoby psychicznie chore w placówkach działających w innych województwach (na taką możliwość wskazało 23% badanych),
 - zastąpić (wymieniano rzadko) możliwość zastąpienia pomocy stacjonarnej innymi formami wsparcia (mieszkanie chronione, specjalistyczne usługi

⁵⁵Obliczenia własne ROPS w Opolu na podstawie średniorocznego tempa wzrostu liczby osób oczekujących na umieszczenie, przy uwzględnieniu liczby zwolnionych miejsc w DPS-ach dla przewlekle psychicznie chorych (na podstawie danych Sprawozdania MPiPS-05 o placówkach zapewniających całodobową opiekę i wsparcie za lata 2013 i 2014).

opiekuńcze), jednak pod warunkiem uzyskania zgody na zmianę decyzji kierującej. Najczęściej kierownicy ośrodków pomocy społecznej podkreślali, że w sytuacji kiedy wydana jest decyzja o skierowaniu do domu pomocy społecznej dla przewlekle psychicznie chorych niemożliwe jest zastąpienie tej formy pomocy inną – środowiskową.

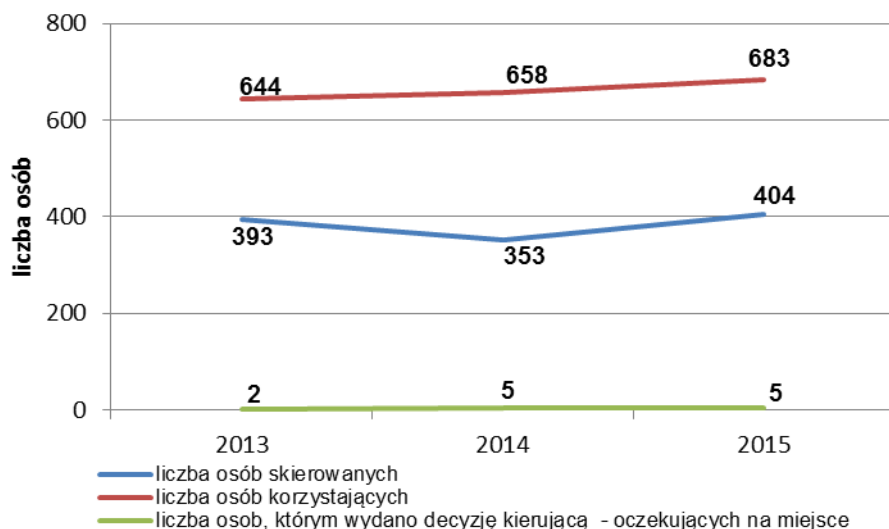
11.6.2. Potrzeby w zakresie usług świadczonych przez środowiskowe domy samopomocy w województwie opolskim – liczba osób kierowanych do środowiskowych domów samopomocy w latach 2013-2015

Do środowiskowych domów samopomocy w latach 2013-2015 kierowano co roku średnio 383 osoby, w tym najwięcej w 2015 r. - 404.

Ze specjalistycznych usług opiekuńczych i innych form wsparcia korzystają w tych placówkach 683 osoby (oczekiwana wielkość w 2015 r.).

Na miejsce w środowiskowych domach samopomocy oczekuje według szacunków w 2015 r. 5 osób (tyle samo oczekujących było w 2014 r., 2 osoby oczekiwały w 2013 r.).

Wykres 24. Środowiskowe domy samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi w woj. opolskim – liczba osób kierowanych, korzystających i oczekujących na miejsce w latach 2013-2015



Źródło: opracowanie własne ROPS w Opolu

Średni czas oczekiwania na umieszczenie w środowiskowych domach samopomocy w latach 2013-2015 wyniósł 3 miesiące, oszacowano najdłuższy czas oczekiwania w 2015 r. wynoszący 3,1 miesiąca.

Prawie połowa (49%) respondentów uznała, że liczba miejsc w ŚDS-ach jest wystarczająca, jednak nieco ponad 30% uznało bazę środowiskowych domów samopomocy za niewystarczającą.

Na pytanie ankiety – jakie działania należy podjąć w celu poprawy systemu wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi, respondenci wskazali:

- potrzebę zwiększenia liczby miejsc w środowiskowych domach samopomocy, zwłaszcza typu A i C,
- potrzebę rozwoju sieci mieszkań chronionych, specjalistycznych usług opiekuńczych, grup wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, a także zwiększenie liczby dziennych oddziałów opieki psychiatrycznej.

11.6.3. Działania gmin województwa opolskiego w zakresie rozwoju systemu wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi w latach 2013-2015 wskazane przez kadrę kierowniczą ośrodków pomocy społecznej

Działania wskazane przez kadrę kierowniczą ośrodków pomocy społecznej obejmują:

- realizację gminnych programów ochrony zdrowia psychicznego (program został uchwalony i jest realizowany w 13 jednostkach samorządu gminnego: Opolu, Kędzierzynie-Koźlu, Głuchołazach, Gogolinie, Gorzowie Śląskim, Namysłowie, Oleśnie, Praszce, Bierawie, Dąbrowie, Komprachcicach, Olszance i Izbicku),
- realizację programów informacyjnych i edukacyjnych w zakresie zdrowia psychicznego, najczęściej w ramach gminnych programów rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie (w 32 gminach),
- prowadzenie ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi – innych niż środowiskowe domy samopomocy (w Kędzierzynie-Koźlu – punkt konsultacyjny dla osób z problemem alkoholowym i doświadczających przemocy w rodzinie, w Kluczborku – ośrodek wsparcia dla seniorów i osób niepełnosprawnych, w Nysie – ośrodek dla 60 osób niepełnosprawnych w tym intelektualnie),
- prowadzenie świetlic socjoterapeutycznych dla dzieci i młodzieży, z profilaktyką zaburzeń psychicznych (10 gmin),

- funkcjonowanie w 7 gminach punktów konsultacyjnych dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
- ponadto:
 - większość gmin prowadzi poradnictwo (prawne i psychologiczne dla osób niepełnosprawnych w tym wykazujących zaburzenia psychiczne),
 - prowadzone są szkolenia dla nauczycieli w zakresie profilaktyki zaburzeń psychicznych,
 - wspierane są organizacje pozarządowe działające w obszarze profilaktyki chorób i zaburzeń psychicznych,
 - zawierane są porozumienia ze środowiskowymi domami samopomocy (12) w sprawie kierowania mieszkańców gmin do tych placówek,
 - realizowane są własne programy i projekty polegające na rozwoju systemu wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

11.6.4.Plany i zamiary gmin województwa opolskiego w zakresie wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi wskazane przez respondentów badania

Według kierowników ośrodków pomocy społecznej plany i zamiary samorządu gminnego w zakresie wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi obejmują:

- uruchomienie gminnego DPS dla przewlekłe psychicznie chorych (Krapkowice na 15 miejsc),
- utworzenie środowiskowych domów samopomocy (Grodków – na 20 miejsc, Paczków – na 30 miejsc),
- konieczność rozwoju specjalistycznych usług opiekuńczych (19 gmin wskazało na objęcie opieką dodatkowych 185 osób),
- uruchomienie 21 miejsc w mieszkaniach chronionych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Jednocześnie połowa badanych (49%) wskazuje na poszerzenia współpracy z organizacjami pozarządowymi, tj. zwiększenie liczby zadań zleczanych organizacjom pozarządowym lub podejmowania wspólnych projektów. A najwięcej wskazań realizowanych przez gminy w tym zakresie (66%) dotyczy działań promocyjnych (organizowanie kampanii społecznych, konferencji), działań doradczych oraz szkoleniowych, w tym udział pracowników w szkoleniach organizowanych przez ROPS w Opolu i inne instytucje,

Ponadto gminy planują:

- prowadzić szkolenia dla nauczycieli w zakresie profilaktyki zaburzeń psychicznych,
- rozbudować istniejący ŚDS oraz utworzyć Zakład Aktywności Zawodowej (Kluczbork - dla 20 osób),
- pozyskać dodatkowe środki z Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej na rozwój specjalistycznych usług społecznych,
- uchwalić i realizować gminne programy ochrony zdrowia psychicznego.

11.7.Wnioski

- 1) system wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w województwie opolskim obejmuje obecnie następujące elementy:
 - infrastrukturę domów pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych, tj. 3 domy pomocy społecznej oraz 5 filii. Województwo opolskie zajmuje trzecie miejsce w kraju pod względem liczby miejsc w domach pomocy społecznej tego typu na 100 tys. mieszkańców,
 - infrastrukturę domów pomocy społecznej dla osób niepełnosprawnych intelektualnie – 11 domów na 1002 miejsca, w tym: 732 dla osób dorosłych i 270 dla dzieci i młodzieży, pod względem liczby miejsc w tych placówkach województwo zajmuje pierwsze miejsce w kraju na 100 tys. ludności,
 - infrastrukturę środowiskowych domów samopomocy, tj. 12 placówek na 637 miejsca, województwo opolskie zajmuje 11 miejsce w kraju pod względem liczby miejsc w tych placówkach na 100 tys. mieszkańców,
 - świadczanie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób zaburzonych psychicznie, na każde 100 tys. mieszkańców przypada 30 osób zaburzonych psychicznie objętych tą formą wsparcia – jest to 9 pozycja wśród 16 województw;
- 2) z przeprowadzonej analizy wynika, że potrzeby dotyczące pomocy stacjonarnej nie są obecnie zaspokojone – na miejsce w DPS dla przewlekle psychicznie chorych w październiku 2015 r. oczekiwało 59 osób (o 15 więcej niż w 2014 r.), w DPS dla dorosłych oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie – 14 osób (o 2 więcej

- niż w 2014 r.)⁵⁶. Zbyt mało jest również miejsc w środowiskowych domach samopomocy oraz świadczeń w formie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób zaburzonych psychicznie w gminie;
- 3) w województwie opolskim występuje koncentracja domów pomocy społecznej dla przewlekle psychicznie chorych w powiecie głubczyckim i brak takich placówek w większości pozostałych powiatów (z wyjątkiem powiatów nyskiego i prudnickiego). W związku z tym dostępność do tego rodzaju usług w większości powiatów jest ograniczona;
 - 4) w latach 2012-2014 istotnie zwiększyła się liczba miejsc w domach pomocy społecznej dla przewlekle chorych psychicznie, co wpłynęło na zmniejszenie kolejki oczekujących na umieszczenie. Nadal jednak liczba osób z zaburzeniami psychicznymi wymagających całodobowej opieki w placówce stacjonarnej rokrocznie obejmuje około 70 osób, co określa wielkość potrzeb, które występować będą w ciągu najbliższych lat. Sytuację w tym zakresie utrudnia obowiązująca procedura, nakazująca w pierwszej kolejności umieścić osoby, którym decyzję o skierowaniu do DPS wydano na podstawie orzeczenia sądu opiekuńczego (mają one „pierwszeństwo” przed pozostałymi decyzjami, co wpływa na wydłużanie się kolejki osób oczekujących);
 - 5) aktualna liczba osób kierowanych do środowiskowych domów samopomocy jest wynikiem możliwości organizacyjnych systemu pomocy społecznej w województwie opolskim. Ośrodki pomocy społecznej wydają tyle decyzji kierujących, ile jest dostępnych miejsc. Według opinii kadry kierowniczej liczba tych placówek winna w kolejnych latach wzrastać;
 - 6) liczba osób kierowanych przez ośrodki pomocy społecznej do ŚDS-ów jest większa w powiatach, gdzie występują takie placówki, a mniejsza w tych, gdzie brakuje takich instytucji. Im większa odległość od ŚDS, tym mniejsze zainteresowanie tą formą pomocy (pracowników socjalnych, rodzin opiekujących się osobami zaburzonymi psychicznie);
 - 7) środowiskowe domy samopomocy w województwie opolskim w większości przeznaczone są dla osób dorosłych, a jedyny ŚDS świadczący usługi dla dzieci znajduje się w Sowczycach (powiat oleski). Zatem koniecznym jest tworzenie przede wszystkim placówek dla dzieci i młodzieży, a także dla osób starszych (powyżej 65 lat życia);

⁵⁶Dane przekazane ROPS w Opolu przez Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej Opolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Opolu w dniu 18.11.2015 r.

- 8) podobnie, jak w latach 2011-2014 w roku 2015 zaobserwowano spadek zainteresowania usługami świadczonymi przez środowiskowe domy samopomocy, co jest związane z koniecznością ponoszenia przez rodzinę częściowej odpłatności za pobyt osób korzystających - z informacji uzyskanych z ośrodków pomocy społecznej wynika, że w wyniku wprowadzenia takiej odpłatności (w 2011 r.) duża grupa osób zaburzonych psychicznie i ich rodzin rezygnuje z usług świadczonych w tych placówkach;
- 9) ponadto, z opinii dyrektorów i kierowników ośrodków pomocy społecznej oraz powiatowych centrów pomocy rodzinie wynika, że wraz ze zwiększeniem liczby ŚDS-ów konieczne jest poszerzenie zakresu specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób zaburzonych psychicznie oraz usług opiekuńczych dla opiekunów tych osób. Obecnie te formy wsparcia stosuje się oddzielnie, co wynika z wysokich kosztów tych form pomocy (jeśli ktoś korzysta z usług świadczonych w ŚDS to rzadko otrzymuje wsparcie w formie specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania);
- 10) potrzeby dotyczące pomocy stacjonarnej (liczba osób corocznie kierowanych do domów pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych) mogą być w niektórych przypadkach ograniczone z następujących powodów:
 - część miejscowości województwa opolskiego (zwłaszcza małe gminy) ma ograniczony dostęp do świadczeń medycznych (niewłaściwe rozpoznanie zaburzeń psychicznych i ograniczenie działań profilaktycznych),
 - zbyt drogi koszt pobytu osób psychicznie chorych w domach pomocy społecznej, którego znaczną część pokrywa gmina, powoduje, że decyzja o skierowaniu osoby do DPS jest ostatecznością i następuje po wykorzystaniu wszystkich innych możliwości zapewnienia opieki i wsparcia osobie zaburzonej psychicznie w miejscu zamieszkania (specjalistyczne usługi opiekuńcze, pomoc rodziny i najbliższego otoczenia). W 2014 r. gminy województwa opolskiego sfinansowały pobyt swoich mieszkańców we wszystkich DPS-ach na łączną kwotę ponad 30 mln zł (o 50% więcej niż w 2011 r.), co stanowiło 25% łącznych wydatków budżetu samorządu gminnego na pomoc społeczną. W latach 2013-2014 nastąpił wzrost miesięcznego kosztu utrzymania w domach pomocy społecznej (z 2 737 zł do 2 783 zł), przy jednocześnie coraz niższym poziomie świadczeń emerytalnych, którymi dysponują osoby kierowane do DPS;
- 11) występują trudności w skutecznym zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi właściwej pomocy i opieki - występują przypadki braku zgody osoby psychicznie chorej

lub jej opiekuna prawnego na umieszczenie w DPS, a także braku zgody na przeprowadzenia wywiadu środowiskowego w miejscu zamieszkania;

- 12) świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób przewlekle psychicznie chorych w placówkach instytucjonalnych i w miejscu zamieszkania będzie stanowić dla pomocy społecznej coraz większy problem, wynikający głównie ze wzrastającej liczby osób wymagających tego rodzaju pomocy. Skuteczne wsparcie tych osób – nawet przy aktywnym udziale rodziny i najbliższego otoczenia, jest nadal jednym z najtrudniejszych zadań pomocy społecznej.

11.8.Cele szczegółowe programu i działania

Cel szczegółowy 1. Rozwój i poszerzenie zakresu stosowania różnych form wsparcia i pomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi

Działanie 1

Wsparcie i promocja działań samorządu terytorialnego w zakresie powiększania infrastruktury placówek całodobowej opieki oraz form pomocy środowiskowej przeznaczonych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, tj. w zakresie :

- 1) zwiększenia zakresu stosowania specjalistycznych usług opiekuńczych;
- 2) zwiększenia liczby miejsc w środowiskowych domach samopomocy;
- 3) rozwoju infrastruktury mieszkań chronionych dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- 4) zwiększenia liczby miejsc w placówkach stacjonarnych przeznaczonych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Działanie 2

Monitoring działań samorządu terytorialnego w zakresie rozwoju form pomocy i wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Działanie 3

Tworzenie sprzyjających warunków rozwoju sektora pozarządowego, zajmującego się osobami z zaburzeniami psychicznymi, a także promocja współpracy i partnerstwa międzysektorowego.

Cel szczegółowy 2. Rozwój i systematyczne kształcenie kadr instytucji pomocy i integracji społecznej, a także przedstawicieli organizacji pozarządowych w zakresie działań na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi

Działanie 1

Tworzenie sprzyjających warunków do zwiększenia zakresu i rozwoju form pracy socjalnej z osobami zaburzonymi psychicznie, w tym:

- 1) aktywizowanie samorządu terytorialnego w kierunku tworzenia i rozwoju ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi (ośrodków interwencji kryzysowej, klubów samopomocy), a także specjalistycznych ośrodków przeciwdziałania przemocy w rodzinie;
- 2) promocja działań profilaktycznych, podkreślanie znaczenia wczesnego rozpoznania problemów rodziny zagrażających zdrowiu psychicznemu;
- 3) promowanie działań zmierzających do zwiększenia liczby pracowników socjalnych zajmujących się tymi osobami w gminach i powiatach;
- 4) upowszechnianie zagadnień dotyczących roli i znaczenia pracy socjalnej w tworzeniu oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Działanie 2

Prowadzenie działań doradczych i szkoleniowych:

- 1) systematyczne kształcenie kadr instytucji pomocy i integracji społecznej oraz przedstawicieli organizacji pozarządowych i wolontariuszy w zakresie organizacji wsparcia i pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi;
- 2) tworzenie założeń programowych szkoleń oraz rozwój nowych form pracy socjalnej z osobami zaburzonymi psychicznie.

Cel szczegółowy 3. Rozwój i upowszechnianie idei środowiskowego modelu wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi

Działania

- 1) promocja współpracy i partnerstwa międzysektorowego, w tym szczególnie między pracownikami ochrony zdrowia i systemu pomocy społecznej w zakresie organizacji wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi;

- 2) upowszechnianie wiedzy na temat roli i znaczenia środowiskowego modelu wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi (organizacja konferencji, seminariów, współpraca z mediami);
- 3) wsparcie organizacji pozarządowych (finansowe, organizacyjne, doradcze) w zakresie działań prowadzonych na rzecz osób zaburzonych psychicznie;
- 4) promowanie działań w zakresie tworzenia na terenie powiatów województwa opolskiego centrów zdrowia psychicznego;
- 5) prowadzenie badań i analiz w zakresie potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin;
- 6) upowszechnienie wyników prowadzonych badań oraz tworzenie założeń nowych rozwiązań systemowych i projektów.

12. Wojewódzki program rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi

12.1. Wprowadzenie

Wykluczenie społeczne dotyczące osób z zaburzeniami psychicznymi wymaga specjalnych działań w obszarze wspieranego zatrudnienia oraz dostosowanej do potrzeb tych osób przedsiębiorczości społecznej.

Aktywizacja społeczna i zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi prowadzona jest obecnie w obszarze zatrudnienia subsydiowanego (zakłady aktywności zawodowej, warsztaty terapii zajęciowej, zakłady pracy chronionej, przedsiębiorstwa społeczne), a także w oparciu o oferty otwartego rynku pracy. Podkreśla się, że tak funkcjonujący system rehabilitacji społecznej i zawodowej nie spełnia oczekiwań, ponieważ z uwagi na małą liczbę podmiotów prowadzących tego rodzaju rehabilitację, zaspokojenie potrzeb w tym zakresie jest niewystarczające.

Według danych Opolskiego Oddziału NFZ w Opolu, w województwie opolskim w 2014 r. zarejestrowano 34 089 osób wykazujących zaburzenia psychiczne, którym udzielono świadczeń zdrowotnych zakontraktowanych przez NFZ, co stanowiło 3,4%

mieszkańców województwa⁵⁷. W porównaniu do 2010 r. liczba pacjentów psychiatrycznych wzrosła o prawie 12%.

Wg badania GUS, w Polsce w 2012 r. w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji leczyło się 1 539 826 pacjentów, tj. 4% mieszkańców kraju, w tym samym roku w województwie opolskim zarejestrowano 32 557 leczonych psychiatrycznie, tj. 3,2% ludności. Wg badania GUS woj. opolskie należało do grupy regionów, którego mieszkańcy najrzadziej leczyli się w poradniach zdrowia psychicznego, odwykowych i uzależnień⁵⁸.

Z badań wynika, że spośród wszystkich osób z zaburzeniami psychicznymi ok. 75% powinno zostać włączonych w programy pracy i rehabilitacji społeczno-zawodowej⁵⁹. Zatem liczba osób wymagających tego rodzaju rehabilitacji wynosi w województwie opolskim 25 567 (wg danych za 2012 r. wynosiła 24 418⁶⁰).

Jednocześnie na podstawie danych Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej ustalono, że w 2013 r.:

- liczba miejsc w warsztatach terapii zajęciowej w kraju wynosiła 24 400 (w województwie opolskim 450, w tym dla osób z zaburzeniami psychicznymi było 360 miejsc),
- w zakładach aktywności zawodowej były 4 234 miejsca, w tym 2 286 dla osób z zaburzeniami psychicznymi (w województwie opolskim 108, w tym 50 osób z zaburzeniami psychicznymi),
- w środowiskowych domach samopomocy przebywały 25 184 osoby (w województwie opolskim 622 osoby – wszystkie z zaburzeniami psychicznymi),
- w zakładach pracy chronionej zatrudnionych było 177 080 osób, w tym 34 436 z zaburzeniami psychicznymi (w województwie opolskim 1 857, w tym 335 z zaburzeniami psychicznymi).

W 2013 r. liczba miejsc zajmowanych przez osoby z zaburzeniami psychicznymi (lub uczestników/zatrudnionych) do wyliczonej liczby osób wymagających aktywizacji społecznej

⁵⁷Dane przekazane Wicemarszałkowi Województwa Opolskiego z Opolskiego Oddziału NFZ w Opolu, pismem znak WSOZ-PSY.0123.3.2015 OOW.4.EB.

⁵⁸*Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 r.*, GUS, Warszawa 2014, s. 64, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/ochrona-zdrowia-w-gospodarstwach-domowych-w-2013-r-,2,5.html> (15.11.2015 r.).

⁵⁹H. Kaszyński, H. Kaszyński, *Osoby chore psychicznie jako grupa beneficjentów organizacji pozarządowych świadczących usługi na rynku pracy*, Polsko-Amerykańska Fundacja Wolności, Warszawa 2006, s. 13 http://www.fise.org.pl/files/1bezrobocie.org.pl/public/Raporty/HKaszynski_raport_dot_osob_chorych_psychicznie.pdf (17.11.2015 r.).

⁶⁰Z uwagi na brak danych dot. liczby podmiotów rehabilitacji społeczno-zawodowej w Polsce w 2014 r., wskaźnik zaspokojenia potrzeb odniesiono do liczby osób leczonych w 2012 r.

i zawodowej w Polsce i województwie opolskim (wg stanu w 2012 r.) była dalece niewystarczająca. Wskaźniki zaspokojenia potrzeb dla województwa opolskiego w stosunku liczby osób leczonych psychiatrycznie wynosiły:

- 1,5% w warsztatach terapii zajęciowej,
- 0,2% w zakładach aktywności zawodowej⁶¹,
- 2,5% w Środowiskowych Domach Samopomocy,
- 1,4% w zakładach pracy chronionej.

Tabela 13. Osoby z zaburzeniami psychicznymi objęte aktywizacją społeczną i zawodową w Polsce i w województwie opolskim (liczba leczonych wg stanu w 2012r., liczba instytucji wg stanu w 2013 r.)

Podmioty aktywizacji społecznej i zawodowej	Liczba osób z zaburzeniami psychicznymi objętych aktywizacją społeczno-zawodową - Polska i woj. opolskie (liczba leczonych w 2012r., liczba instytucji wg stanu w 2013 r.)							
	Polska				Województwo opolskie			
	Liczba osób z zaburzeniami psychicznymi wymagających aktywizacji społecznej i zawodowej*	Liczba jednostek	Liczba uczestników /	Wskaźnik zaspokojenia potrzeb *	Liczba osób z zaburzeniami psychicznymi wymagających aktywizacji społecznej i zawodowej	Liczba jednostek	Liczba uczestników	Wskaźnik zaspokojenia potrzeb *
Ogółem	1 154 870	2 903	86 306	7,5	24 418	47	1 367	5,6
Warsztaty terapii zajęciowej	x	682	24 400	2,1	X	15	450	1,8
<i>w tym udział osób z zaburzeniami psychicznymi</i>	x	b. d	b. d	x	X	15	360	1,5
Zakłady aktywności zawodowej	x	77	4 234	0,4	X	2	108	0,4
<i>w tym udział osób z zaburzeniami psychicznymi</i>	x	b. d	2 286	0,2	X	2	50	0,2
Środowiskowe Domy Samopomocy	x	728	25 184	2,2	X	12	622	2,5
<i>w tym udział osób z zaburzeniami psychicznymi</i>	x	728	25 184	2,2	X	12	622	2,5
Zakłady pracy chronionej	x	1 416	177 080	x	X	18	1 857	x
<i>w tym udział osób z zaburzeniami psychicznymi</i>	x	b. d	34 436	3,0	X	18	335	1,4

* liczba osób z zaburzeniami psychicznymi korzystających ze świadczeń zdrowotnych w 2012r. wymagających rehabilitacji społecznej i zawodowej (75%) w Polsce – 1.154.870, województwie opolskim – 24.418, ustalonej wg stanu w 2012 r. (brak danych dot. Polski ogółem za 2013 r.)

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 r.*, GUS, Warszawa 2014, s. 64; <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/ochrona-zdrowia-w-gospodarstwach-domowych-w-2013-r-,2,5.html> (13.11.2015 r.)

W porównaniu do 2010 r. w województwie opolskim – podobnie do tendencji występującej w kraju:

- nieznacznie wzrosła liczba środowiskowych domów samopomocy i miejsc w tych placówkach oraz liczba miejsc w warsztatach terapii zajęciowej,

⁶¹Za: *Centra integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2013 r.* GUS, Warszawa, Notatka informacyjna z 23.10.2014 r.

— o 6 jednostek spadła liczba zakładów pracy chronionej, w tym zmniejszyło się zatrudnienie osób z zaburzeniami psychicznymi – o 18 osób.

Podkreśla się, że instytucje prowadzące aktywizację zawodową osób z zaburzeniami psychicznymi w niewielkim stopniu przygotowują te osoby do pełnienia ról społecznych i zawodowych, ograniczając tym samym możliwości ich uczestnictwa w życiu społecznym.

Jednocześnie od 2010 r. nie zostały usunięte bariery i trudności funkcjonowania systemu wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi. Są to nadal:

- nikły zakres współpracy między różnymi podmiotami realizującymi aktywizację zawodową i społeczną oraz brak koordynacji tych działań na poziomie lokalnym,
- ograniczenia wynikające ze zbyt rygorystycznego systemu orzecznictwa o niepełnosprawności,
- brak elastyczności instytucji wsparcia, które wolno (lub wcale) reagują na zmianę sytuacji osoby rehabilitowanej (choć jest to teoretycznie możliwe uczestnik np. warsztatów terapii zajęciowej rzadko przechodzi do zakładu aktywności zawodowej),
- spadek liczby zakładów pracy chronionej oraz mały zakres współpracy tych instytucji z otwartym rynkiem pracy,
- niewielka liczba organizacji pozarządowych działających w obszarze aktywizacji społecznej,
i zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi oraz mały zakres współpracy samorządu terytorialnego z III sektorem.

Działania prowadzone na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi mają bardziej charakter opiekuńczy niż integracyjny, a brak koordynacji powoduje rozproszenie lub całkowity brak efektów. Wprawdzie w latach 2008-2012 zanotowano wzrost zatrudnienia osób niepełnosprawnych, w tym w grupie schorzeń specjalnych, do których zalicza się zaburzenia psychiczne, jednak nadal stopa bezrobocia w tej grupie osób niepełnosprawnych jest wyższa niż wśród innych niepełnosprawnych w wieku aktywności zawodowej (na koniec 2012 r. średnioroczna stopa bezrobocia wg badania BAEL GUS wynosiła 16,3% - choć była mniejsza o 1 pkt proc. niż w 2008 r.)⁶².

⁶²*Sytuacja na rynku pracy osób niepełnosprawnych z tzw. schorzeniami specjalnymi*, Informacja Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych przygotowaną na posiedzenie podkomisji stałej ds. osób niepełnosprawnych w dniu 16.04.2013 w sprawie sytuacji osób niepełnosprawnych z tak zwanymi schorzeniami specjalnymi na rynku pracy pdf 1,1 mb <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/art,429, posiedzenie-podkomisji-do-spraw-osob-niepelnosprawnych> (24.11.2015 r.).

Szczególna sytuacja dotyczy również chronionego rynku pracy w Polsce. Z powodu systematycznego ograniczania liczby zakładów pracy chronionej, ogólne zatrudnienie osób niepełnosprawnych spada – od października 2013 r. do czerwca 2014 r. zmniejszyło się o ponad 10 tys. etatów. W tym samym okresie odnotowano wzrost zatrudnienia niepełnosprawnych osób ze schorzeniami specjalnymi⁶³. W czerwcu 2014 r. liczba pracujących osób ze schorzeniami specjalnymi wynosiła 57 060, tj. o 62% więcej niż w 2010 r. W skali roku - od października 2013 r. do czerwca 2014 r. - zatrudnienie osób niepełnosprawnych ze schorzeniami specjalnymi zwiększyło się o 3 672 osoby, tj. o 6,9%⁶⁴. Dotyczy to jednak otwartego rynku pracy a nie zakładów pracy chronionej. Wskazuje się, że część tych placówek przekształciła się w przedsiębiorstwa funkcjonujące na otwartym rynku pracy, ponieważ zmieniły się przepisy dotyczące dofinansowania stanowisk pracy osób niepełnosprawnych z PFRON. Od 1 kwietnia 2014 r. obowiązują takie same wartości dofinansowania do wynagrodzeń osób z niepełnosprawnościami na rynku otwartym i chronionym (1 800 zł dla pracownika ze znacznym stopniem niepełnosprawności, 1 125 zł – z umiarkowanym i 450 zł – z lekkim)⁶⁵. Stąd zwiększone zatrudnienie osób niepełnosprawnych na otwartym rynku pracy, przy spadku zatrudnienia w zakładach pracy chronionej, zwłaszcza osób ze schorzeniami specjalnymi. W województwie opolskim w latach 2013-2014 liczba osób niepełnosprawnych ze schorzeniami specjalnymi zatrudnionych na otwartym i chronionym rynku pracy wzrosła o 6,2%⁶⁶. Mimo to odsetek liczby nieaktywnych zawodowo osób z zaburzeniami psychicznymi nadal jest wyższy niż w innych grupach osób niepełnosprawnych.

Przeciwdziałanie tej sytuacji winno polegać przede wszystkim na podjęciu i realizacji regionalnych, gminnych i powiatowych programów aktywizacji społeczno-zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi, w większym zakresie wykorzystujących środowiskowy i zintegrowany model wsparcia społecznego.

⁶³M. Grzymkowska, *A jednak spadek zatrudnienia: o ponad 10 tys. etatów*, 17.10.2014 r., WatchDogPfron.pl, <http://www.watchdogpfron.pl/sodir-od-pazdziernika-liczba-etatow-dla-pracownikow-z-niepelnosprawnoscia-zmalala-o-ponad-10-tys/> (24.11.2015 r.).

⁶⁴Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Wydział Dofinansowań Rynku Pracy, <https://www.pfron.org.pl/pl/informacja-publiczn/dofinansowanie-do-wynag/2857,Informacja-na-dzien-31-grudnia-2014-r-o-liczbie-pracownikow-niepelnosprawnych-w-.html> (30.07.2015 r.).

⁶⁵Agnieszka Fiedorowicz, *Czy to koniec zakładów pracy chronionej*, 23.02.2015, niepełnosprawni.pl, <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/24660> (17.11.2015 r.).

⁶⁶Wniosek o udostępnienie informacji dotyczących wszystkich firm otrzymujących miesięczne dofinansowanie do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych (firmy otwartego i chronionego rynku pracy) za okresy: 01/2013-12/2013 oraz 01/2014-12/2014, <http://www.pfron.org.pl/pl/informacja-publiczn/dofinansowanie-do-wynag/2859,Wniosek-o-udostepnienie-informacji-dotyczacych-wszystkich-firm-otrzymujacych-mie.html> (16.11.2015 r.).

Należy także rozwijać nowe metody aktywizacji społecznej i zawodowej osób chorych psychicznie, w tym przede wszystkim przedsiębiorczość społeczną. Skierowana jest ona do osób znajdujących się w szczególnej sytuacji na rynku pracy, dla których udział w spółdzielni socjalnej to często jedyna forma aktywności społeczno-zawodowej. Przedsiębiorstwa społeczne, realizując cele ekonomiczne i społeczne, wpływają na ograniczenie bezrobocia wśród osób chorych psychicznie, zapewniając im możliwość aktywnego uczestniczenia w życiu lokalnej społeczności.

12.2. Aktywizacja społeczna i zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi w województwie opolskim – formy wsparcia i instytucje

Aktywizację zawodową i społeczną osób z zaburzeniami psychicznymi prowadzą obecnie instytucje publiczne (należące do systemów pomocy i integracji społecznej lub rynku pracy) oraz podmioty należące do III sektora. Są to:

- 1) warsztaty terapii zajęciowej;
- 2) środowiskowe domy samopomocy;
- 3) zakłady aktywności zawodowej;
- 4) zakłady pracy chronionej;
- 5) centra integracji społecznej;
- 6) kluby integracji społecznej;
- 7) spółdzielnie socjalne;
- 8) ośrodki pomocy społecznej i powiatowe centra pomocy rodzinie (poradnictwo, profilaktyka, rozwój metod pracy z osobami wykazującymi zaburzenia psychiczne, tworzenie oparcia społecznego w najbliższym otoczeniu osób chorych psychicznie);
- 9) organizacje pozarządowe działające w obszarze aktywizacji społecznej i zawodowej osób psychicznie chorych.

- 1.** *Warsztaty Terapii Zajęciowej (WTZ)* to placówki posiadające odrębność organizacyjną i finansową, których celem jest umożliwienie osobom niepełnosprawnym uczestnictwo w rehabilitacji społecznej i zawodowej, w zakresie pozyskania lub przywracania

umiejętności niezbędnych do podjęcia zatrudnienia⁶⁷. Prowadzona w WTZ rehabilitacja zawodowa ma na celu ułatwienie jej uczestnikowi uzyskania i utrzymania odpowiedniego zatrudnienia oraz awansu zawodowego przez poradnictwo zawodowe, udział w szkoleniach zawodowych oraz pośrednictwo pracy⁶⁸. Natomiast celem rehabilitacji społecznej jest umożliwienie osobom niepełnosprawnym uczestniczenie w życiu społecznym⁶⁹. Uczestnikami warsztatów mogą być osoby niepełnosprawne z orzeczonym stopniem niepełnosprawności, które ukończyły 16 rok życia.

W 2013 r. w kraju funkcjonowały 682 warsztaty terapii zajęciowej, w których uczestniczyło 24,4 tys. osób niepełnosprawnych, w tym ok. 80% osób z zaburzeniami psychicznymi. Na terenie województwa opolskiego działa 15 WTZ-ów (stan na koniec 2014 r.), w których uczestniczy 450 osób niepełnosprawnych⁷⁰, w tym 360 osób z zaburzeniami psychicznymi.

- 2. Zakłady Aktywności Zawodowej (ZAZ)** mogą być tworzone przez gminę, powiat, fundację, stowarzyszenie lub inną organizację społeczną, której statutowym zadaniem jest rehabilitacja zawodowa i społeczna osób niepełnosprawnych⁷¹. ZAZ jest wyodrębnioną organizacyjnie i finansowo jednostką, w której co najmniej 70% ogółu osób zatrudnionych stanowią osoby niepełnosprawne, przy czym pracownicy z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, u których stwierdzono autyzm, upośledzenie umysłowe lub chorobę psychiczną mogą stanowić maksymalnie 35% ogółu zatrudnionych. Oferta działania zakładu skierowana jest przede wszystkim do osób niepełnosprawnych intelektualnie oraz ze schorzeniami psychicznymi, które ustawodawca uznał za mające największe trudności z zatrudnieniem na otwartym rynku pracy. ZAZ oprócz działalności czysto integracyjnej może również prowadzić działalność gospodarczą (posiada samodzielność prawną i finansową).

⁶⁷Zasady funkcjonowania WTZ określa art. 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2004 r. w sprawie warsztatów terapii zajęciowej (Dz.U. Nr 63, poz. 587).

⁶⁸Art. 8 ust 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2008 r. Nr 14 poz. 92 z późn.zm.)

⁶⁹Tamże, art. 9 ust. 1.

⁷⁰*Centra integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2013 r.* GUS, Warszawa, Notatka informacyjna z 23.10.2014 r., s. 13.

⁷¹Zasady funkcjonowania ZAZ określa art. 29 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. nr 127, poz. 721, ze zm.) oraz wydane na jej podstawie Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 17 lipca 2012 r. w sprawie zakładów aktywności zawodowej (Dz. U. z 2012 r., poz. 850).

W 2013 r. w kraju funkcjonowało 75 zakładów aktywności zawodowej, w których zatrudnionych były 4 234 osoby niepełnosprawne, w tym 2 286 osób z zaburzeniami psychicznymi⁷².

W województwie opolskim działają dwa zakłady aktywności zawodowej w Opolu i w Branicach, w których w 2013 r. zatrudnionych było 108 osób niepełnosprawnych, w tym 50 osób z zaburzeniami psychicznymi. W 2013 r. województwo opolskie zajmowało drugą pozycję w kraju (po woj. zachodniopomorskim) pod względem średniej liczby pracowników zatrudnionych w ZAZ-ach, przypadających na 1 placówkę (w tym 3 pozycję pod względem liczby zatrudnionych osób niepełnosprawnych). W 2014 r. w zakładach aktywności zawodowej w Opolu i Branicach zatrudnionych było 110 osób niepełnosprawnych.

3. *Środowiskowe Domy Samopomocy (ŚDS)* to ośrodki wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, które w wyniku upośledzenia niektórych funkcji organizmu lub zdolności adaptacyjnych wymagają pomocy w nabyciu lub odzyskaniu umiejętności funkcjonowania w środowisku rodzinnym i społecznym, w szczególności w celu zwiększenia zaradności i samodzielności życiowej. Rehabilitacja społeczna obejmuje przede wszystkim podtrzymanie i rozwijanie u osób z zaburzeniami psychicznymi umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, terapię zajęciową, przygotowanie osób do podjęcia pracy oraz pomoc w uzyskaniu odpowiedniego zatrudnienia.

W 2013 r. w Polsce było 728 środowiskowych domów samopomocy posiadających ogółem 25 184 miejsca⁷³.

W województwie opolskim na koniec 2014 r. było 12 środowiskowych domów samopomocy, w tym 9 prowadzonych przez samorząd gminy, 1 przez powiat, a 2 prowadzone przez podmioty niepubliczne na zlecenie gmin.

Liczba miejsc w ŚDS-ach w województwie opolskim wynosi 637, w tym:

- 1) 144 miejsca dla osób przewlekle psychicznie chorych,
- 2) 377 miejsc dla osób upośledzonych umysłowo,
- 3) 116 miejsc dla osób wykazujących inne zaburzenia czynności psychicznych.

⁷²Centra integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2013 r. ... op. cit., s. 6-9.

⁷³Sprawozdanie MPiPS-05. Sprawozdanie o placówkach zapewniających całodobową opiekę i wsparcie w woj. opolskim za rok 2014.

4. *Zakłady Pracy Chronionej (ZPCH)* to jedna z głównych form rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych. Statut zakładu pracy chronionej może otrzymać każdy pracodawca prowadzący własną działalność gospodarczą, jeżeli przez okres 6 miesięcy osiąga odpowiednie wskaźniki zatrudnienia osób niepełnosprawnych. Podstawowym celem działania ZPCH jest zapewnienie pracy odpowiedniej do stopnia dysfunkcji pracowników oraz zagwarantowanie doraźnej i specjalistycznej opieki medycznej, poradnictwa oraz usług rehabilitacyjnych.

W Polsce w czerwcu 2015 r. było 1 215 zakładów pracy chronionej, w których zatrudniono 167 632 osoby niepełnosprawne, w tym 31 224 osoby z zaburzeniami psychicznymi i upośledzone umysłowo. W województwie opolskim działało 18 zakładów pracy chronionej, w których zatrudniono 1 727 osób niepełnosprawnych, w tym 334 osoby z zaburzeniami psychicznymi i upośledzone umysłowo⁷⁴. Liczba zakładów pracy chronionej systematycznie maleje od 2000 r. (liczba tych jednostek zmniejszyła się z 3 461 w czerwcu 2000 r. do 1 215 w czerwcu 2015 r., tj. o 65%). W woj. opolskim w latach 2010-2014 liczba zakładów pracy chronionej zmalała o 6 jednostek, a liczba zatrudnionych w nich osób niepełnosprawnych o 1 154. Prawie nie zmieniła się liczba zatrudnionych osób niepełnosprawnych ze schorzeniami specjalnymi (jest ich nadal 334)⁷⁵.

5. *Centrum Integracji Społecznej (CIS)* może być tworzone przez wójta, burmistrza, prezydenta miasta i/lub organizacje pozarządowe (w rozumieniu przepisów o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie)⁷⁶. Zadaniem CIS jest reintegracja zawodowa i społeczna osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, w tym niepełnosprawnych, CIS jest formą prawną, a nie samodzielny podmiotem prawnym, co ułatwia współpracę z innymi instytucjami samorządowymi lub organizacjami pozarządowymi. W ramach rehabilitacji zawodowej CIS może prowadzić działalność wytwórczą, handlową lub usługową za wyjątkiem działalności przewidzianej w ustawie⁷⁷. Osoba skierowana do centrum świadczy pracę w ramach indywidualnego programu zatrudnienia socjalnego, otrzymując m.in. świadczenie integracyjne

⁷⁴Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych, *Dane dotyczące zakładów pracy chronionej. Dane od wojewodów dotyczące zakładów pracy chronionej i stanu zatrudnienia* <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/p,84,dane-dotyczace-zakladow-pracy-chronionej> (19.11.2015 r.).

⁷⁵Tamże.

⁷⁶CIS to placówka pobytu dziennego, której zasady działania określa *ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym* (Dz. U. z 2011 r., nr 43, poz. 225 ze zm.)

⁷⁷Tamże, art. 9 ust. 1.

i bezpłatny posiłek. Po upływie okresu uczestnictwa w centrum, nie dłuższym niż 12 miesięcy, uczestnik kierowany jest na rynek pracy w ramach tzw. zatrudnienia wspieranego.

W 2013 r. w kraju były 132 centra integracji społecznej, w których uczestniczyło 6,9 tys. osób, w tym – ok. 400 niepełnosprawnych. W województwie opolskim w 2013 r. funkcjonowały 2 CIS-y: w Byczynie i w Strzelcach Opolskich, w których uczestniczyły 52 osoby (głównie bezrobotne, opuszczające zakłady karne), w tym 18 osób niepełnosprawnych⁷⁸. Wg stanu we wrześniu 2015 r. liczba centrów integracji społecznej wzrosła do 6 jednostek (już działają 4: w Byczynie, Strzelcach Opolskich, Nysie i Kędzierzynie-Koźlu, od stycznia 2016 r. zostaną uruchomione 2 jednostki: w Nysie i Kędzierzynie-Koźlu)⁷⁹.

6. *Klub Integracji Społecznej (KIS)* to instytucja, której celem jest udzielenie osobom zagrożonym wykluczeniem społecznym i ich rodzinom pomocy w odbudowywaniu i podtrzymywaniu umiejętności uczestnictwa w życiu społeczności lokalnej, w powrocie do pełnienia ról społecznych oraz w podniesieniu kwalifikacji zawodowych. Działalność klubów ma sprzyjać samoorganizacji i podejmowaniu wspólnych inicjatyw w zakresie aktywizacji zawodowej, w tym prowadzących do tworzenia własnych miejsc prac.

W 2013 r. było w kraju 220 klubów integracji społecznej, w których uczestniczyło 14 625 osób, w tym 290 osób chorych psychicznie. We wrześniu 2015 r. w województwie opolskim działało 5 KIS-ów.

W centrach i klubach integracji społecznej uczestnikami rehabilitacji społeczno-zawodowej są głównie osoby bezrobotne i bezdomne, a tylko nieznaczny odsetek stanowią osoby z zaburzeniami psychicznymi (1,98%)⁸⁰.

7. *Spółdzielnie socjalne* to podmioty uznawane obecnie za modelowe przykłady przedsiębiorczości społecznej – łączącej realizację funkcji ekonomicznych i społecznych. Przedmiotem działalności spółdzielni socjalnej jest prowadzenie wspólnego

⁷⁸Centra integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2013 r., op. cit., s. 3

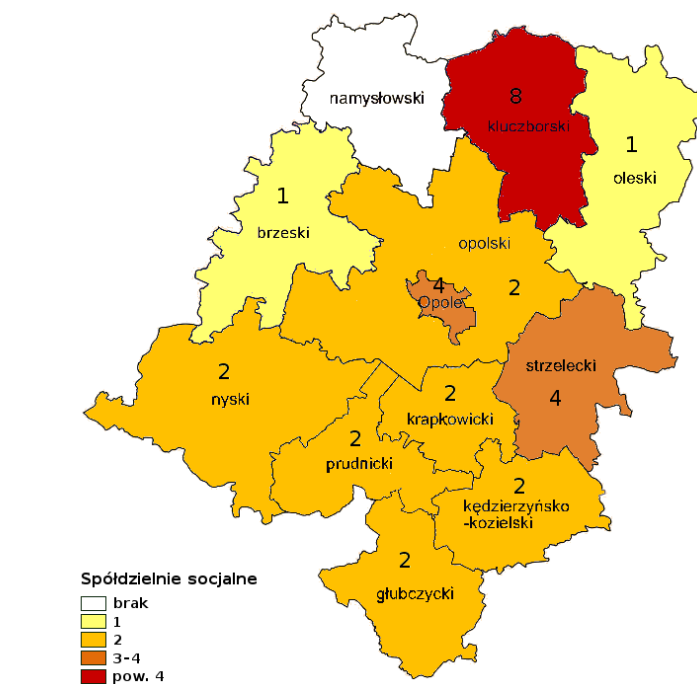
⁷⁹Zob. Wojewódzka Strategia w Zakresie Polityki Społecznej na lata 2016-2025, s. 68.

⁸⁰Informacja o funkcjonowaniu klubów i centrów integracji społecznej w latach 2012-2013, MPIPS, Warszawa 2014, <https://www.google.pl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKewjshKiXl6nJAhWB1ywKHazyAh0QFggfMAA&url=http%3A%2F%2Fbip.kprm.gov.pl%2Fdownload%2F75%2F13662%2FRM-24-223-14.pdf&usg=AFQjCNGRdpQblEyKgFept3m01yvumIXtrA&cad=rja> (19.11.2015 r.).

przedsiębiorstwa w oparciu o osobistą pracę członków. Spółdzielnia socjalna działa na rzecz społecznej i zawodowej reintegracji jej członków. Celem działania spółdzielni jest odbudowanie i podtrzymanie umiejętności życia w społeczności lokalnej, pełnienia ról społecznych, w tym zdolności do samodzielnego świadczenia pracy na rynku pracy⁸¹. Spółdzielnie socjalne są ważnym elementem całego sektora ekonomii społecznej, a rola tego sektora w przeciwdziałaniu wykluczeniu społecznemu podkreślona jest w dokumentach strategicznych Samorządu Województwa Opolskiego⁸².

W 2013 r. w Polsce było 850 spółdzielni socjalnych, w woj. opolskim 24. Wskaźnik na 100 tys. ludności wynosił odpowiednio: 2,2 dla kraju , dla województwa opolskiego – 2,3⁸³. W 2015 r. działało na terenie województwa opolskiego 30 spółdzielni socjalnych, z których połowa powstała w 2014 r. Spółdzielnie socjalne znajdują się we wszystkich powiatach woj. opolskiego, z wyjątkiem powiatu namysłowskiego.

Mapa 3. Spółdzielnie socjalne w województwie opolskim w 2015 r.



Źródło: opracowanie własne ROPS w Opolu

⁸¹Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 27 kwietnia 2006 r. o spółdzielniach socjalnych, (Dz.U. Nr 94 poz. 651 ze zm.).

⁸²Zob. *Wojewódzki Program Pomocy i Integracji Społecznej na lata 2016–2025(projekt)*, Strategia Rozwoju Województwa Opolskiego do 2020 r.

⁸³*Krajowy Program Rozwoju Ekonomii Społecznej*, Warszawa 2014 [http://wuplodz.praca.gov.pl/documents/1135458/1475449/Krajowy_Program_Rozwoju_Ekonomii_Spolecznej_\(2014\)/84edca1e-7ffd-453e-bafa-45199a488281?t=143314781370](http://wuplodz.praca.gov.pl/documents/1135458/1475449/Krajowy_Program_Rozwoju_Ekonomii_Spolecznej_(2014)/84edca1e-7ffd-453e-bafa-45199a488281?t=143314781370) (05.11.2015 r.).

Na podstawie wyników badania przeprowadzonego przez ROPS w Opolu w lipcu 2014 r. ustalono problemy i potrzeby działających spółdzielni socjalnych w regionie, wśród których najważniejsze to:

- brak wystarczającej wiedzy otoczenia społeczno-gospodarczego o zasadach funkcjonowania spółdzielni socjalnej,
- brak narzędzi finansowania zewnętrznego spółdzielni (pożyczek, poręczeń, kredytów bankowych), a także (choć w mniejszym stopniu):
 - brak powszechności stosowania przez administrację w zamówieniach publicznych klauzul społecznych,
 - specyficznego podejścia do pracy spółdzielni przez jej członków, przejawiającego się m.in. tym, że część spośród nich (szczególnie osoby bez wykształcenia, które wiele lat pozostawały na bezrobociu) uważa, że skoro są członkami, a tym samym właścicielami, to nie muszą pracować,
 - brak środków obrotowych oraz kapitału potrzebnego na zakup nieruchomości oraz profesjonalnego sprzętu ewentualnie surowców lub zatowarowania – co jest ściśle powiązane z brakiem narzędzi finansowania zewnętrznego.

Zdecydowana większość badanych spółdzielni socjalnych korzysta z zewnętrznych źródeł finansowania. Są to najczęściej dotacje unijne, dotacje krajowe lub, zdecydowanie rzadziej, kredyty obrotowe.

8. *Ośrodki Pomocy Społecznej i Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie* to jednostki organizacyjne pomocy społecznej. Znajdują się w każdej gminie i powiecie. Dla osób z zaburzeniami psychicznymi prowadzą doradztwo zawodowe w zakresie funkcjonowania na rynku pracy, a także działania zapobiegające negatywnym skutkom zaburzeń psychicznych (profilaktyka). Zatrudnieni w tych jednostkach pracownicy socjalni i doradcy ds. osób niepełnosprawnych udzielają wszechstronnej pomocy i wsparcia osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym w formie pracy socjalnej, poradnictwa specjalistycznego, przyznania specjalistycznych usług opiekuńczych, mieszkania chronionego, doradztwa zawodowego, pomocy w zatrudnieniu, załatwieniu spraw urzędowych.
9. *Organizacje pozarządowe* zajmujące się wsparciem osób niepełnosprawnych realizują działania na ich rzecz m.in. w ramach konkursów ogłaszanych przez administrację

publiczną oraz programów rządowych i samorządowych, w tym współfinansowanych z UE.

Liczba aktywnie działających organizacji pozarządowych w województwie opolskim wynosi ok. 2.300, w tym w obszarze pomocy i integracji społecznej działa około 500.

W 2012 r. w Polsce działało 83,5 tys. organizacji trzeciego sektora, w tym:

- 69,6 tys. stowarzyszeń i podobnych organizacji społecznych,
- 8,5 tys. fundacji,
- 3,6 tys. samorządów gospodarczych i zawodowych oraz organizacji pracodawców;
- 1,8 tys. społecznych podmiotów wyznaniowych.

Spośród wszystkich organizacji III sektora 10% posiadało status organizacji pożytku publicznego⁸⁴.

Mapa 4. Liczba organizacji na 10 tys. mieszkańców wg województw w 2012 r. (w %)



Źródło: *Trzeci sektor w Polsce stowarzyszenia, fundacje, społeczne podmioty wyznaniowe, organizacje samorządu zawodowego, gospodarczego i pracodawców w 2012 r.*, GUS, Warszawa 2014, s. 40.

W 2012 r. najwięcej organizacji pozarządowych przypadających na 10 tys. mieszkańców było w województwach: mazowieckim, wielkopolskim i podkarpackim (23,8-25,3). Województwo opolskie miało 2 300 aktywnych organizacji III sektora, co oznacza, że na 10 tys. mieszkańców przepadało 22,8 podmiotów⁸⁵.

Spis organizacji pozarządowych działających w woj. opolskim w obszarze polityki społecznej zamieszczony jest w aneksie do *Wojewódzkiej Strategii w Zakresie Polityki Społecznej na lata 2016–2025*⁸⁶.

⁸⁴Tamże, s. 2.

⁸⁵Tamże, s. 40.

⁸⁶*Wojewódzka Strategia w Zakresie Polityki Społecznej na lata 2016-2025* (projekt)

12.3. Zasoby instytucjonalne województwa opolskiego w zakresie aktywizacji społeczno-zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi

1. Zakłady Aktywności Zawodowej.

Tabela 14. Zakłady Aktywności Zawodowej w woj. opolskim w 2014 r.

Lp.	Zakład Aktywności Zawodowej	Powiat	Gmina	Adres
1.	Zakład Aktywności Zawodowej. Fundacja <i>Dom Rodzinnej Rehabilitacji Dzieci z Porażeniem Mózgowym</i> w Opolu	Miasto Opole	Opole	ul. Mieleckiego 4a 45-115 Opole
2.	Zakład Aktywności Zawodowej im. Jana Pawła II przy Stowarzyszeniu Na Rzecz Osób Niepełnosprawnych w Branicach	głubczycki	Branice	ul. Szpitalna 18 48-140 Branice

Źródło: opracowanie własne ROPS w Opolu.

2. Zakłady Pracy Chronionej.

Tabela 15. Zakłady pracy chronionej w woj. opolskim w 2015 r.*

Lp.	Zakład Pracy Chronionej	Powiat	Gmina	Adres
1.	Spółdzielnia Inwalidów „Odrodzenie” w Oleśnie	oleski	Olesno	ul. Akacyjowa 4 46-300 Olesno
2.	„Gwarant” Agencja Ochrony S. A. w Opolu	Miasto Opole	Miasto Opole	ul. Cygana 2 45-131 Opole
3.	Brzeskie Centrum handlowe „Marko” Scelina Marek i Spółka Sp. J.	brzeski	Brzeg	ul. Trzech Kotwic 11 49-300 Brzeg
4.	Spółdzielnia Inwalidów „Inmet” w Kędzierzynie-Koźlu	kędzierzyński	Kędzierzyn-Koźle	ul. Portowa 33 47-206 Kędzierzyn-Koźle
5.	Brzeskie Centrum handlowe „Marko” Scelina Marek Spółka Komandytowa w Brzegu	brzeski	Brzeg	ul. Trzech Kotwic 11 49-300 Brzeg
6.	Przedsiębiorstwo Produkcyjno- Handlowe „Luz” S.C. w Kluczborku	kluczborski	Kluczbork	Rynek 16 46-200 Kluczbork
7.	Przedsiębiorstwo Produkcyjno- Handlowo-Uslugowe „Flaxpol” Sp. z o. o. w Kluczborku	kluczborski	Kluczbork	ul. Władysława Jagiełły 1 46-200 Kluczbork
8.	„Metalowiec” Sp. z o. o. w Namysłowie	namysłowski	Namysłów	ul. Fabryczna 2 46-100 Namysłów
9.	„Jarpak” Zakład Produkcji Opakowań z Tektury Alicja Wątrobińska w Paczkowie	nyski	Paczków	ul. Sienkiewicza 14 48-370 Paczków
10.	Auto Power Electronic w Opolu	Miasto Opole	Miasto Opole	ul. Zbożowa 12 45-837 Opole
11.	„Odnova” Sp. z o. o. w Opolu	Miasto Opole	Miasto Opole	ul. Koraszewskiego 8-16 45-011 Opole
12.	„Odra” Sp. z o. o. w Opolu	Miasto Opole	Miasto Opole	ul. Nowowiejskiego 19 45-789 Opole
13.	Zakład Usługowy „Max” Adam Maksymów w Jarnołtówku	nyski	Głuchołazy	Jarnołtówek 24 48-267 Jarnołtówek
14.	Spółdzielnia „Pionier” w Prudniku	prudnicki	Prudnik	ul. Batorego 35 48-200 Prudnik
15.	„Gwarant-bis Security” Sp. z o. o. w Opolu	Miasto Opole	Miasto Opole	ul. Cygana 2 45-131 Opole
16.	Complex Z. Gołębiowski i BP S. J. w Brzegu	brzeski	Brzeg	Pl. Zamkowy 5 49-300 Brzeg
17.	„PJK Security” Sp. z o. o. w Opolu	Miasto Opole	Miasto Opole	ul. Cygana 2 45-131 Opole

* wg stanu na 10.09.2015 r.

Źródło: opracowanie własne ROPS w Opolu na podstawie wykazu Opolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Opolu <https://bipouw.ewojewoda.pl/pl/c/wykaz-zakladow-pracy-chronionej-w-wojewodztwie-opolskim.html> (20.10.2015 r.).

3. Spółdzielnie socjalne.

Tabela 16. Spółdzielnie socjalne w województwie opolskim w 2015 r.*

Lp.	Nazwa	Spółdzielnie socjalne wg Krajowego Rejestru Sądowego		
		Powiat	Gmina	Adres
1	Brzeska Spółdzielnia Socjalna Jedyńka	brzeski	Brzeg	Ul. 1 Maja 2 49-300 Brzeg
2	Spółdzielnia Socjalna „Niezapominajka”	głubczycki	Głubczyce	Ul. Słoneczna 17 48-100 Głubczyce
3	Spółdzielnia Socjalna „Powrót”	głubczycki	Branice	48-140 Lewice 25 B
4	Spółdzielnia Socjalna „Pszczółka”	kędzierzyńsko-kozielski	Kędzierzyn-Koźle	Ul. Piastowska 53 47-200 Kędzierzyn-Koźle
5	Wielobranżowa Spółdzielnia Socjalna „Ogniwo”	kędzierzyńsko-kozielski	Kędzierzyn-Koźle	Ul. Matejki 29/1 47-220 Kędzierzyn-Koźle
6	Spółdzielnia Socjalna „Picasso”	kluczborski	Byczyna	Proślice 61/22 46-250 Wołczyn
7	Spółdzielnia Socjalna „Las Vegas”	kluczborski	Byczyna	Polanowice 33 46-220 Byczyna
8	Spółdzielnia Socjalna Usługowo-Handlowo-Produkcyjna	kluczborski	Byczyna	Rynek 2 46-220 Byczyna
9	Spółdzielnia Socjalna „Kornik”	kluczborski	Byczyna	Polanowice 33/3 46-220 Byczyna
10	Spółdzielnia Socjalna „Perunica”	kluczborski	Byczyna	Ul. Dworcowa 7 46-220 Byczyna
11	Spółdzielnia Socjalna „Gród”	kluczborski	Byczyna	Biskupice 58 46-220 Byczyna
12	Spółdzielnia Socjalna „Natura 2014”	kluczborski	Kluczbork	Ul. Mickiewicza 14 46-200 Kluczbork
13	Spółdzielnia Socjalna „Cafe Babeczka”	kluczborski	Kluczbork	Ul. Moniuszki 11 46-200 Kluczbork Górna
14	Spółdzielnia Socjalna ‘Pomocna Dłoń’	krapkowicki	Krapkowice	Ul. Stawowa 5 B 47-300 Dąbrówka
15	Spółdzielnia Socjalna „Razem”	krapkowicki	Krapkowice	Ul. Opolska 8 47-341 Żużela, Stradunia
16	Spółdzielnia Socjalna „Parasol”	nyski	Nysa	Ul. Słowicza 11 48-300 Nysa, Jędrzychów
17	Spółdzielnia Socjalna „Młyn Niwnica”	nyski	Nysa	Niwnica 132 48-303 Nysa
18	Spółdzielnia Socjalna ‘Integracja”	oleski	Gorzów Śl.	Uszyce 18/19 46-310 Gorzów Śląski
19	Spółdzielnia Socjalna „Piękny Dom”	opolski ziemski	Tarnów Op.	Ul. Dworcowa 4 46-050 Tarnów Opolski
20	Spółdzielnia Socjalna „Twoja Opiekunka”	opolski ziemski	Tarnów Op.	Ul. Świerczewskiego 3 46-050 Tarnów Opolski
21	Spółdzielnia Socjalna „Domowe Smaki”	prudnicki	Prudnik	Plac Zamkowy 2 48-200 Prudnik
22	Spółdzielnia Socjalna „Fenix w Głogówku”	prudnicki	Głogówek	Ul. Szkolna 3/2 48-250 Głogówek
23	Spółdzielnia Socjalna Usługowo-Handlowa EL-OPO	strzelecki	Strzelce Op.	Ul. Rubinowa 20 47-100 Strzelce Opolskie
24	Strzelecka Spółdzielnia Socjalna „Sydoraj”	strzelecki	Strzelce Op.	Ul. Krakowska 4 47-100 Strzelce Opolskie
25	Spółdzielnia Socjalna „Premio Group”	strzelecki	Strzelce Op.	Ul. Zakładowa 11 47-100 Strzelce Opolskie
26	Strzelecka Spółdzielnia Socjalna	strzelecki	Strzelce Op.	Ul. Wyszyńskiego 10 47-100 Strzelce Opolskie
27	Opolska Spółdzielnia Socjalna „Diament”	Opole Miasto	Opole	Ul. Częstochowska 22 45-424 Opole
28	Spółdzielnia Socjalna ‘Solidnie i Czysto”	Opole Miasto	Opole	Ul. Oleska 11 45-052 Opole

29	Spółdzielnia Socjalna „Centrum Zdrowego Życia”	Opole Miasto	Opole	Ul. Barlickiego 7 45-020 Opole
30	Spółdzielnia Socjalna Usługowo-Handlowo-Produkcyjna Opole”	Opole Miasto	Opole	Ul. Katowicka 91 45-054 Opole

* wg stanu na 15.12.2015 r.

Źródło: opracowanie własne ROPS w Opolu na podstawie informacji WUP w Opolu oraz Krajowego Rejestru Sądowego

4. Warsztaty terapii zajęciowej.

Tabela 17. Warsztaty terapii zajęciowej w woj. opolskim w 2014 r.

Lp.	Warsztaty Terapii Zajęciowej	Powiat	Gmina	Adres
1.	Warsztaty Terapii Zajęciowej Caritas Diecezji Opolskiej w Kluczborku	kluczborski	Kluczbork	ul. Katowicka 9 46-200 Kluczbork
2.	Warsztaty Terapii Zajęciowej prowadzone przez Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym, Koło w Kędzierzynie-Koźlu	kędzierzyńsko-kozielski	Kędzierzyn-Koźle	ul. Skarbowa 4 47-200 Kędzierzyn- Koźle
3.	Warsztaty Terapii Zajęciowej prowadzone przez Brzeskie Stowarzyszenie Chorych na Stwardnienie Rozsiane w Brzegu	brzeski	Brzeg	ul. 1 Maja 2 49-300 Brzeg
4.	Warsztaty Terapii Zajęciowej prowadzone przez Grodkowskie Stowarzyszenie Osób Niepełnosprawnych i Ich Przyjaciół w Jędrzejowie	brzeski	Grodków	Jędrzejów 32a 49-200 Grodków
5.	Warsztaty Terapii Zajęciowej prowadzone przez Stowarzyszenie Przyjaciół i Osób Niepełnosprawnych „Pomóżmy Im” w Lewinie Brzeskim	Brzeski	Lewin Brzeski	ul. Kościuszki 52 49-340 Lewin Brzeski
6.	Warsztaty Terapii Zajęciowej w Krapkowicach (prowadzony przez Gmina Krapkowice)	krapkowicki	Krapkowice	ul. Mickiewicza 1 47-303 Krapkowice
7.	Warsztaty Terapii Zajęciowej przy Stowarzyszeniu Przyjaciół Chorych "Nadzieja" w Namysłowie	namysłowski	Namysłów	ul. Pułaskiego 3b 46-100 Namysłów
8.	Warsztaty Terapii Zajęciowej przy Stowarzyszeniu Na Rzecz Osób Niepełnosprawnych w Głubczycach	głubczycki	Głubczyce	ul. Sobieskiego 5 48-100 Głubczyce
9.	Warsztaty Terapii Zajęciowej Caritas Diecezji Opolskiej w Głuchołazach	nyski	Głuchołazy	ul. Andersa 76 48-340 Głuchołazy
10.	Warsztaty Terapii Zajęciowej Caritas Diecezji Opolskiej Rejon Nysa w Nysie	nyski	Nysa	ul. Grodkowska 26 48-300 Nysa
11.	Warsztaty Terapii Zajęciowej prowadzone przez Zgromadzenie Braci Szkół Chrześcijańskich w Zawadzkiem	strzelecki	Zawadzkie	ul. Czarna 2 47-120 Zawadzkie
12.	Warsztaty Terapii Zajęciowej Fundacji „Dom Rodzinnej Rehabilitacji Dzieci Z Porażeniem Mózgowym” w Opolu	Miasto Opole	Miasto Opole	ul. Mielęckiego 4a 45-151 Opole
13.	Warsztaty terapii zajęciowej prowadzone przez Zgromadzenie Braci Szkół Chrześcijańskich w Uszycach	oleski	Gorzów Śląski	Uszyce 18/19 46-310 Gorzów Śląski
14.	Warsztat Terapii Zajęciowej przy Towarzystwie Pomocy Ludziom w Oleśnie	oleski	Olesno	ul. Dworcowa 13a 46 300 Olesno
15.	Warsztaty Terapii Zajęciowej Caritas Diecezji Opolskiej w Starych Siołkowicach	opolski ziemski	Popielów	ul. Piastowska 28 46-083 Stare Siołkowice

Źródło: opracowanie własne ROPS w Opolu.

5. Centra Integracji Społecznej.

Tabela 18. Centra integracji społecznej w woj. opolskim w 2015 r.*

Lp.	Centrum Integracji Społecznej	Powiat	Gmina	Adres
1.	Centrum Integracji Społecznej CISPOL w Polanowicach (jednostka organizacyjna samorządu gminy)	kluczborski	Byczyna	Polanowice 94 46-220 Byczyna
2.	Centrum Integracji Społecznej (prowadzona przez Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Przedsiębiorczości Społecznej w Strzelcach Opolskich)	strzelecki	Strzelce Opolskie	ul. Budowlanych 6 47-100 Strzelce Opolskie
3.	Centrum Integracji Społecznej (utworzone przez Spółdzielnię Socjalną „Parasol” w Nysie)	nyski	Nysa	ul. Prusa 14 48-303 Nysa
4.	Centrum Integracji Społecznej (utworzone przez Gminę Nysa) – rozpoczęcie działalności: styczeń 2016 r.	Nyski	Nysa	ul. Kościuszki 3 48-300 Nysa

5.	Centrum Integracji Społecznej w Kędzierzynie-Koźlu (Fundacja CIS Ziemi Koziełskiej)	kędzierzyńsko-kozielski	Kędzierzyn-Koźle	ul. Piastowska 51 47-200 Kędzierzyn-Koźle
6.	Centrum Integracji Społecznej „Na zdrowie” w Kędzierzynie-Koźlu (Wielobranżowa Spółdzielnia Socjalna OGNIWO w Kędzierzynie-Koźlu)	kędzierzyńsko-kozielski	Kędzierzyn-Koźle	Pl. Wolności 9/2 47-220 Kędzierzyn-Koźle

* wg stanu na 30.09.2015 r.

Źródło: opracowanie własne ROPS w Opolu na podstawie Rejestru Centrów Integracji Społecznej Wojewody Opolskiego <https://bipouw.e-wojewoda.pl/pl/c/rejestr-centrow-integracji-spolecznej.html> (20.10.2015 r.).

6. Kluby Integracji Społecznej.

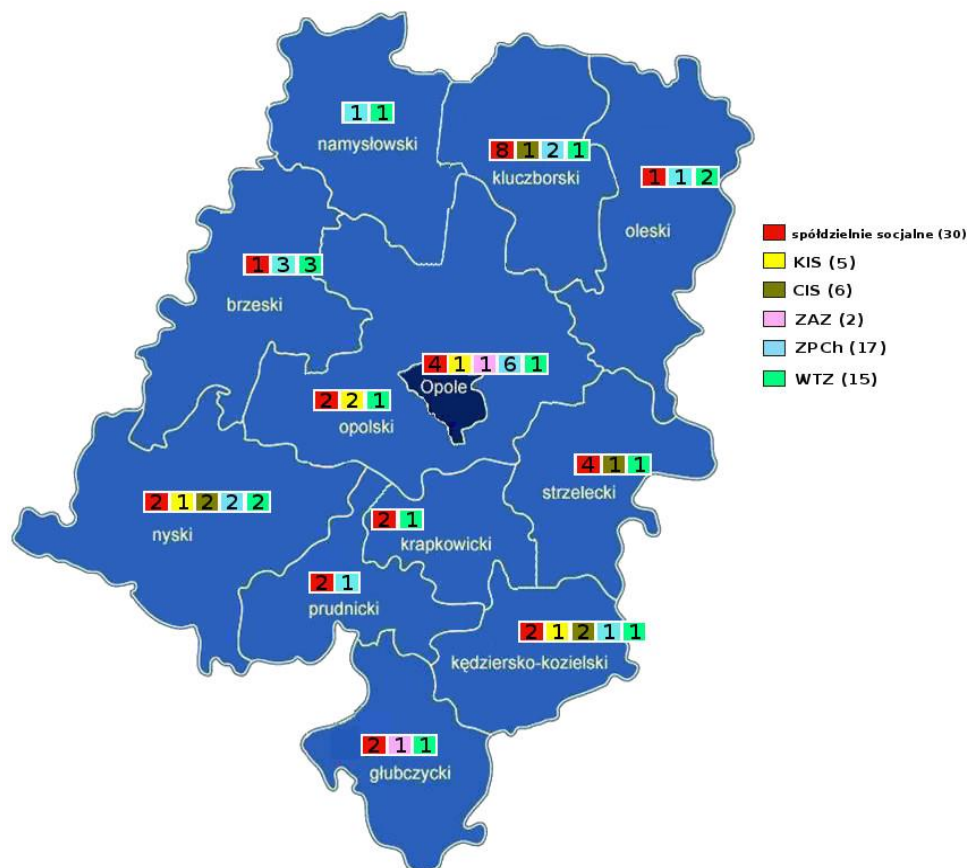
Tabela 19. Kluby integracji społecznej w woj. opolskim w 2015 r.*

Lp.	Klub Integracji Społecznej	Powiat	Gmina	Adres
1.	Klub Integracji Społecznej w Ośrodku Pomocy Społecznej w Nysie	nyski	Nysa	ul. Komisji Edukacji Narodowej 1A 48-303 Nysa
2.	Klub Integracji Społecznej przy Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Opolu	Miasto Opole	Miasto Opole	ul. Małopolska 20A 45-301 Opole
3.	Klub Integracji Społecznej w Ośrodku Pomocy Społecznej w Murowie	opolski ziemski	Murów	ul. Wolności 20/1 46-030 Murów
4.	Klub Integracji Społecznej w Ośrodku Pomocy Społecznej w Popielowie	opolski ziemski	Popielów	ul. Powstańców 12 46-090 Popielów
5.	Klub Integracji Społecznej w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Kędzierzynie-Koźlu	kędzierzyńsko-kozielski	Kędzierzyn-Koźle	ul. Mikołaja Reja 2a 47-224 Kędzierzyn-Koźle

* wg stanu na 17.07.2015 r.

Źródło: opracowanie własne ROPS w Opolu na podstawie Rejestru Klubów Integracji Społecznej Wojewody opolskiego <https://bipouw.e-wojewoda.pl/pl/c/rejestr-klubow-integracji-spolecznej.html> (20.10.2015 r.).

Mapa 5. Ośrodki aktywizacji społeczno-zawodowej w województwie opolskim w 2015 r.



Źródło: opracowanie własne ROPS w Opolu.

12.4. Wyzwania dla Wojewódzkiego programu rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi

Sytuacja osób ze specjalnymi niepełnosprawnościami, do których zalicza się zaburzenia psychiczne – choć nieznacznie poprawia się, jednak nadal jest trudna i wymaga skoordynowanych działań i wsparcia wielu instytucji i podmiotów. Najbardziej skutecznym elementem wsparcia jest aktywizacja zawodowa oraz połączona z nią rehabilitacja społeczna i zdrowotna, które stosowane łącznie dają większą szansę na usamodzielnienie tych osób oraz ich integrację społeczną.

Funkcjonujący obecnie system wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi wymaga przede wszystkim:

- 1) zwiększenia liczby instytucji, zakresu usług społecznych, rehabilitacyjnych i aktywizujących;
- 2) usprawnienia koordynacji działań wszystkich podmiotów;
- 3) modernizacji systemu polegającej głównie na zwiększeniu partnerstwa i współpracy między różnymi podmiotami samorządu terytorialnego, III sektora i instytucji komercyjnych.

Schemat 1. System wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi – wyzwania i sposoby realizacji



12.5.Cele szczegółowe i działania Programu

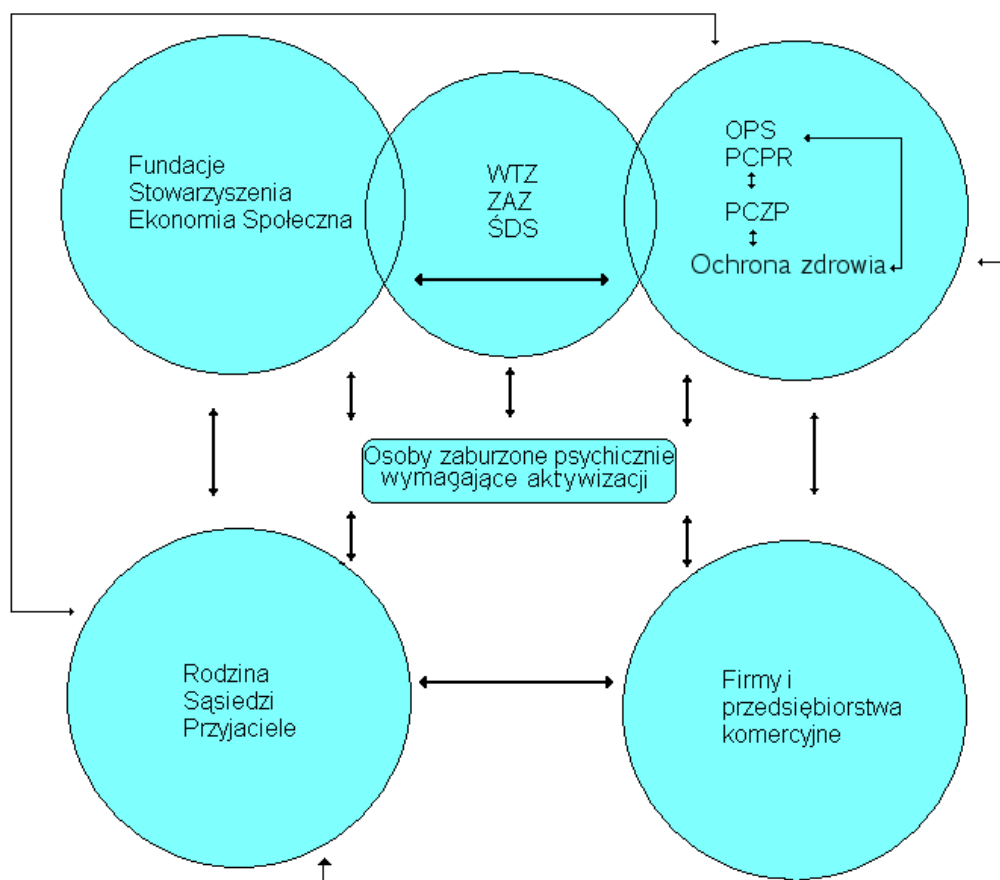
Celem głównym programu jest zwiększenie dostępności różnych form aktywizacji **społeczno-zawodowej** dostosowanych do indywidualnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym zatrudnienia wspomaganego w formie przedsiębiorczości społecznej.

Cele szczegółowe:

1. Wsparcie i promocja działań samorządu terytorialnego w zakresie:
 - a. zwiększenia dostępności usług aktywizacji społeczno-zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym realizowanych w podmiotach rehabilitacji

- społeczno-zawodowej: warsztatach terapii zajęciowej, zakładach aktywności zawodowej, klubach i centrach integracji społecznej, oraz podmiotach przedsiębiorczości społecznej,
- b. upowszechnienia wiedzy na temat potrzeb i problemów osób z zaburzeniami psychicznymi, zmiana postaw społecznych wobec tych osób, promocja działań partnerskich i współpracy międzysektorowej sprzyjającej integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi,
 - c. tworzenia sprzyjających warunków do podejmowania i utrzymania zatrudnienia przez osoby z zaburzeniami psychicznymi na otwartym i chronionym rynku pracy,
 - d. zwiększenia działań profilaktycznych skierowanych do osób i rodzin zagrożonych występowaniem zaburzeń psychicznych, zwłaszcza wobec dzieci w rodzinach problemowych oraz rodzin w sytuacjach kryzysowych.
2. Pobudzenie rozwoju III sektora oraz podmiotów ekonomii społecznej realizujących aktywizację społeczno-zawodową osób z zaburzeniami psychicznymi,
 3. Upowszechnianie środowiskowego i zintegrowanego modelu wsparcia i aktywizacji społeczno-zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi, polegającego na optymalnym wykorzystaniu różnych instrumentów aktywizacji (pomocy społecznej, rynku pracy, III sektora), przy wzmocnieniu współpracy z instytucjami ochrony zdrowia (Schemat 2).
 4. Rozwój przedsiębiorczości społecznej, w tym spółdzielni socjalnych zatrudniających osoby z zaburzeniami psychicznymi.
 5. Monitorowanie i analizowanie:
 - a. potrzeb i problemów osób z zaburzeniami psychicznymi,
 - b. działań samorządu terytorialnego w zakresie aktywizacji społeczno-zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi.

Schemat 2. Zintegrowany – środowiskowy model aktywizacji społecznej i zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi



Legenda:

WTZ – warsztat terapii zajęciowej

ZAZ – zakład aktywności zawodowej

ŚDS – Środowiskowy Dom Samopomocy

OPS – Ośrodek Pomocy Społecznej

PCPR – Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

PCZP – Powiatowe Centrum Zdrowia Psychicznego

Źródło: opracowanie własne Obserwatorium Polityki Społecznej ROPS w Opolu.

12.6. Monitoring i finansowanie Wojewódzkiego programu rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi

Cele i zadania *Wojewódzkiego programu rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami*

psychicznymi na lata 2016-2017 mają umożliwić zwiększenie dostępności usług aktywizacji społecznej i zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym budowanie i rozwój lokalnych, zintegrowanych systemów wsparcia skierowanych do tej grupy mieszkańców województwa opolskiego.

Zadania *Programu* będą – zgodnie z zasadą subsidiarności realizowane w oparciu o połączone środki finansowe pochodzące z różnych źródeł:

- własnych samorządu województwa,
- środków samorządu powiatowego, gminnego,
- środków budżetu państwa oraz Państwowego Funduszy Osób Niepełnosprawnych,
- funduszy UE (EFS, EFRR, PO WER),
- innych środków (organizacji porządkowych, podmiotów uczestniczących w realizacji projektów współfinansowanych z UE).

Duża część działań realizowana będzie w ramach ogólnych założeń i kryteriów określonych w celach strategicznych dokumentów regionalnych:

- *Strategii Rozwoju Województwa Opolskiego do 2020 r.*,
- *Wojewódzkiej Strategii w Zakresie Polityki Społecznej na lata 2016-2025*,
- *Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014- 2020*,
- *Specjalnej Strefy Demograficznej w województwie opolskim do 2020 r.*

Program podlegał będzie monitoringowi, w szczególności w oparciu o następujące narzędzia:

1. *Ocenę zasobów pomocy społecznej województwa opolskiego* – coroczną analizę opracowywaną przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Opolu na podstawie gminnych i powiatowych ocen zasobów pomocy społecznej.
2. Roczny raport o stanie ekonomii społecznej w województwie opolskim opracowywany zgodnie ze *Strategią rozwoju badań statystyki publicznej w zakresie trzeciego sektora i kapitału społecznego oraz Kierunków rozwoju polskiej statystyki publicznej do 2017 r.*⁸⁷.
3. Informację o sytuacji społeczno-gospodarczej województwa opolskiego (GUS i Urząd Statystyczny w Opolu).

⁸⁷*Kierunki rozwoju statystyki publicznej do 2017 r.*, GUS, Warszawa 2012, http://bip.stat.gov.pl/gfx/bip/userfiles/_public/bip/kierunki_rozwoju/bip_kierunki_rozwoju_polskiej_statystyki_publicznej_do_2017.pdf (20.10.2015 r.).

4. Sprawozdania i materiały statystyczne Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej oraz inne informacje i materiały statystyczne.

13. Monitorowanie regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego

Zakłada się możliwość przeprowadzania monitorowania w okresach rocznych. Formy i sposób zostaną ustalone, tak by były jak najbardziej kompatybilne ze sprawozdawczością przygotowaną przez Ministerstwo Zdrowia na potrzeby monitoringu realizacji w województwach zadań wynikających z dokumentów programowych o zasięgu krajowym odnoszących się do zdrowia psychicznego. Jednocześnie zakłada się taką realizację monitoringu, by był on realnie pomocny w realizacji przedsięwzięć, a nie stanowił jedynie obciążenia o charakterze biurokratyczno-formalnym.

14. Finansowanie regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego

Główne źródła finansowania zadań wynikających z niniejszego Programu będą pochodzić z:

- środków finansowych pozostających w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia,
- środków budżetowych jednostek samorządu terytorialnego,
- własnych środków finansowych podmiotów medycznych,
- środków budżetu państwa,
- środków pochodzących z PFRON,
- środków pochodzących z Funduszy Europejskich (UE).

Podmiotami realizującymi RPOZP będzie Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego oraz jednostki organizacyjne samorządu województwa. Realizacja regionalnego programu jest jednak również związana z realizacją lokalnych programów ochrony zdrowia psychicznego przez powiaty i gminy województwa opolskiego oraz podległe im jednostki organizacyjne. Kluczowe znaczenie dla wielu elementów regionalnego programu mają działania OOW NFZ. Zaangażowane w realizację programu w jak największym stopniu powinny być również organizacje pozarządowe oraz grupy samopomocowe pacjentów i osób z różnymi problemami w obszarze zdrowia psychicznego - w tym uzależnień - oraz członkowie ich rodzin.

Wydatki na realizację programu winny być ponoszone z budżetu organów centralnych jak również jednostek samorządu terytorialnego. Podmiotem odpowiedzialnym za finansowanie świadczeń zdrowotnych będzie Narodowy Fundusz Zdrowia. Jednostki samorządu terytorialnego wspierać mogą inwestycje oraz kształcenie i podnoszenie kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne w swoich podmiotach leczniczych.

Do realizacji działań w ramach programu mogą zostać zaangażowane środki finansowe PFRON, a także środki z Funduszy Europejskich (UE). Zaangażowanie środków z innych źródeł zależy będzie od charakteru podejmowanych działań oraz od realnie istniejących możliwości.

Z realizacją programu wiąże się ponoszenie kosztów zarówno wynikających z potrzeb dotyczących infrastruktury, jak również zwiększenia zatrudnienia w obszarze związanym ze zdrowiem psychicznym.

W praktyce wysokość wydatków przeznaczonych na realizację programu możliwa będzie do określenia po zakończeniu kolejnych lat jego realizacji. Powyższe wynika ze złożonego i zróżnicowanego charakteru programu oraz z dużej liczby instytucji zaangażowanych w jego realizację.

Warunkiem niezbędnym do zabezpieczenia wykonywania zadań stawianych w programie Samorządowi Województwa Opolskiego będzie zapewnienie na potrzeby realizacji programu odpowiednich zasobów kadrowych oraz uruchomienie adekwatnych zasobów finansowych NFZ, w tym na funkcjonowanie Powiatowych Centrów Zdrowia Psychicznego (w przypadku ich powstawania) i psychiatrii środowiskowej.

15. Realizatorzy regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego po stronie Samorządu Województwa Opolskiego

Za realizację i koordynację RPOZP odpowiada Dyrektor Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego. Dyrektor ten nadzoruje i koordynuje realizację elementów programu przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Opolu oraz współpracuje w ramach realizacji programu z Pełnomocnikiem Zarządu Województwa Opolskiego ds. Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz z Pełnomocnikiem Zarządu Województwa Opolskiego ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Opolu realizuje elementy programu znajdujące się w jego zakresie działania. W szczególności ROPS odpowiada za realizację „Wojewódzkiego programu poszerzenia, zróżnicowania i unowocześnienia pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej” oraz „Wojewódzkiego programu rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi”.

Pełnomocnik Zarządu Województwa Opolskiego ds. Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych odpowiada za realizację zadań RPOZP wynikających z realizacji Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Pełnomocnik Zarządu Województwa Opolskiego ds. Przeciwdziałania Narkomanii odpowiada za realizację zadań RPOZP wynikających z realizacji Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii.

16. Spis wykresów, tabel, map i schematów

16.1 Spis wykresów

Wykres_1. Liczba pacjentów psychiatrycznej opieki zdrowotnej z województwa opolskiego (dotyczy korzystających ze świadczeń zakontraktowanych przez OOW NFZ - pacjenci występują pojedynczo na podstawie unikalnych peseli) wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za dany rok – strona 11

Wykres_2. Liczba pacjentów psychiatrycznej opieki zdrowotnej z województwa opolskiego z podziałem na powiaty zamieszkania (dotyczy korzystających ze świadczeń zakontraktowanych przez OOW NFZ - pacjenci występują pojedynczo na podstawie unikalnych peseli) wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2014 rok – strona 12

Wykres_3. Liczba pacjentów psychiatrycznej opieki zdrowotnej z województwa opolskiego z podziałem na powiaty zamieszkania (dotyczy korzystających ze świadczeń zakontraktowanych przez OOW NFZ - pacjenci występują pojedynczo na podstawie unikalnych peseli) wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2014 rok na 10 tys. mieszkańców - strona 13

Wykres_4. Organiczne zaburzenia psychiczne (F00-F09) na 10 tys. mieszkańców województwa opolskiego z podziałem na powiaty zamieszkania (jedna osoba może wystąpić w kilku rozpoznaniach) wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2014 rok. Rozpoznanie (unikalne liczby osób wg PESEL w poszczególnych rozpoznaniach) – strona 14

Wykres_5. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu (F10) na 10 tys. mieszkańców województwa opolskiego z podziałem na powiaty

zamieszkania (jedna osoba może wystąpić w kilku rozpoznaniach) wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2014 rok. Rozpoznanie (unikalne liczby osób wg PESEL w poszczególnych rozpoznaniach) – strona 15

Wykres_6. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (F11-F19) na 10 tys. mieszkańców województwa opolskiego z podziałem na powiaty zamieszkania (jedna osoba może wystąpić w kilku rozpoznaniach) wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2014 rok. Rozpoznanie (unikalne liczby osób wg PESEL w poszczególnych rozpoznaniach) – strona 15

Wykres_7. Choroby i zaburzenia psychiczne (F20-F99) na 10 tys. mieszkańców województwa opolskiego z podziałem na powiaty zamieszkania (jedna osoba może wystąpić w kilku rozpoznaniach) wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2014 rok. Rozpoznanie (unikalne liczby osób wg PESEL w poszczególnych rozpoznaniach) – strona 16

Wykres_8. Mieszkańcy województwa opolskiego z rozpoznaniem F z podziałem na grupy wiekowe (jedna osoba może wystąpić w kilku rozpoznaniach) wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2014 rok – strona 17

Wykres_9. Najbardziej rozpowszechnione choroby i zaburzenia psychiczne mieszkańców województwa opolskiego według rozpoznania w grupach rozpoznania w grupie wiekowej 6-11 i 12-18 lat (jedna osoba może wystąpić w kilku rozpoznaniach) wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2014 rok – strona 17

Wykres_10. Najbardziej rozpowszechnione choroby i zaburzenia psychiczne mieszkańców województwa opolskiego według rozpoznania w grupach rozpoznania w grupie wiekowej 19-65 lat (jedna osoba może wystąpić w kilku rozpoznaniach) wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2014 rok – strona 18

Wykres_11. Najbardziej rozpowszechnione choroby i zaburzenia psychiczne mieszkańców województwa opolskiego według rozpoznania w grupach rozpoznania w grupie wiekowej 66 lat + (jedna osoba może wystąpić w kilku rozpoznaniach) wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2014 rok – strona 19

Wykres_12. Leczeni psychiatrycznie mieszkańcy województwa opolskiego w ramach zawartych umów OOW NFZ na podstawie rodzaju opieki psychiatrycznej wg stanu wynikającego ze zrealizowanych i zapłaconych świadczeń za dany rok (Może wystąpić powtarzalność osób w poszczególnych rodzajach opieki. Unikalne osoby wg PESEL w ogółem) w 2014 r. – strona 20

Wykres_13. Mieszkańcy województwa opolskiego leczący się w lecznictwie psychiatrycznym wg rozpoznań oraz leczący się w lecznictwie psychiatrycznym i w podstawowej opiece zdrowotnej rozpoznaniem „F” w 2014 r. – strona 21

Wykres_14. Środki finansowe OOW NFZ wydatkowane na leczenie psychiatryczne mieszkańców województwa opolskiego i osób nie mieszkających w województwie opolskim i rodzajów opieki psychiatrycznej wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2010 i 2014 rok – strona 23

Wykres_15 (Mapa). Środki finansowe NFZ wydatkowane na leczenie psychiatryczne mieszkańców województwa opolskiego i osób nie mieszkających w województwie opolskim wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2010 i 2014 rok – strona 24

Wykres_16. Środki finansowe OOW NFZ wydatkowane na leczenie psychiatryczne mieszkańców województwa opolskiego i osób nie mieszkających w województwie opolskim na podstawie miejsca zamieszkania wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2014 rok - strona 25

Wykres_17. Środki finansowe OOW NFZ wydatkowane na leczenie psychiatryczne mieszkańców województwa opolskiego i osób nie mieszkających w województwie opolskim na podstawie miejsca zamieszkania i rozpoznań wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2014 rok – strona 26

Wykres_18. Dane dotyczące zasobów w obszarze ochrony zdrowia psychicznego w województwie opolskim wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2010 i 2014 rok – strona 27

Wykres_19. Dane dotyczące zasobów w obszarze ochrony zdrowia psychicznego w województwie opolskim wg stanu wynikającego ze zrealizowanych świadczeń za 2010 i 2014 rok – strona 28

Wykres_20. Wskaźnik liczby miejsc w DPS-ach dla przewlekle psychicznie chorych i niepełnosprawnych intelektualnie w Polsce i woj. opolskim w latach 2012 – 2013 – strona 54

Wykres_21. Liczba osób umieszczonych i oczekujących na umieszczenie w domach dla przewlekle psychicznie chorych w woj. opolskim w latach 2011-2014 – strona 59

Wykres_22. Liczba osób umieszczonych i oczekujących na umieszczenie w domach dla niepełnosprawnych intelektualnie w woj. opolskim w latach 2011-2014 – strona 60

Wykres_23. Liczba osób kierowanych, umieszczonych i oczekujących na umieszczenie w domach pomocy społecznej dla przewlekle psychicznie chorych w woj. opolskim w latach 2013 – 2015 – strona 69

Wykres_24. Środowiskowe domy samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi w woj. opolskim – liczba osób kierowanych, korzystających i oczekujących na miejsce w latach 2013-2015 – strona 70

16.2 Spis tabel

Tabela_1. Działalność na oddziałach psychiatrycznych na podstawie MZ-30 za 2014 rok – strona 29

Tabela_2. Działalność na oddziałach psychiatrycznych na podstawie MZ-30 za 2014 rok – strona 30

Tabela_3. Formy wsparcia i opieki dla osób z zaburzeniami psychicznymi w Polsce i w województwie opolskim w latach 2012-2013- strona 53

Tabela_4. Domy pomocy społecznej dla osób niepełnosprawnych intelektualnie – Polska i województwo opolskie w latach 2012-2013 – strona 54

Tabela_5. Środowiskowe domy samopomocy w Polsce i woj. opolskim w latach 2012-2013 – strona 55

Tabela_6. Mieszkania chronione dla osób z zaburzeniami psychicznymi w Polsce i województwie opolskim w latach 2012-2013 – strona 55

Tabela_7. Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi w Polsce i województwie opolskim w latach 2012-2013 – strona 56

Tabela_8. Formy wsparcia i opieki dla osób z zaburzeniami psychicznymi w powiatach województwa opolskiego w 2014 r. - strona 57

Tabela_9. Mieszkania chronione w Polsce i województwie opolskim w latach 2012-2013 –strona 64

Tabela_10. Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi w Polsce i woj. opolskim w latach 2012-2013 – strona 65

Tabela_11. Specjalistyczne usługi opiekuńcze w województwie opolskim w latach 2011-2014 – strona 65

Tabela_12. Specjalistyczne usługi opiekuńcze w województwie opolskim w 2014 r. – liczba osób objętych pomocą oraz koszt usług w gminach – strona 66

Tabela_13. Osoby z zaburzeniami psychicznymi objęte aktywizacją społeczną i zawodową w Polsce i w województwie opolskim (liczba leczonych wg stanu w 2012r., liczba instytucji wg stanu w 2013 r.) – strona 80

Tabela_14. Zakłady Aktywności Zawodowej w woj. opolskim w 2014 r. – strona 91

Tabela_15. Zakłady pracy chronionej w woj. opolskim w 2015 r. – strona 91

Tabela_16. Spółdzielnie socjalne w województwie opolskim w 2015 r. – strona 92

Tabela_17. Warsztaty terapii zajęciowej w woj. opolskim w 2014 r. – strona 93

Tabela_18. Centra integracji społecznej w woj. opolskim w 2015 r. – strona 93

Tabela_19. Kluby integracji społecznej w woj. opolskim w 2015 r. – strona 94

16.3 Spis map

Mapa_1. Liczba miejsc w Domach Pomocy Społecznej dla przewlekle psychicznie chorych oraz niepełnosprawnych intelektualnie w województwie opolskim wg stanu na 31.12.2014 r. – strona 61

Mapa_2. Liczba miejsc w Środowiskowych Domach Samopomocy województwa opolskiego według stanu w dniu 31.12.2014 r. w podziale na typ ŚDS – strona 63

Mapa_3. Spółdzielnie socjalne w województwie opolskim w 2015 r. – strona 88

Mapa_4. Liczba organizacji na 10 tys. mieszkańców wg województw w 2012 r. (w %) – strona 90

Mapa_5. Ośrodki aktywizacji społeczno-zawodowej w województwie opolskim w 2015 r. – strona 94

16.4 Spis schematów

Schemat_1. System wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi – wyzwania i sposoby – strona 96

Schemat_2. Zintegrowany – środowiskowy model aktywizacji społecznej i zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi – strona 98