

ZARZĄD WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO

**Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego
dla Województwa Opolskiego na lata 2012- 2015
(Projekt wersja z dnia 6.08.2012 r.)**

OPOLE, sierpień 2012

Opracowanie:

Batkowska Natalia

Filipkowska Tatiana

Kolek Roman

Kowalska Marianna

Mazur Sylwia

Olszewska Mirosława

Orpel Krzysztof

Ruszczewski Jacek

Walas Aleksandra

Konsultacja:

Batóg Ewa

Chmura Joanna

Flank Mariola

Gawin Ewa

Kierońska-Ignaciuk Magdalena

Kleinwechter Anna

Klyta Bernard

Kwiring-Pondel Małgorzata

Łazarczyk Paweł

Łągiewka Stanisław

Maciaszczyk Waldemar

Nazimek Krzysztof

Mariola Flank

Niesłuchowska Anna

Pendziałek-Grunwald Ewa

Piwowarczyk Stanisław

Szcześniak Maciej

Walasek Joanna

Spis treści

1. Wstęp	7
2. Epidemiologia zaburzeń zdrowia psychicznego i dostęp do świadczeń psychiatrycznych na terenie województwa opolskiego	10
2.1 Epidemiologia i dostęp do świadczeń psychiatrycznych	10
2.2. Porównanie województwa opolskiego z województwem lubuskim w wybranych obszarach	21
3. Zasoby w obszarze ochrony zdrowia psychicznego w województwie opolskim	26
3.1. Ochrona zdrowia psychicznego	26
3.1.1. Ochrona zdrowia psychicznego w stacjonarnej opiece zdrowotnej	28
3.1.2. Ochrona zdrowia psychicznego w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej	33
3.1.3. Finansowanie przez Opolski Oddział Wojewódzki NFZ świadczeń w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej	39
3.2. Środowiskowa opieka związana z ochroną zdrowia psychicznego	53
3.2.1. Środowiskowe Domy Samopomocy	53
3.2.2. Domy Pomocy Społecznej	54
4. Analiza SWOT dotycząca ochrony zdrowia psychicznego w województwie opolskim	56
4.1. Mocne strony	56
4.2. Słabe strony	57
4.3. Szanse	58
4.4. Zagrożenia	59
5. Regionalne programy promocji zdrowia psychicznego dla województwa opolskiego	61
5.1. Wprowadzenie do opracowania i realizacji regionalnych programów promocji zdrowia psychicznego	61
5.2. Prezentacja elementów badań młodzieży województwa opolskiego związanych ze zdrowiem psychicznym	63
5.3. Finansowanie regionalnych programów promocji zdrowia psychicznego	74
5.4. Priorytety promocji zdrowia psychicznego w województwie opolskim	75
5.4.1. Priorytety promocji zdrowia psychicznego – zestaw A	75
5.4.2. Priorytety promocji zdrowia psychicznego – zestaw B	75
5.5. Regionalne programy promocji zdrowia psychicznego	76

5.5.1. Program „Profilaktyka i promocja zdrowia w Opolskiej @Szkole”	76
5.5.2. Program poszukiwania i promocji dobrych rozwiązań dla instytucji i samorządów w zakresie promocji zdrowia psychicznego	76
5.5.3. Program poszukiwania i promocji dobrych rozwiązań oraz inspirowania uaktywnienia się organizacji pozarządowych w zakresie promocji zdrowia psychicznego	77
5.5.4. Program inspirowania działań indywidualnych zmierzających do poprawy i wzmocnienia zdrowia psychicznego oraz jakości życia w tym obszarze	77
5.5.5. Podsumowanie	78
6. Zadania w obszarze programów informacyjno-edukacyjnych sprzyjających postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi	79
7. Zadania w obszarze organizacji systemu poradnictwa i pomocy w stanach kryzysu psychicznego w województwie opolskim	82
8. Wojewódzki program zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej	83
8.1. Wprowadzenie	83
8.2. Zadania Wojewódzkiego programu zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej	84
8.3. Komentarz	85
9. Uzgadnianie umiejscowienia i obszaru działania sieci centrów zdrowia psychicznego w województwie opolskim	86
9.1. Zadania dotyczące uzgadniania umiejscowienia i obszaru działania sieci centrów zdrowia psychicznego w województwie opolskim	86
9.2. Komentarz	86
10. Plan dostosowywania szpitali psychiatrycznych do kierunków wyznaczonych przez Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego	87
10.1. Wprowadzenie	87
10.2. Zadania w obszarze planu dostosowywania szpitali psychiatrycznych do kierunków wyznaczonych przez Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego	89
10.3. Komentarz	90

11. Wojewódzki program poszerzenia, zróżnicowania i unowocześnienia pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej	91
11.1. Wprowadzenie	91
11.2. System wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w województwie opolskim	91
11.3. Pomoc stacjonarna – Domy Pomocy Społecznej	95
11.3.1. Domy Pomocy Społecznej dla przewlekle psychicznie chorych	95
11.3.2. Domy Pomocy Społecznej dla dzieci i młodzieży oraz dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	96
11.4. Pomoc półstacjonarna	98
11.4.1. Środowiskowe Domy Samopomocy	98
11.4.2. Mieszkania chronione	100
11.5. Pomoc środowiskowa	100
11.5.1. Specjalistyczne usługi opiekuńcze	100
11.5.2. Ośrodki Pomocy Społecznej	102
11.5.3. Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie	103
11.5.4. Organizacje pozarządowe	103
11.6. Potrzeby w zakresie rozwoju form wsparcia i opieki dla osób z zaburzeniami psychicznymi w województwie opolskim	103
11.6.1. Osoby leczone z powodu zaburzeń psychicznych w Polsce i w województwie opolskim	103
11.6.2. Potrzeby w zakresie pomocy stacjonarnej	107
11.6.2.1. Liczba osób kierowanych do Domów Pomocy Społecznej dla przewlekle psychicznie chorych w latach 2008-2010	107
11.6.2.2. Przewidywana liczba osób przewlekle psychicznie chorych, które do 2025 r. wymagać będą opieki w Domach Pomocy Społecznej – według powiatów województwa opolskiego	108
11.6.2.3. Przewidywana liczba osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, które do 2025r. wymagać będą opieki w Domach Pomocy Społecznej – według powiatów województwa opolskiego	109

11.6.2.4. Przewidywana liczba dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, które do 2025 r. wymagać będą opieki w Domach Pomocy Społecznej - według powiatów województwa opolskiego	110
11.6.3. Potrzeby w zakresie usług świadczonych przez Środowiskowe Domy Samopomocy w województwie opolskim	112
11.6.3.1. Liczba osób kierowanych do Środowiskowych Domów Samopomocy w latach 2008-2011	112
11.6.3.2. Przewidywana liczba osób wymagających wsparcia w formie usług świadczonych w Środowiskowych Domach Samopomocy do 2025 r.	113
11.7. Cele szczegółowe programu i działania	117
11.7.1. Rozwój i poszerzenie zakresu stosowania różnych form wsparcia i pomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi	117
11.7.2. Rozwój i systematyczne kształcenie kadr instytucji pomocy i integracji społecznej, a także przedstawicieli organizacji pozarządowych w zakresie działań na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi	118
11.7.3. Rozwój i upowszechnianie idei środowiskowego modelu wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi	119
12. Wojewódzki program rozwoju zróżnicowanych form wspieranego zatrudnienia i przedsiębiorczości społecznej dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi	120
12.1. Wprowadzenie	120
12.2. Aktywizacja społeczno-zawodowa w świetle przeprowadzonych badań Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Opolu	129
12.3. Cel, działania i zadania programu	131
13. Monitorowanie regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego	137
14. Finansowanie regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego dla województwa opolskiego	138

1. Wstęp

Podjęcie do zdrowia psychicznego prezentowane w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego [dalej NPOZP] jest 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”¹.

Upodmiotowienie i wspieranie osób chorych psychicznie i nerwowo silnie akcentowane w NPOZP jest jak najbardziej zbieżne z podejściem prezentowanym w powyższej definicji. Warto o tym pamiętać, by rutyna i swoista inercja właściwa wieloletnim 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”².

Podstawą prawną opracowania dokumentu pt. „Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla województwa opolskiego na lata 2012-2015” jest rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia Psychicznego.

Zarządzeniem nr 67 Marszałka Województwa Opolskiego z dnia 16 maja 2011 r. został powołany Zespół koordynujący realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego mający opracować regionalny program ochrony zdrowia psychicznego oraz koordynować i monitorować jego realizację.

Podkreślimy, że w ostatnim dwudziestolecu 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

¹ Dąbrowski Kazimierz, *Trud istnienia*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1986, s.136.

² Kępiński Antoni, *Lęk*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1987, s.20.

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”³. Współczesność stwarza więc trudne wyzwania dla ludzkiej psychiki i tych instytucji, których zadaniem jest jej naprawianie i wspieranie.

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 całodobowych.

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%⁴.

W 2008 r. w Polsce na 100.000 ludności było 921,7 osób ogółem leczonych psychiatrycznie w poradniach zdrowia psychicznego, w województwie opolskim było to 683,3 osób. Dla porównania w województwie lubuskim było to 962,2 osób – różnica pomiędzy porównywanymi województwami jest znaczna. Porównania województwa opolskiego z województwem lubuskim wynikają z podobieństw pomiędzy tymi województwami m.in. w zakresie liczby ludności oraz zajmowanej powierzchni.

Osób leczonych psychiatrycznie w poradniach zdrowia psychicznego po raz pierwszy było na 100.000 ludności w Polsce w 2008 r. – 178,3, a w województwie opolskim 144,2. Dla porównania w województwie lubuskim było to 146,8 osób - różnica pomiędzy porównywanymi województwami praktycznie nie istnieje⁵.

W przypadku chorych leczonych w Polsce w 2009 r. w psychiatrycznych oddziałach całodobowych było ich na 100.000 ludności - 720,2, a w województwie opolskim - 642,8.

³Bauman Zygmunt, *Zindywidualizowane społeczeństwo*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2008, s. 190-191.

⁴Dane w 2 ostatnich akapitach za: Bronowski Paweł, Prot Katarzyna, Załuska Maria, *Psychiatria środowiskowa jako środowiskowa opieka nad zdrowiem psychicznym*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2007, s. 26.

⁵Dane w 2 ostatnich akapitach za: Rocznik Statystyczny Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii za rok 2009, II. Psychiatryczna opieka ambulatoryjna, A. Poradnie zdrowia psychicznego, Tabela 1.5; pobrane ze strony: www.ipin.edu.pl; data pobrania: 14.06.2012 r.

Dla porównania w województwie lubuskim było to 822,3 chorych – różnica pomiędzy porównywanymi województwami jest znowu bardzo duża⁶.

Chorych leczonych w Polsce w 2009 r. w psychiatrycznych oddziałach całodobowych po raz pierwszy było na 100.000 ludności 230,3, a w województwie opolskim 295,5. Dla porównania w województwie lubuskim było to 330,1 chorych – w tym przypadku występują różnice pomiędzy porównywanymi województwami, lecz jeszcze znaczniejsze pomiędzy nimi a Polską⁷.

Już tych kilka 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.

⁶Dane w akapicie za: Rocznik Statystyczny Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii za rok 2009, IV. Psychiatryczna opieka całodobowa, D. Chorzy leczeni w psychiatrycznych oddziałach całodobowych, Tabela 3.27; pobrane ze strony: www.ipin.edu.pl; data pobrania: 14.06.2012 r.

⁷Dane w akapicie za: Rocznik Statystyczny Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii za rok 2009, IV. Psychiatryczna opieka całodobowa, D. Chorzy leczeni w psychiatrycznych oddziałach całodobowych, Tabela 3.31; pobrane ze strony: www.ipin.edu.pl; data pobrania: 15.06.2012 r.

2. Epidemiologia zaburzeń zdrowia psychicznego i dostęp do świadczeń psychiatrycznych na terenie województwa opolskiego⁸

2.1. Epidemiologia i dostęp do świadczeń psychiatrycznych

Obraz epidemiologiczny, jaki powstaje na podstawie tych danych niestety nie uwzględnia problemów zdrowotnych, z jakimi pojawiają się pacjenci ubezpieczeni z województwa opolskiego, którzy korzystają ze świadczeń poza regionem, na terenie innych Oddziałów Wojewódzkich NFZ. Diagnoza stanu epidemiologicznego formułowana na podstawie informacji Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ [dalej OOWNFZ] może być również niepełna z uwagi na fakt, iż część pacjentów korzysta ze świadczeń zdrowotnych poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (świadczenia komercyjne). Wielkość rynku pozaubezpieczeniowego, który można szacować na podstawie liczby zrealizowanych recept wystawionych przez lekarzy poza kontraktem z OOWNFZ oraz udziału procentowego tych recept w łącznej liczbie recept zapisanych przez lekarzy psychiatrów wynosi około 10% .

Tabela 2.1. Liczba pacjentów ubezpieczonych województwa opolskiego, którzy w latach 2006-2009 korzystali ze świadczeń psychiatrycznych z rozpoznaniem z grupy F40-F48

Powiat	Liczba kobiet i mężczyzn 2006 r.	Liczba kobiet i mężczyzn 2007 r.	Liczba kobiet i mężczyzn 2008 r.	Liczba kobiet i mężczyzn 2009 r.
brzeski	1042	1049	920	968
głubczycki	403	456	464	436
k-kozielski	1053	1164	1137	1174
kluczborski	651	661	653	621
krapkowicki	497	537	557	521
m.Opole	1691	1601	1600	1594
namysłowski	197	225	213	203
nyski	1274	1158	1107	1215
oleski	530	550	580	563
opolski	951	928	947	1009
prudnicki	724	693	650	593
strzelecki	797	809	737	768
Powiaty łącznie	9810	9831	9565	9665

Najczęstszym problemem zdrowotnym z grupy zaburzeń nerwicowych w populacji kobiet i mężczyzn w OOWNFZ w roku 2009 były inne zaburzenia nerwicowe, reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne, a także inne zaburzenia lękowe. Najwyższe wskaźniki

⁸ Na podstawie danych OOWNFZ z realizacji świadczeń zdrowotnych w latach 2009-2010.

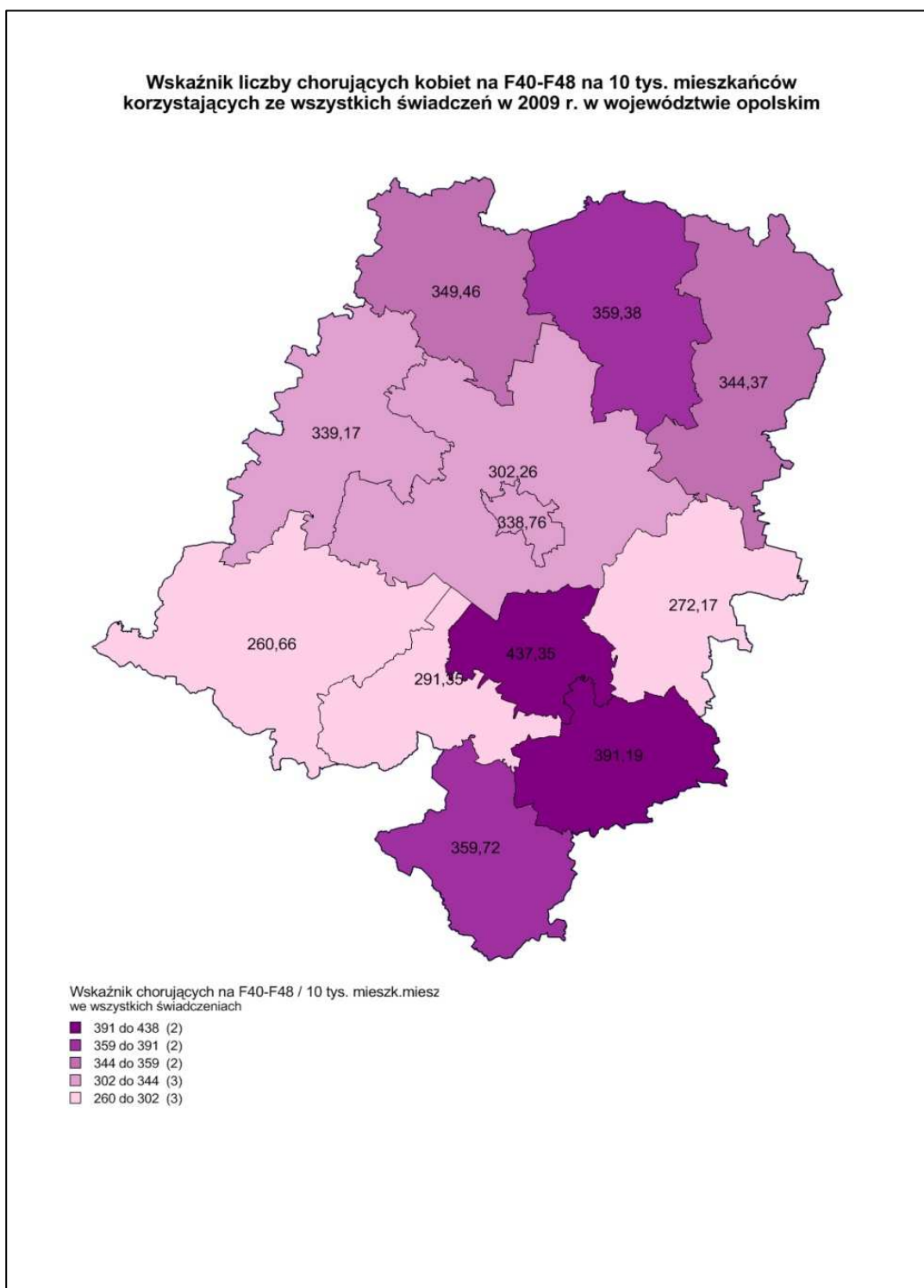
korzystających w roku 2009 ze wszystkich świadczeń zdrowotnych z rozpoznaniem z grupy F40-F48 w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych zarejestrowano w populacji kobiet i mężczyzn powiatu krapkowickiego oraz kędzierzyńsko-kozielskiego, najniższy natomiast w populacjach powiatów nyskiego, prudnickiego oraz strzeleckiego.

W zestawieniu z planowaniem opartym o rzeczywiste wykonanie roku 2010 ponad 53% świadczeń w tym zakresie jest realizowana na rzecz pacjentów spoza województwa opolskiego. Mając na uwadze ten fakt, stwierdzić należy, iż dostęp do tej grupy świadczeń (oddziały leczenia nerwic, rehabilitacji psychiatrycznej, psychosomatyczne, psychogeriatrya) dla mieszkańców województwa opolskiego jest nieznacznie niższy aniżeli średnia dla Polski.

Tabela 2.2. Choroby psychiczne wg rozpoznania w grupach rozpoznania z podziałem na płeć w województwie opolskim - stan w dniu 31.12.2009 r. i w dniu 31.12.2010 r.
(jedna osoba może wystąpić w kilku rozpoznaniach)

Lp.	Grupy rozpoznania	Nazwa	2009			2010		
			Liczba osób	Płeć		Liczba osób	Płeć	
				K	M		K	M
1	F00-F09	psychiczne zaburzenia organiczne	6477	3554	2923	6278	3536	2742
2	F10	zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu	7865	1780	6085	7360	1580	5780
3	F11-F19	zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych	933	288	645	971	255	716
4	F20	schizofrenia	6250	3200	3050	6550	3260	3290
5	F21-F29	zaburzenia schizotypowe i urojone	1582	928	654	1375	818	557
6	F30-F39	Zaburzenia nastroju afektywne	7405	5519	1886	7657	5674	1983
7	F40-F48	zaburzenia związane ze stresem i pod postacią somatyczną	12656	8390	4266	12532	8213	4319
8	F50-F59	zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi	244	172	72	314	229	85
9	F60-F69	zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych	1126	561	565	873	404	469
10	F50-F99	pozostałe niepsychotyczne	5516	2282	3234	5470	2247	3223
11	F84	autyzm (dot. psychiatrii dziecięcej)	80	14	66	107	26	81

Mapa 2.1



Mapa 2.2

Wskaźnik liczby chorujących mężczyzn na F40-F48 na 10 tys. mieszkańców korzystających ze wszystkich świadczeń w 2009 r. w województwie opolskim

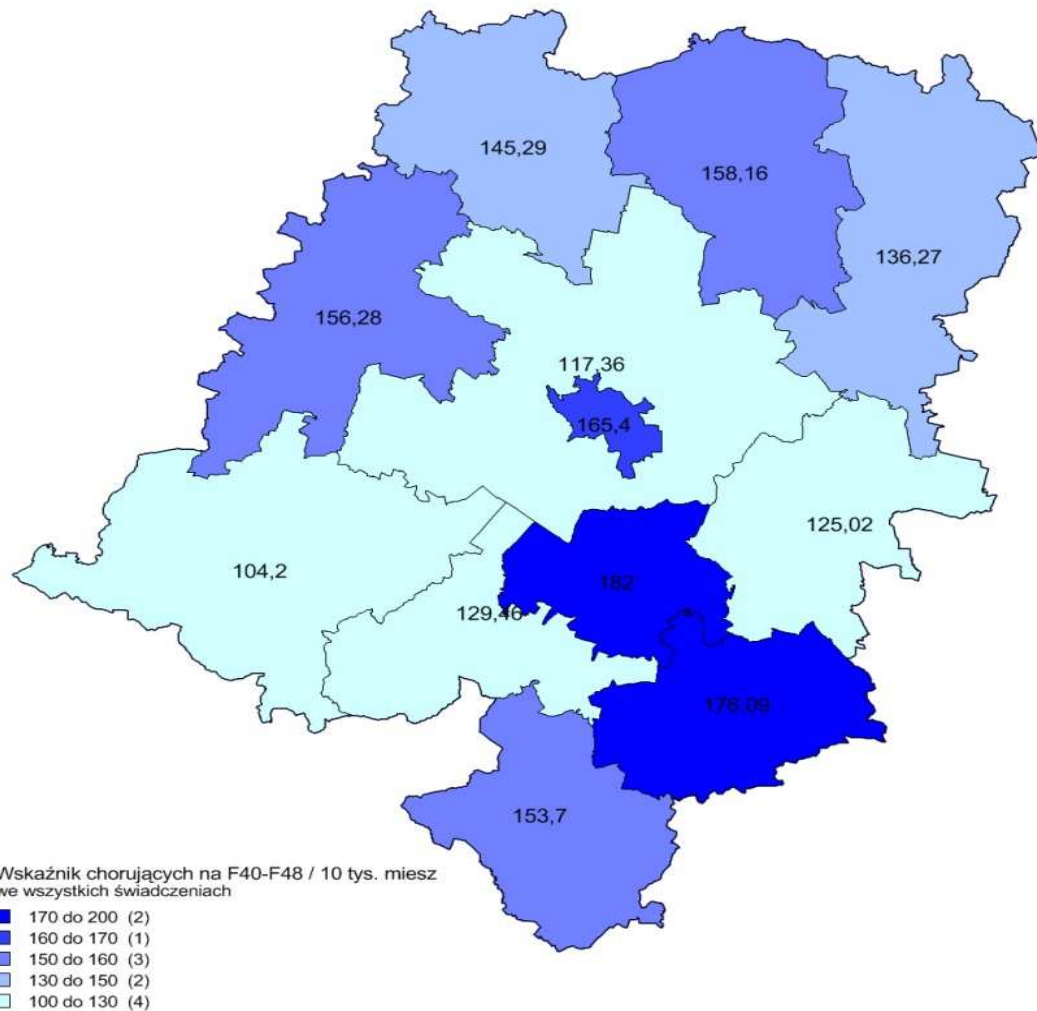


Tabela 2.3. Choroby psychiczne wg rozpoznania w grupach rozpoznania z podziałem na grupy wiekowe w województwie opolskim - stan w dniu 31.12.2009 r. i w dniu 31.12.2010 r.

(jedna osoba może wystąpić w kilku rozpoznaniach)

Lp.	Kod rozpoznania	Nazwa	2009				2010			
			Liczba osób	Wiek			Liczba osób	Wiek		
				0-18	19-65	65+		0-18	19-65	65+
1	F00-F09	psychiczne zaburzenia organiczne	6477	32	3133	3312	6278	25	2957	3296
2	F10	zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu	7865	85	7565	215	7360	32	7129	199
3	F11-F19	zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych	933	47	836	50	971	50	876	45
4	F20	schizofrenia	6250	66	5524	660	6550	59	5833	658
5	F21-F29	zaburzenia schizotypowe i urojone	1582	23	1386	173	1375	23	1164	188
6	F30-F39	Zaburzenia nastroju afektywne	7405	132	5736	1537	7657	128	5880	1649
7	F40-F48	zaburzenia związane ze stresem i pod postacią somatyczną	12656	365	11385	906	12532	360	11323	849
8	F50-F59	zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi	245	52	169	24	314	50	225	39
9	F60-F69	zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych	1126	126	981	19	873	34	827	12
10	F50-F99	pozostałe niepsychotyczne	5516	2245	3123	148	5275	2007	3113	155
11	F84	autyzm (dot. psychiatrii dziecięcej)	80	66	14	0	107	94	13	0

Tabela 2.4. Choroby psychiczne wg rozpoznania - stan w dniu 31.12.2009 r. i w dniu 31.12.2010 r. w powiatach województwa opolskiego

(jedna osoba może wystąpić w kilku rozpoznaniach)

Lp.	Kod rozpoznania	Nazwa rozpoznania	Rok	brak danych	Powiat brzeski	Powiat głubczycki	Powiat kędzierzyńsko-kozielski	Powiat kluczborski	P. krapkowicki	Miasto Opole	P. namysłowski	Powiat nyski	Powiat olecki	Powiat opolski	Powiat prudnicki	Powiat strzelecki	Spoza województwa
1	F00-F09	psychiczne zaburzenia organiczne	2009	32	328	546	638	248	379	765	219	1168	328	494	307	601	421
			2010	22	308	525	775	216	372	681	149	1114	339	423	289	544	447
2	F10	zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu	2009	388	581	457	762	344	531	769	187	1064	362	559	158	385	1318
			2010	107	670	430	740	339	424	627	185	1407	311	452	143	321	1204
3	F11-F19	zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych	2009	11	85	75	43	17	35	212	18	79	13	94	17	25	209
			2010	6	90	68	49	21	25	193	13	102	8	103	18	34	241
4	F20	schizofrenia	2009	23	541	684	610	312	341	865	256	970	261	612	338	296	231
			2010	39	453	693	899	340	327	865	220	929	276	651	312	306	249
5	F21-F29	zaburzenia schizotypowe i urojone	2009	10	75	95	291	119	100	163	61	203	71	157	68	95	74
			2010	14	74	92	269	98	89	138	30	179	56	130	51	94	61
6	F30-F39	zaburzenia nastroju afektywne	2009	18	312	251	1640	293	649	843	123	1207	320	539	341	452	417
			2010	33	266	277	2134	279	674	812	102	1117	295	485	350	453	380
7	F40-F48	zaburzenia związane ze stresem i pod postacią somatyczną	2009	75	1146	520	1403	721	613	1874	255	1433	657	1150	726	909	1174
			2010	50	1262	505	1407	724	604	1725	215	1574	591	1121	652	865	1237
8	F50-F59	zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi	2009	1	22	6	35	9	8	56	7	20	18	24	4	17	17
			2010	0	95	4	45	6	9	55	4	31	7	23	7	17	11
9	F60-F69	zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych	2009	5	42	32	82	36	94	311	43	89	56	136	53	71	76
			2010	2	57	14	72	37	63	215	26	83	42	76	47	56	83
10	F50-F99	pozostałe niepsychotyczne	2009	35	458	369	521	299	289	798	175	609	340	705	240	430	246
			2010	28	543	350	601	313	270	706	151	653	315	626	240	451	223
11	F84	autyzm (dot. psychiatrii dziecięcej)	2009	2	4	0	16	2	2	16	4	8	3	7	8	6	2
			2010	3	6	2	15	7	5	16	5	18	5	7	11	6	1

Tabela 2.5. Choroby psychiczne wg rozpoznania - stan w dniu 31.12.2009 r. i w dniu 31.12.2010 r.
(jedna osoba może wystąpić w kilku rozpoznaniach)

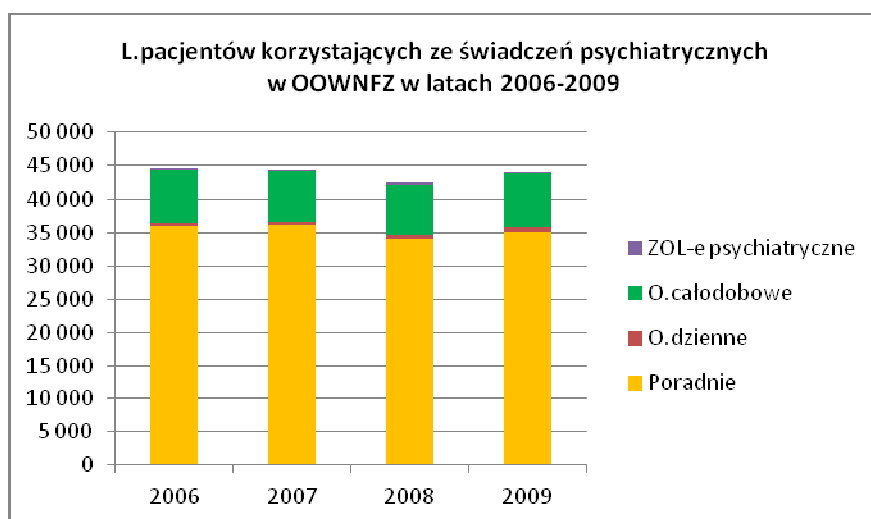
Lp.	Kod rozpoznania	Nazwa rozpoznania	2009			2010		
			Liczba świadczeń	Liczba pacjentów		Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	
				Ambulatoryjnych	Stacjonarnych		Ambulatoryjnych	Stacjonarnych
1	F00	Ołepienie w chorobie Alzheimera (G30.-+)	390	375	15	345	322	23
2	F01	Ołepienie naczyniowe	300	226	74	309	213	96
3	F02	Ołepienie w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	44	43	1	33	32	1
4	F03	Ołepienie bliżej nieokreślone	375	315	60	384	290	94
5	F04	Organiczny zespół amnestyczny nie wywołany alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi	27	25	2	20	16	4
6	F05	Majaczenie nie wywołane alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi	121	50	71	85	21	64
7	F06	Inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną	4033	3379	654	3934	3278	656
8	F07	Zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu	1147	1018	129	1127	987	140
9	F09	Nieokreślone zaburzenia psychiczne organiczne lub objawowe	40	37	3	41	37	4
10	F10	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu	7865	4960	2905	7360	4592	2768
11	F11	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem opiatów	44	29	15	39	30	9
12	F12	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem kanabinoli	59	52	7	49	43	6
13	F13	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane przyjmowaniem substancji nasennych i uspokajających	172	145	27	124	114	10
14	F14	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem kokainy	1	1	0	5	5	0
15	F15	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem innych niż kokaina środków pobudzających w tym kofeiny	48	41	7	37	32	5
16	F16	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem halucynogenów	10	3	7	4	3	1
17	F17	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane paleniem tytoniu	4	4	0	4	4	0
18	F18	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane odurzeniem się lotnymi rozpuszczalnikami organicznymi	18	15	3	12	10	2
19	F19	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane naprzemiennym przyjmowaniem środków wyżej wymienionych (F10-F18) i innych środków psychoaktywnych	582	313	269	697	383	314
20	F20	Schizofrenia	6250	5017	1233	6550	5226	1324
21	F21	Zaburzenie typu schizofrenii (schizotypowe)	266	242	24	246	226	20
22	F22	Uporczywe zaburzenia urojeniowe	322	281	41	248	206	42

L.p.	Nazwa rozpoznania	Nazwa rozpoznania	2009			2010		
			Liczba świadczeń	Liczba pacjentów		Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	
				Ambulatoryjnych	Stacjonarnych		Ambulatoryjnych	Stacjonarnych
23	F23	Ostre i przemijające zaburzenia psychiatryczne	284	195	89	272	194	78
24	F24	Indukowane zaburzenie urojenowe	1	1	0	6	6	0
25	F25	Zaburzenia schizofreniczne	655	521	134	562	433	129
26	F28	Inne nieorganiczne zaburzenia psychiatryczne	20	20	0	15	12	3
27	F29	Nieokreślona psychoza nieorganiczna	34	31	3	26	22	4
28	F30	Epizod maniacki	54	43	11	44	38	6
29	F31	Zaburzenia afektywne dwubiegunowe	430	357	73	448	361	87
30	F32	Epizod depresyjny	2922	2721	201	2945	2737	208
31	F33	Zaburzenia depresyjne nawracające	2220	1866	354	2088	1735	353
32	F34	Uporczywe zaburzenia nastroju (afektywne)	687	589	98	661	583	78
33	F38	Inne zaburzenia nastroju (afektywne)	1001	991	10	1353	1342	11
34	F39	Zaburzenia nastroju (afektywne), nieokreślone	91	87	4	118	113	5
35	F40	Zaburzenia lękowe w postaci fobii	129	128	1	134	133	1
36	F41	Inne zaburzenia lękowe	3973	3445	528	3765	3296	469
37	F42	Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (nerwica natręctw)	261	240	21	244	230	14
38	F43	Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne	5020	4784	236	5069	4808	261
39	F44	Zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne)	123	118	5	87	75	12
40	F45	Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną (somatoform disorders)	580	547	33	609	590	19
41	F48	Inne zaburzenia nerwicowe	2570	1920	650	2624	1854	770
42	F50	Zaburzenia odżywiania	123	107	16	151	136	15
43	F51	Nieorganiczne zaburzenia snu	78	78	0	131	130	1
44	F52	Dysfunkcja seksualna nie spowodowana zaburzeniem organicznym ani chorobą somatyczną	19	19	0	12	12	0
45	F53	Zaburzenia psychiczne związane z porodem, niesklasyfikowane gdzie indziej	2	2	0	12	12	0
46	F54	Czynniki psychologiczne i behawioralne związane z zaburzeniami lub chorobami sklasyfikowanymi w innych rozdziałach	7	7	0	5	5	0
47	F55	Nadużywanie substancji nie powodujących uzależnienia	1	1	0	0	0	0
48	F59	Nieokreślone zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi	15	15	0	3	3	0
49	F60	Specyficzne zaburzenia osobowości	659	605	54	645	577	68
50	F61	Zaburzenia osobowości mieszane i inne	100	96	4	89	78	11
51	F62	Trwałe zmiany osobowości nie wynikające z uszkodzenia ani z choroby mózgu	5	3	2	4	2	2
52	F63	Zaburzenia nawyków i popędów (impulsów)	62	50	12	68	54	14

Lp.	Nazwa rozpoznania	Nazwa rozpoznania	2009			2010		
			Liczba świadczeń	Liczba pacjentów		Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	
				Ambulatoryjnych	Stacjonarnych		Ambulatoryjnych	Stacjonarnych
53	F64	Zaburzenia identyfikacji płciowej	14	14	0	4	4	0
54	F65	Zaburzenia preferencji seksualnych	1	1	0	0	0	0
55	F66	Zaburzenia psychologiczne i zaburzenia zachowania związane z rozwojem i orientacją seksualną	5	5	0	8	8	0
56	F68	Inne zaburzenia osobowości i zachowania u dorosłych	3	2	1	7	7	0
57	F69	Zaburzenia osobowości i zachowania u dorosłych, nie określone	277	277	0	48	48	0
58	F70	Upośledzenie umysłowe lekkie	825	758	67	808	741	67
59	F71	Upośledzenie umysłowe umiarkowane	957	910	47	950	909	41
60	F72	Upośledzenie umysłowe znaczne	478	467	11	475	465	10
61	F73	Upośledzenie umysłowe głębokie	218	211	7	234	232	2
62	F78	Inne upośledzenie umysłowe	4	4	0	8	8	0
63	F79	Upośledzenie umysłowe, nie określone	50	46	4	50	49	1
64	F80	Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka	50	50	0	73	73	0
65	F81	Specyficzne zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych	74	72	2	70	69	1
66	F82	Specyficzne zaburzenie rozwoju funkcji motorycznych	4	4	0	1	1	0
67	F83	Mieszane specyficzne zaburzenia rozwojowe	7	7	0	2	2	0
68	F84	Całościowe zaburzenia rozwojowe	80	80	0	107	105	2
69	F88	Inne zaburzenia rozwoju psychicznego (psychologicznego)	2	2	0	2	2	0
70	F89	Zaburzenie rozwoju psychicznego (psychologicznego), nieokreślone	5	5	0	2	2	0
71	F90	Zaburzenia hiperkinetyczne (zespoły nadpobudliwości ruchowej)	640	574	66	680	603	77
72	F91	Zaburzenia zachowania	186	140	46	185	144	41
73	F92	Mieszane zaburzenia zachowania i emocji	209	166	43	254	217	37
74	F93	Zaburzenia emocjonalne rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie	247	237	10	254	251	3
75	F94	Zaburzenia funkcjonowania społecznego rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym	11	11	0	17	16	1
76	F95	Tiki	53	52	1	43	42	1
77	F98	Inne zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym	42	42	0	56	56	0
78	F98	Zaburzenie psychiczne, inaczej nieokreślone	3	3	0	12	12	0

W latach 2006-2009 w Opolskim Oddziale Wojewódzkim NFZ nie zarejestrowano zwiększenia łącznej ilości pacjentów, którzy korzystali ze świadczeń psychiatrycznych. Z uwagi na posiadane zasoby szpitalne w psychiatrii, niewielki w województwie opolskim jest udział oddziałów dziennych w realizacji świadczeń.

Wykres 2.1.



Okolo 80% pacjentów korzystających ze świadczeń psychiatrycznych każdego roku korzystało ze świadczeń realizowanych w poradniach zdrowia psychicznego.

Najniższy dostęp do wszystkich poradni realizujących w OOWNFZ świadczenia z zakresu psychiatrii mają mieszkańcy powiatów namysłowskiego oraz kluczborskiego. Największy wskaźnik korzystających z opieki ambulatoryjnej w psychiatrii w przeliczeniu na 1 tys. ubezpieczonych obserwuje się w populacji powiatów głubczyckiego, kędzierzyńsko-kozielskiego oraz strzeleckiego.

Najwyższy wskaźnik liczby pacjentów korzystających w OOWNFZ ze świadczeń stacjonarnych całodobowych w psychiatrii obserwuje się w populacji powiatu głubczyckiego, co związane może być z większą liczbą pacjentów zamieszkałych na tym terenie w domach pomocy społecznej o profilu psychiatrycznym. Niższy z kolei wskaźnik w populacji powiatu oleskiego oraz strzeleckiego wiąże się z leczeniem pacjentów tych terenów w ośrodkach województwa śląskiego (Lubliniec oraz Toszek).

W populacji Opola wzrasta liczba pacjentów w terapii nerwic i rehabilitacji psychiatrycznej łącznie, lecz maleje liczba pacjentów korzystających ze świadczeń Centrum Terapii Nerwic w Mosznej. Dzieje się tak być może na skutek zyskiwania na popularności dziennej opieki psychiatrycznej wśród mieszkańców Opola.

Zmniejszenie wskaźników liczby pacjentów korzystających ze świadczeń w Centrum Terapii Nerwic w Mosznej (dalej CTN) zamieszkałych na terenie województwa opolskiego związane jest ze wzrostem liczby pacjentów spoza województwa opolskiego korzystających ze świadczeń w tej placówce. Poza tym prowadzone działania, których celem jest poprawa skuteczności terapii realizowanej w CTN, zmniejszyły liczbę pacjentów, którzy z innych

powodów aniżeli względy zdrowotne byli zainteresowani ponownym korzystaniem z usług CTN w Mosznej.

Ważnym parametrem oceny dostępności do świadczeń oraz zapotrzebowania są dane z kolejek oczekujących. Średni czas oczekiwania na przyjęcie do ośrodka leczenia zaburzeń nerwicowych w województwie opolskim w roku 2010 był dłuższy, niż w pozostałych regionach Polski.

Poważnym problemem lecznictwa psychiatrycznego pozostają zasoby kadrowe w jego obrębie, ilustruje to kolejna tabela.

Tabela 2.6. Liczba lekarzy psychiatrów w poszczególnych województwach realizujących świadczenia zdrowotne w ramach umów z NFZ w roku 2010⁹

Oddział wojewódzki NFZ	Liczba lekarzy	W tym				Liczba lekarzy/100tys mieszkańców
		Specjalista		W trakcie specjalizacji	Inny	
		II stopień	I stopień			
dolnośląski	297	151	37	106	3	10,30
kujawsko-pomorski	158	108	8	37	5	7,65
lubelski	217	111	40	65	1	9,99
lubuski	90	52	12	21	5	8,92
łódzki	272	188	28	50	6	10,60
małopolski	380	233	37	109	1	11,62
mazowiecki	616	396	65	147	8	11,91
opolski	87	51	18	15	3	8,35
podkarpacki	169	98	26	37	8	8,06
podlaski	159	112	20	20	7	13,29
pomorski	248	154	26	61	7	11,25
śląski	450	260	43	140	7	9,64
świętokrzyski	110	78	7	25	0	8,59
warmińsko-mazurski	111	74	24	11	2	7,78
wielkopolski	283	176	27	76	4	8,38
zachodniopomorski	146	85	14	41	6	8,62
Polska	3 598	2 225	415	887	71	9,44
Suma województwa	3 793	2 327	432	961	73	9,95

⁹Dane Centrali NFZ.

Jeden z najniższych w kraju wskaźników liczby lekarzy psychiatrów w województwie opolskim determinuje potrzebę maksymalnego wykorzystania istniejącego potencjału kadrowego.

2.2. Porównanie województwa opolskiego z województwem lubuskim w wybranych obszarach

Województwa opolskie i lubuskie są najbardziej zbliżonymi do siebie województwami pod względem liczby ludności i powierzchni. Zbliżone do siebie są też różne inne dane odnoszące się do tych województw, które ponadto są regionami nadgranicznymi. Należy jednak podkreślić, że dla porównań ważne są także różnice pomiędzy tymi regionami. Poniższa tabela prezentuje niektóre dane odnoszące się do województw opolskiego i lubuskiego.

Tabela 2.7 Porównanie województw opolskiego i lubuskiego w wybranych zakresach

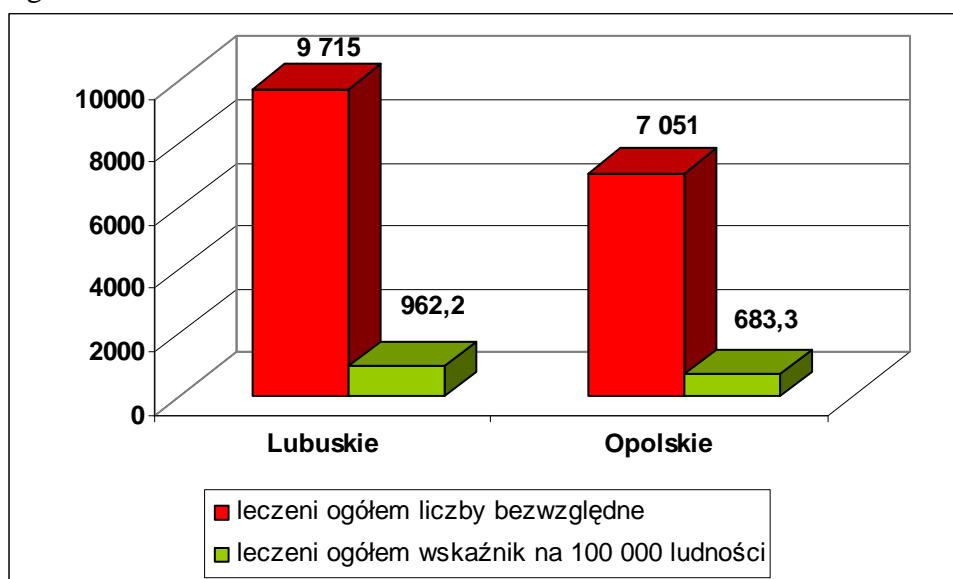
Obszar porównania	Opolskie	Lubuskie
Powierzchnia	9412 km ² *	13988 km ² *
Ludność [tys.]	1016,2**	1022,8**
Ludność miejska [%]	52,3*	63,4*
Liczba ludności w wieku produkcyjnym [%]	65,8*	65,7*
Liczba lekarzy pracujących ogółem	1782*	1789*
Liczba szpitali	22*	19*

Źródło: *Rocznik Statystyczny Województw 2011, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011

**Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011, Warszawa 2012, Główny Urząd Statystyczny

Ze względu na podobieństwa, a także różnice województwo opolskie i lubuskie mogą być przedmiotem porównań w zakresie funkcjonowania psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Analizy porównawcze odnoszące się do obu województw oraz wymiana doświadczeń mogłyby być pomocne w realizacji regionalnych programów ochrony zdrowia psychicznego. Poniżej zaprezentowanych zostanie kilka wykresów ilustrujące sytuację wybranych elementów związanych ze zdrowiem psychicznym.

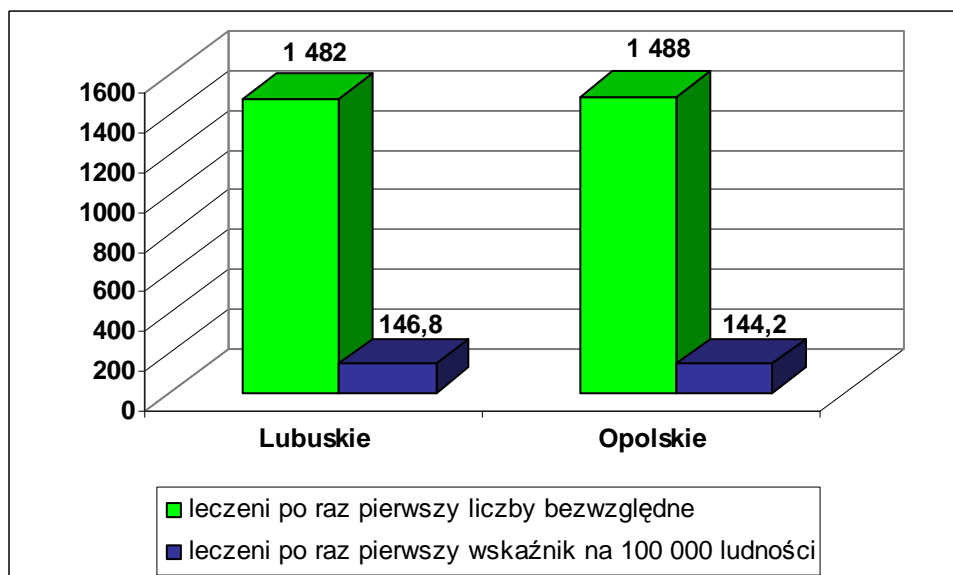
Wykres 2.2 Psychiatryczna opieka ambulatoryjna – leczeni ogółem w poradniach zdrowia psychicznego w 2009 r.



Źródło: Rocznik Statystyczny Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii za rok 2009, s.36

Na powyższym wykresie wyraźnie widoczna jest większa liczba pacjentów psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej w województwie lubuskim. Przedmiotem dalszych analiz mogą być zarówno przyczyny jak i konsekwencje wynikające z takiego zróżnicowania.

Wykres 2.3 Psychiatryczna opieka ambulatoryjna – leczeni po raz pierwszy w poradniach zdrowia psychicznego w 2009 r.

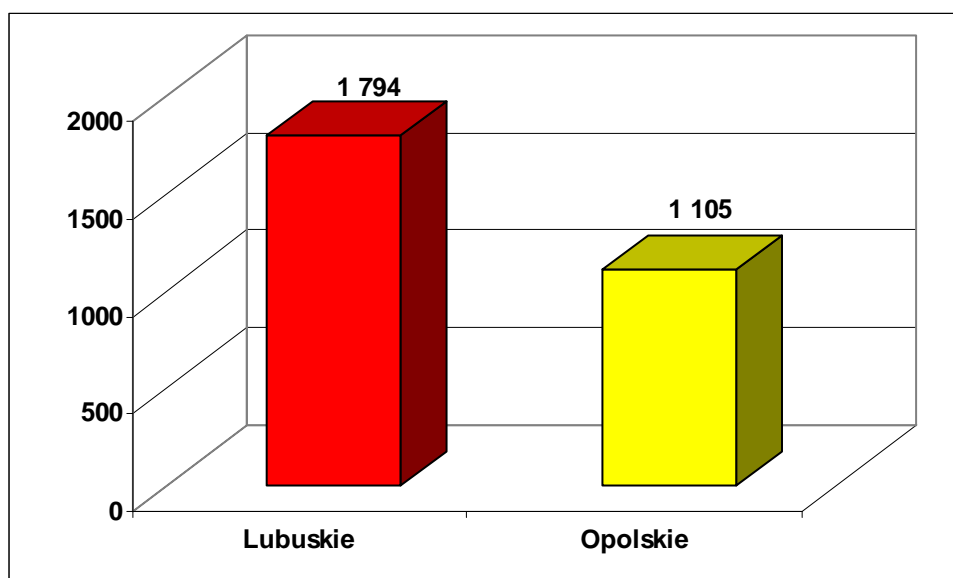


Źródło: Rocznik Statystyczny Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii za rok 2009, s.42

Interesujący jest fakt praktycznego braku różnic w przypadku zaprezentowanych na powyższym wykresie danych odnoszących się do leczonych po raz pierwszy pacjentów psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej.

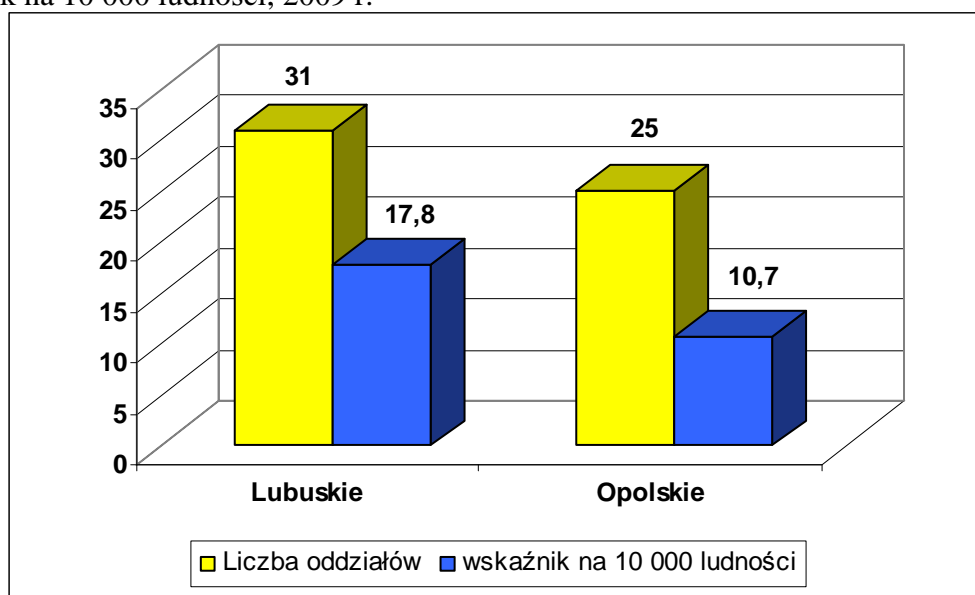
Z kolei następne cztery wykresy ilustrują znaczące różnice pomiędzy psychiatryczną opieką całodobową w województwie opolskim i lubuskim. Biorąc pod uwagę założenia narodowego programu ochrony zdrowia psychicznego wyższe wskaźniki odnoszące się do województwa lubuskiego oznaczać mogą potrzebę przeprowadzenia dalej idących zmian w psychiatrycznej opiece zdrowotnej tego regionu. Zakładając, że nieco inny charakter i/lub skalę będą miały te zmiany w województwie opolskim można oczekiwać pomocnej i inspirującej wymiany doświadczeń pomiędzy dwoma wskazanymi regionami.

Wykres 2.4 Psychiatryczna opieka całodobowa – liczba bezwzględna - łóżka rzeczywiste, 2009 r.



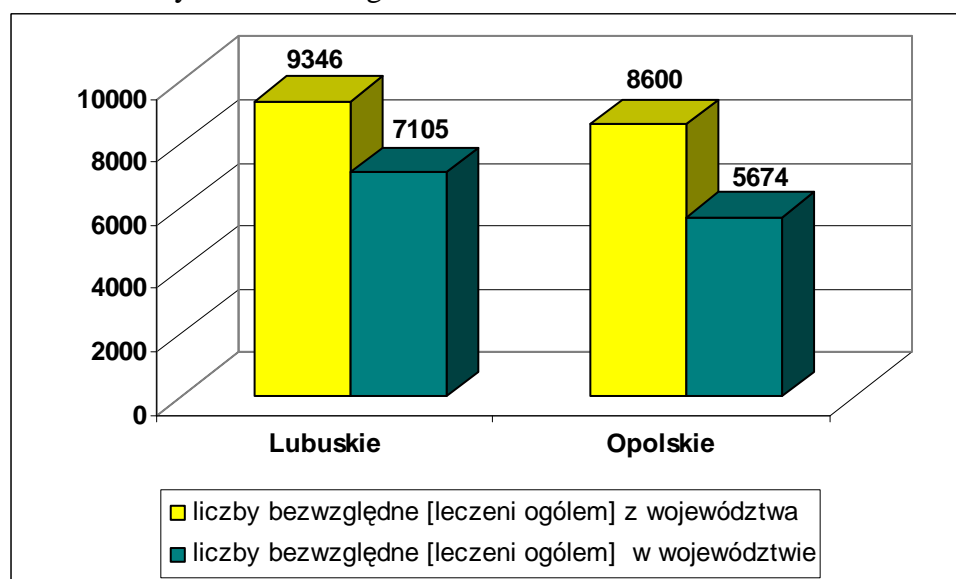
Źródło: Rocznik Statystyczny Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii za rok 2009, s. 138

Wykres 2.5 Psychiatryczna opieka całodobowa – liczba oddziałów oraz łóżka rzeczywiste wskaźnik na 10 000 ludności, 2009 r.



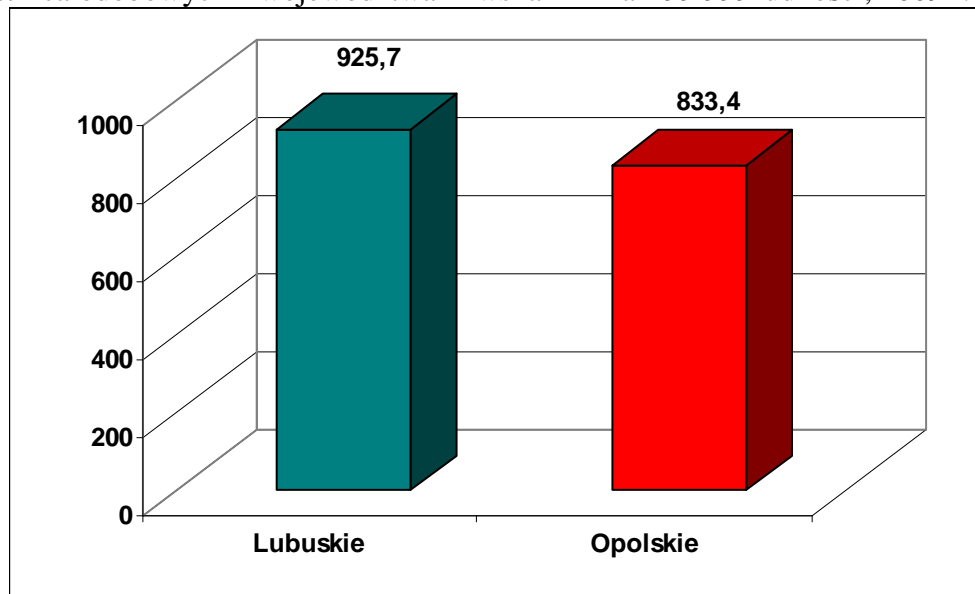
Źródło: Rocznik Statystyczny Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii za rok 2009, s. 138

Wykres 2.6 Psychiatryczna opieka całodobowa – chorzy leczeni w psychiatrycznych oddziałach całodobowych – leczeni ogółem w 2009 r.



Źródło: Rocznik Statystyczny Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii za rok 2009, s.164-165

Wykres 2.7 Psychiatryczna opieka całodobowa – chorzy leczeni w psychiatrycznych oddziałach całodobowych z województwa – wskaźnik na 100 000 ludności, 2009 r.



Źródło: Rocznik Statystyczny Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii za rok 2009, s.164-165

3. Zasoby w obszarze ochrony zdrowia psychicznego w województwie opolskim

3.1. Ochrona zdrowia psychicznego

Najważniejszym elementem instytucjonalnego systemu ochrony zdrowia psychicznego są zakłady opieki zdrowotnej, które zapewniają osobom z zaburzeniami psychicznymi leczenie i rehabilitację w specjalistycznych placówkach psychiatrycznych i odwykowych.

Powszechnym miejscem leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi są poradnie zdrowia psychicznego. Lecznictwo psychiatryczne stacjonarne tworzą szpitale psychiatryczne z oddziałami psychiatrycznymi i odwykowymi. Część bazy łóżkowej przeznaczona jest na cele opiekuńczo-lecznicze. Dużą rolę w zapobieganiu zaburzeniom psychicznym oraz pomocy w społecznym funkcjonowaniu osób z tego typu zaburzeniami pełnią organizacje społeczne i stowarzyszenia pozarządowe.

Bardzo ważnym elementem systemu ochrony zdrowia psychicznego są instytucje działające w obszarze pomocy społecznej wraz z domami pomocy społecznej dla osób psychicznie przewlekle chorych oraz upośledzonych.

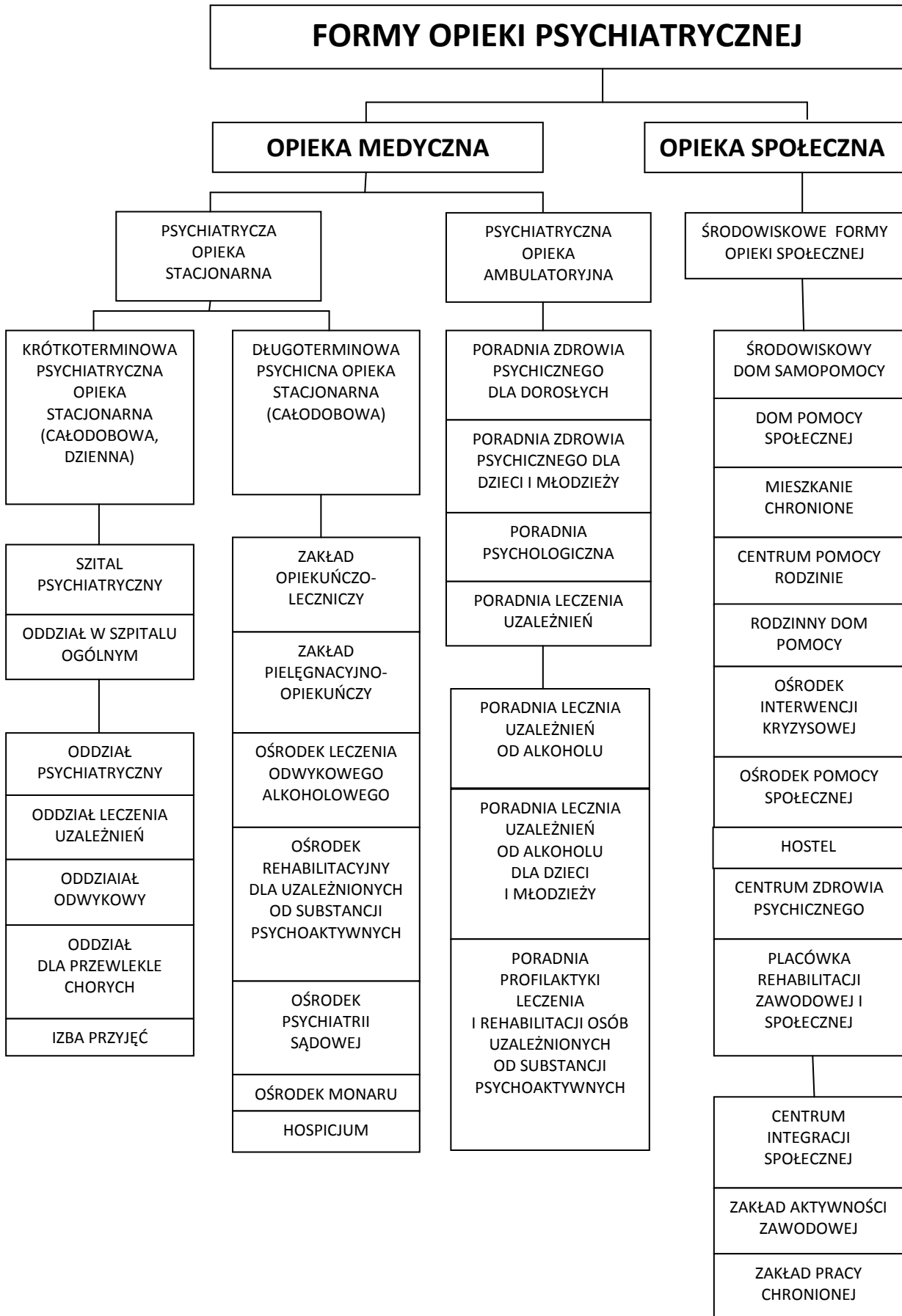
System psychiatrycznej ochrony zdrowia w województwie opolskim tworzą publiczne i niepubliczne podmioty realizujące świadczenia zdrowotne w zakresie opieki stacjonarnej, ambulatoryjnej i dziennej dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i uzależnionych od środków psychoaktywnych.

Osobom z zaburzeniami psychicznymi gwarantowane są świadczenia opieki psychiatrycznej, wynikające z ustawy o finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

Leczenie psychiatryczne pacjenta przebiega w ramach dwóch następujących po sobie, uzupełniających się wzajemnie procesów – opieki medycznej oraz opieki społecznej.

W systemie ochrony zdrowia psychicznego wyróżnia się następujące formy opieki psychiatrycznej wskazane na poniższym diagramie.

Diagram 3.1



3.1.1. Ochrona zdrowia psychicznego w stacjonarnej opiece zdrowotnej

W województwie opolskim według stanu w dniu 31.12.2011 r. funkcjonują następujące podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające stacjonarnych świadczeń zdrowotnych w psychiatrii:

3 szpitale psychiatryczne, **1** ośrodek leczenia odwykowego, **1** ośrodek rehabilitacyjny dla narkomanów (MONAR) oraz **1** inne

Tabela 3.1. Oddziały w placówkach leczniczych zgodnie z kodami resortowymi według stanu w dniu 31.12.2011 r.¹⁰

Lp.	Kod resortu	Nazwa oddziału	Nazwa komórki	Ogólna ilość oddziałów	Liczba miejsc/łóżek w dn. 31.12.2011 r.		Miasto
					Ogółem	Liczba miejsc/łóżek wg miast	
1.	2700	Oddział dzienny psychiatryczny (ogólny)	Dzienny Oddział Psychiatryczny	4	66	20	Brzeg
			Oddział Dzienny Psychiatryczny (ogólny)			13	Kędzierzyn-Koźle
			Oddział Dzienny Psychiatryczny			13	Krapkowice
			Oddział Dzienny Psychiatryczny			20	Nysa
2.	2702	Dzienny oddział rehabilitacji i leczenia nerwic	Oddział Dzienny Psychiatryczny Rehabilitacyjny	2	33	13	Kędzierzyn-Koźle
			Dzienny oddział rehabilitacji psychiatrycznej			20	Opole
3.	2704	Oddział dzienny psychogeriatryczny	Oddział Psychogeriatryczny	1	24	24	Opole
4.	2706	Oddział dzienny zaburzeń nerwicowych	Pododdział leczenia nerwic dziennego oddziału rehabilitacji psychiatrycznej	2	32	10	Opole
			Oddział Psychosomatyczny			22	Opole

¹⁰ Dane w tabeli 3.1 na podstawie informacji z rejestru prowadzonego przez Wojewodę Opolskiego.

Lp.	Kod resortu	Nazwa oddziału	Nazwa komórki	Ogólna ilość oddziałów	Liczba miejsc /łóżek w dniu 31.12.2011r.		Miasto
					Ogółem	Liczba miejsc/ łóżek wg miast	
5.	2712	Oddział dzienny terapii uzależnienia od alkoholu	Oddział Dzienny Terapii Uzależnienia od Alkoholu	5	b.d	b.d ¹¹	Kędzierzyn-Koźle
			Oddział Dzienny Terapii Uzależnienia od Alkoholu			b.d	Kędzierzyn-Koźle
			Oddział Dzienny Terapii Uzależnienia od Alkoholu			b.d	Krapkowice
			Dzienny Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu			b.d	Nysa
			Dzienny Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu			20	Opole
6.	2726	Hostel dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych		1	5	5	Zbicko
7.	2730	Zespół leczenia środowiskowego (domowego)	Zespół Leczenia Środowiskowego (Domowego)	7	0	0	Głuchołazy
			Zespół Leczenia Środowiskowego (Domowego)			0	Nysa
			Zespół Leczenia Środowiskowego (domowego)			0	Opole
			Zespół Lecznictwa Środowiskowego			0	Opole
			Zespół Leczenia Środowiskowego			0	Opole
			Zespół Leczenia Środowiskowego			0	Opole
			Zespół Leczenia Środowiskowego			0	Kluczbork
8.	2731	Zespół leczenia środowiskowego (domowego) dla dzieci i młodzieży	Zespół Leczenia Środowiskowego dla Dzieci	1	0	0	Opole
9.	2732	Opieka domowa, rodzinna	Opieka Domowa, Rodzinna	1	0	0	Olesno

¹¹ Skrót „b.d” oznacza brak danych

Lp.	Kod resortu	Nazwa oddziału	Nazwa komórki	Ogólna ilość oddziałów	Liczba miejsc /łóżek na dn. 31.12.2011 r.		Miasto
					Ogółem	Liczba miejsc/ łóżek wg miast	
10.	4700	Oddział psychiatryczny(ogólny)	Oddział Psychiatrii Ogólnej B	8	376	70	Branice
			Oddział Psychiatrii Ogólnej C			75	Branice
			Oddział Psychiatryczny			25	Brzeg
			Oddział Psychiatryczny Ogólny			40	Głucholazy
			Oddział psychiatrii dla dorosłych A""			52	Opole
			Oddział psychiatrii dla dorosłych B""			63	Opole
			Oddział psychiatrii dla dorosłych C""			40	Opole
			Pododdział wzmożonego nadzoru psychiatrycznego oddziału psychiatrii dla dorosłych A""			11	Opole
11.	4702	Oddział rehabilitacji psychiatrycznej	Oddział II Rehabilitacji Psychiatrycznej	1	41	41	Moszna
12.	4704	Oddział leczenia zaburzeń nerwicowych	Oddział I Leczenia Zaburzeń Nerwicowych	1	91	91	Moszna
13.	4705	Oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży	Oddział psychiatrii dla dzieci i młodzieży	1	18	18	Opole
14.	4710	Oddział psychiatryczny dla chorych somatycznie	Oddział Psychosomatyczny	1	40	40	Głucholazy
15.	4732	Oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu	Oddział Sądowo-Psychiatryczny D2	1	60	60	Branice
16.	4734	Oddział psychiatrii sądowej o maksymalnym zabezpieczeniu	Zespół Lecznico-Rehabilitacyjny A	4	75	18	Branice
			Zespół Lecznico-Rehabilitacyjny B			22	Branice
			Zespół Lecznico-Rehabilitacyjny C			13	Branice
			Zespół Lecznico-Rehabilitacyjny D			22	Branice
17.	4740	Oddział/Ośrodek leczenia uzależnień	Oddział Terapii Uzależnień	1	76	76	Namysłów

Lp.	Kod resortu	Nazwa oddziału	Nazwa komórki	Ogólna ilość oddziałów	Liczba miejsc/łóżek w dn. 31.12.2011 r.		Miasto
					Ogółem	Liczba miejsc/łóżek wg miast	
18.	4742	Oddział/Ośrodek leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacji)	Oddział Leczenia Zespołów Abstynencyjnych B7	2	42	25	Branice
			Oddział Detoksykacji			17	Namysłów
19.	4744	Oddział/Ośrodek terapii uzależnienia od alkoholu	Oddział Terapii Uzależnień od Alkohol	1	52	52	Branice
20.	4748	Oddział/Ośrodek leczenia zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (detoksykacji)	Oddział dla Osób Uzależnionych z Orzeczoną Środkiem Zabezpieczającym D2	1	30	30	Branice
21.	4750	Oddziały / ośrodki terapeutyczne i rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	Oddział Terapii Uzależnień	2	84	49	Zbicko
						35	Gracze
22.	5172	Zakład/Oddział opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny	Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Psychiatryczny	5	161	20	Brzeg
			Oddział Opiekuńczo-Leczniczy B1			21	Branice
			Oddział Opiekuńczo-Leczniczy K2			48	Branice
			Oddział Opiekuńczo-Leczniczy K3			36	Branice
			Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Psychiatryczny			36	Głuchołazy

Tabela 3.2. Działalność i zatrudnienie na oddziałach psychiatrycznych według stanu w dniu 31.12.2011 r.¹²

Nazwa oddziału	Kod identyfikacyjny	Łóżka rzeczywiste stan w dniu 31.12.	Średnia liczba łóżek rzeczywistych	Leczeni	Osobodni leczenia	Lekarze stan w dniu 31.12.		
						Ogółem na umowach o pracę	W tym pełno-zatrudnieni	Pracujący w ramach umów cywilno-prawnych
Psychiatria ogólna	4700	311	311	3 402	110 443	27	27	0
Rehabilitacja psychiatryczna	4702	41	41	539	13314	2	2	1
Leczenie zaburzeń nerwicowych	4704	91	91	1134	30409	5	4	0
Psychiatria dzieci i młodzieży	4705	18	18	291	4 235	2	2	0
Psychiatria sądowa	4732	60	53	102	20 871	1	1	0
Zespół Lecznico-Rehabilitacyjny	4734	75	75	89	19 477	3	3	0
Terapia uzależnień	4740	76	76	698	23301	1	0	2
Leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych	4742	42	42	1 445	12 852	2	1	3
Terapia uzależnień od alkoholu	4744	52	52	565	18 198	1	0	0
Leczenie zespołów absynt. po substancjach psychoaktywnych	4748	30	26	53	7 029	1	1	0
Rehabilitacja dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	4750	84	84	219	27 442	0	0	2
Oddział rehabilitacji ogólnoustrojowej	4300	10	1	38	550	-	-	-
Ogółem		890	870	8 575	288 121	45	41	8

Tabela 3.3. Działalność i zatrudnienie na oddziałach według stanu w dniu 31.12.2011 r.

Nazwa oddziału	Kod identyfikacyjny	Łóżka rzeczywiste stan w dniu 31.12.2011 r.	Średnia liczba łóżek rzeczywistych	Leczeni	Osobodni leczenia	Lekarze stan w dniu 31.12.2011 r.		
						Ogółem na umowach o pracę	W tym pełno-zatrudnieni	Pracujący w ramach umów cywilno-prawnych
Dzienny oddział rehabilitacji i leczenia nerwic	2702	30	30	188	6690	3	2	0
Hostel dla osób uzależnionych od substancji	2726	5	5	17	1634	-	-	-

¹² Dane w tabelach 3.2-3.4 na podstawie sprawozdania MZ-30 Opolskiego Urzędu Wojewódzkiego.

Tabela 3.4. Personel działalności podstawowej w stacjonarnej opiece psychiatrycznej według stanu w dniu 31.12.2011 r.

Wyszczególnienie		Zatrudnieni na podstawie stosunku pracy			Pracujący w ramach umów cywilnoprawnych		
		Ogółem (osoby)	W tym pełnozatrudnieni	Opłacone godziny pełno- i niepełnozatrudnionych w ciągu roku	Ogółem (osoby)	W tym w wymiarze nie mniejszym niż 35 godzin tygodniowo	
							Stan w dniu 31.12.2011 r.
Lekarze ogółem (łącznie z rezydentami, bez konsultantów)		01	89	78	172 013	19	3
w tym:	Psychiatrzy I st.	02	2	2	4 980	2	1
	Psychiatrzy II st. i Specjaliści psychiatrzy (w nowym systemie jednostopniowym)	03	36	32	70 354	3	2
Pielęgniarki		04	309	307	602 987	5	1
Psycholodzy		05	42	33	67 419	0	0
Specjaliści terapii uzależnień		06	22	19	41 200	0	0
Instruktorzy terapii uzależnień		07	9	8	16 231	0	0
Terapeuci zajęciowi		08	24	19	43 787	0	0
Pracownicy socjalni		09	5	5	9 685	0	0
Inni terapeuci teatr, tkactwo, ceramika, malarstwo, joga		10	0	0	0	5	0

3.1.2. Ochrona zdrowia psychicznego w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej

W województwie opolskim według stanu w dniu 31.12.2011r. funkcjonują następujące podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w psychiatrii:

Tabela 3.5. Poradnie w psychiatrii według powiatów stan w dniu 31.12.2011 r.¹³

Lp.	Nazwa poradni	Kod resortu	Liczba poradni	Uwagi
1.	Poradnia zdrowia psychicznego	1700	41	Powiat brzeski – 3
				Powiat głubczycki – 4
				Powiat kędzierzyńsko-kozielski – 7
				Powiat kluczborski - 1
				Powiat krapkowicki- 4
				Powiat namysłowski - 1
				Powiat nyski- 2
				Powiat oleski - 3
				Powiat opolski - 3
				Powiat prudnicki - 2
				Powiat strzelecki – 2
Powiat m. Opole - 9				
2.	Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży	1701	4	Powiat kędzierzyńsko-kozielski – 1
				Powiat m. Opole - 3
3.	Poradnia leczenia nerwic	1706	1	Powiat strzelecki – 1
4.	Poradnia leczenia uzależnień	1740	10	Powiat głubczycki – 2
				Powiat kędzierzyńsko-kozielski – 1
				Powiat krapkowicki- 2
				Powiat namysłowski - 1
				Powiat nyski- 2
Powiat m. Opole - 2				
5.	Poradnia terapii uzależnień od alkoholu dla dzieci i młodzieży	1743	1	Powiat nyski- 1
6.	Poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia	1744	13	Powiat brzeski – 1
				Powiat kędzierzyńsko-kozielski – 3
				Powiat kluczborski - 1
				Powiat krapkowicki- 1
				Powiat namysłowski - 1
				Powiat nyski- 1
				Powiat oleski - 1
				Powiat opolski - 1
				Powiat prudnicki - 1
				Powiat strzelecki – 1
Powiat m. Opole - 1				
7.	Poradnia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych	1746	3	Powiat brzeski – 1
				Powiat kędzierzyńsko-kozielski – 1
				Powiat m. Opole - 1
8.	Poradnia promocji zdrowia	1750	8	Powiat kędzierzyńsko-kozielski – 2
				Powiat nyski- 1
				Powiat m. Opole - 5
9.	Poradnia seksuologiczna i patologii współżycia	1780	3	Powiat prudnicki - 1
				Powiat m. Opole - 2
10.	Poradnia psychologiczna	1790	18	Powiat brzeski – 2
				Powiat kędzierzyńsko-kozielski – 3
				Powiat kluczborski - 1
				Powiat krapkowicki- 1
				Powiat nyski- 2
				Powiat opolski – 1
				Powiat strzelecki – 1
Powiat m. Opole - 7				

¹³ Dane w tabeli 3.5 na podstawie informacji z rejestru prowadzonego przez Wojewodę Opolskiego.

Tabela 3.6. Personel działalności podstawowej według stanu w dniu 31.12.2011 r.¹⁴

Wyszczególnienie		Udzielający świadczeń ogółem (w osobach stan w dniu 31.12)	Zatrudnieni na podstawie stosunku pracy			Pracujący w ramach umów cywilnoprawnych		
			Ogółem (w osobach)	W tym pełnozatrudnieni	Opłacone godziny pełno- i niepełnozatrudnionych w ciągu roku	Ogółem (w osobach)	W tym w wymiarze nie mniejszym niż 35 godzin tygodniowo	
								Stan w dniu 31.12.
Lekarze ogółem (łącznie z rezydentami, bez konsultantów)		01	55	24	4	20 341	25	1
w tym:	Psychiatrzy I st.	02	19	9	3	9 548	9	0
	Psychiatrzy II st. i Specjaliści psychiatry (w nowym systemie jednostopniowym)	03	32	14	1	8 977	15	1
Pielęgniarki		04	18	14	9	21 088	4	0
Psycholodzy		05	52	20	5	18 553	31	0
Specjaliści terapii uzależnień		06	2	2	0	476	0	0
Instruktorzy terapii uzależnień		07	1	0	0	0	1	0
Terapeuci zajęciowi		08	1	1	1	1 848	0	0
Pracownicy socjalni		09	6	4	2	6 560	2	0
Inni terapeuci		10	2	0	0	0	2	0
Psychoterapeuci								

¹⁴Dane w tabeli 3.6 na podstawie sprawozdania MZ-15 Opolskiego Urzędu Wojewódzkiego dotyczącego poradni zdrowia psychicznego.

Tabela 3.7. Personel działalności podstawowej według stanu w dniu 31.12.2011 r.¹⁵

Wyszczególnienie		Udzielający świadczeń ogółem (w osobach stan w dniu 31.12)	Zatrudnieni na podstawie stosunku pracy ⁵			Pracujący w ramach umów cywilnoprawnych		
			ogółem (w osobach)	w tym pełnozatrudnieni	opłacone godziny pełno- i niepełnozatrudnionych w ciągu roku	ogółem (w osobach)	w tym w wymiarze nie mniejszym niż 35 godzin tygodniowo	
								stan w dniu 31.12.
0		1	2	3	4	5	6	
Lekarze ogółem (łącznie z rezydentami, bez konsultantów)		01	3	3	0	1 686	0	0
w tym:	Psychiatrzy I st.	02	0	0	0	0	0	0
	Psychiatrzy II st. i Specjaliści psychiatry (w nowym systemie jednostopniowym)	03	3	3	0	1 686	0	0
Pielęgniarki		04	2	2	0	650	0	0
Psycholodzy		05	3	3	0	1 964	0	0
Specjaliści terapii uzależnień		06	0	0	0	0	0	0
Instruktorzy terapii uzależnień		07	0	0	0	0	0	0
Terapeuci zajęciowi		08	0	0	0	0	0	0
Pracownicy socjalni		09	1	1	0	156	0	0
Inni terapeuci Psychoterapeuci		10	0	0	0	0	0	0

¹⁵Dane w tabeli 3.7 na podstawie sprawozdania MZ-15 Opolskiego Urzędu Wojewódzkiego dotyczącego poradni zdrowia psychicznego dla dzieci młodzieży.

Tabela 3.8. Personel działalności podstawowej według stanu w dniu 31.12.2011 r.¹⁶

Wyszczególnienie		Udzielający świadczeń ogółem (osoby stan w dniu 31.12.2011)	Zatrudnieni na podstawie ⁵ stosunku pracy			Pracujący w ramach umów cywilnoprawnych		
			ogółem (osoby)	w tym pełnozatrudnieni	opłacone godziny pełno- i niepełnozatrudnionych w ciągu roku	ogółem (osoby)	w tym w wymiarze nie mniejszym niż 35 godzin tygodniowo	
								stan w dniu 31.12.2011
0		1	2	3	4	5	6	
Lekarze ogółem (łącznie z rezydentami, bez konsultantów)		01	27	5	0	2 834	19	0
w tym:	Psychiatrzy I st.	02	9	3	0	2 146	5	0
	Psychiatrzy II st. i Specjaliści psychiatry (w nowym systemie jednostopniowym)	03	17	2	0	688	13	0
Pielęgniarki		04	12	4	2	5 731	8	2
Psycholodzy		05	35	13	3	10 796	20	4
Specjaliści terapii uzależnień		06	45	17	6	17 347	27	9
Instruktorzy terapii uzależnień		07	9	5	2	5 599	4	1
Terapeuci zajęciowi		08	0	0	0	0	0	0
Pracownicy socjalni		09	3	0	0	0	3	0
Inni terapeuci Psychoterapeuci		10	2	2	0	864	0	0

¹⁶Dane w tabeli 3.8 na podstawie sprawozdania MZ-15 Opolskiego Urzędu Wojewódzkiego dotyczącego poradni odwykowej (alkoholowej).

Tabela 3.9. Personel działalności podstawowej według stanu w dniu 31.12.2011 r.¹⁷

Wyszczególnienie	Udzielający świadczeń ogółem (osoby stan w dniu 31.12.2011)	Zatrudnieni na podstawie stosunku pracy			Pracujący w ramach umów cywilnoprawnych		
		ogółem (osoby)	w tym pełnozatrudnieni	opłacone godziny pełno- i niepełnozatrudnionych w ciągu roku	ogółem (osoby)	w tym w wymiarze nie mniejszym niż 35 godzin tygodniowo	
		stan w dniu 31.12.2011			stan w dniu 31.12.2011		
0	1	2	3	4	5	6	
Lekarze ogółem (łącznie z rezydentami, bez konsultantów)	01	1	0	0	0	1	0
w tym: Psychiatrzy I st.	02	0	0	0	0	0	0
Psychiatrzy II st. i Specjaliści psychiatry (w nowym systemie jednostopniowym)	03	1	0	0	0	1	0
Pielęgniarki	04	0	0	0	0	0	0
Psycholodzy	05	1	1	0	1 040	0	0
Specjaliści terapii uzależnień	06	2	1	0	540	1	0
Instruktorzy terapii uzależnień	07	1	1	1	680	0	0
Terapeuci zajęciowi	08	0	0	0	0	0	0
Pracownicy socjalni	09	0	0	0	0	0	0
Inni terapeuci Psychoterapeuci	10	0	0	0	0	0	0

¹⁷Dane w tabeli 3.9 na podstawie sprawozdania MZ-15 Opolskiego Urzędu Wojewódzkiego dotyczącego poradni profilaktyki i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych

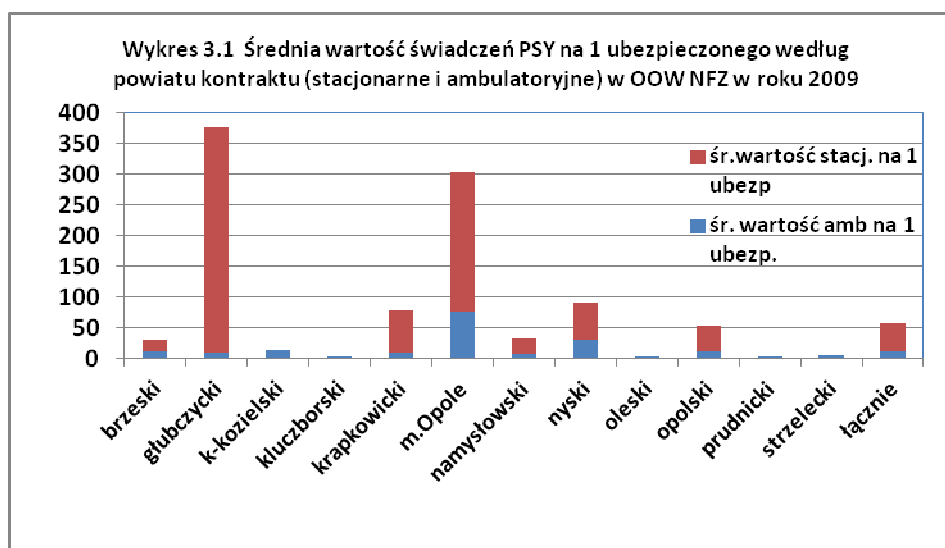
3.1.3. Finansowanie przez Opolski Oddział Wojewódzki NFZ świadczeń w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Złożoność problematyki ochrony zdrowia psychicznego wskazuje na potrzebę przygotowywania w ramach realizacji regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego wieloaspektowych analiz.

Poniżej zobrazowano za pomocą wykresów niektóre elementy finansowania świadczeń psychiatrycznych w województwie opolskim według danych Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

Alokacja środków przeznaczanych na finansowanie świadczeń psychiatrycznych (PSY) ze środków OOWNFZ wynika z lokalizacji świadczeniodawców. Koszty funkcjonowania i wysokość środków w kontraktach z NFZ wynikają z wielkości placówki oraz struktury realizowanych świadczeń. Wysokie wartości środków w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego powiatu lokalizacji świadczeniodawcy wynikają z umiejscowienia szpitali psychiatrycznych na terenie Opola, Branicy (powiat głubczycki) oraz Mosznej (powiat krapkowicki). Wyższe wartości w powiecie nyskim wynikają również z obecności w Głuchołazach oddziału psychosomatycznego kontraktowanego przez OOWNFZ (Wykres 3.1).

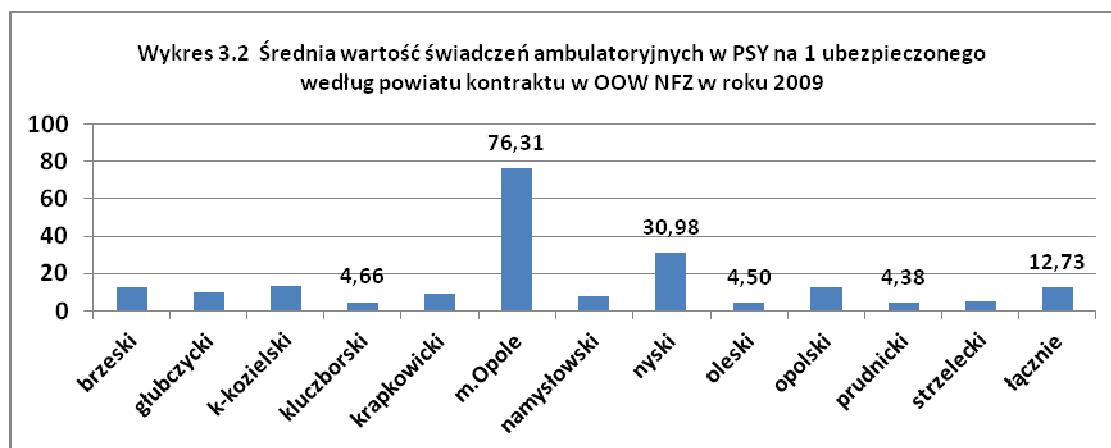
Wykres 3.1



W odniesieniu do świadczeń ambulatoryjnych również obserwuje się różnice. Można zaobserwować dużą dysproporcję wartości umów na świadczenia ambulatoryjne realizowane

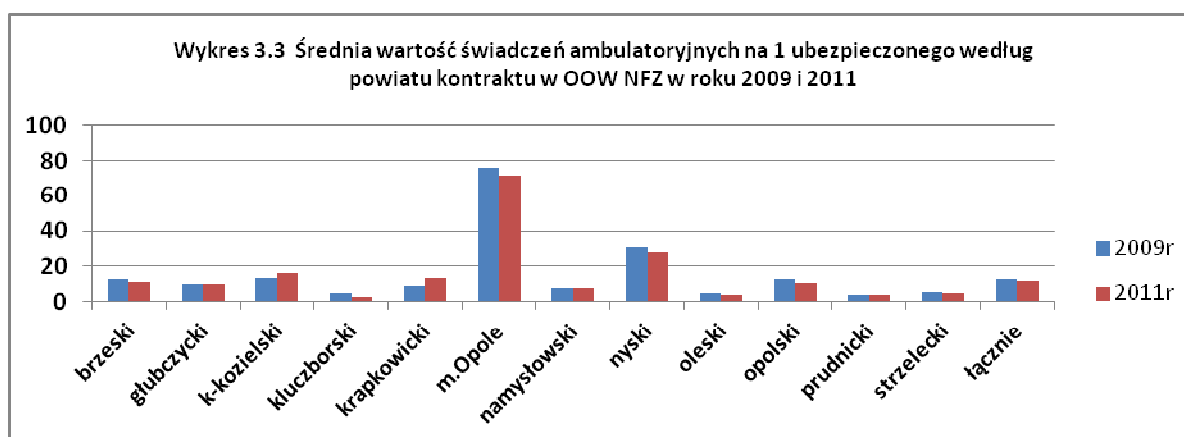
na terenie miasta Opole (około 6 razy większa niż średnia dla województwa) oraz powiatu nyskiego (około 2,5 razy większa niż średnia dla województwa). Zwraca uwagę bardzo niska wartość świadczeń w umowach na świadczenia ambulatoryjne w poradniach zdrowia psychicznego oraz poradniach leczenia uzależnień realizowanych na terenie powiatów prudnickiego, oleskiego, kluczborskiego, strzeleckiego, namysłowskiego (Wykres 3.2).

Wykres 3.2



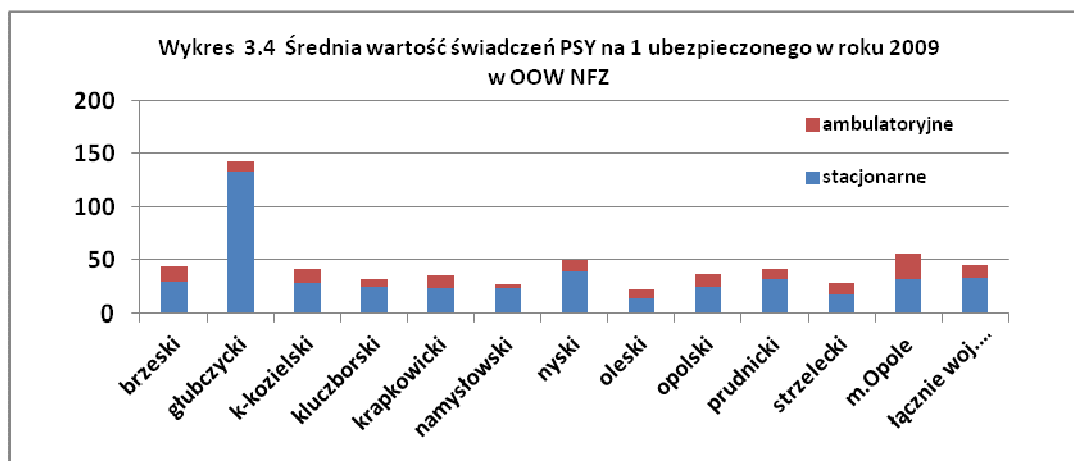
Pomiędzy 2009 i 2011 r. w wartości kontraktów na świadczenia ambulatoryjne zawieranych z OOWNFZ nie zaobserwowano istotnych zmian. Wartość w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego uległa niewielkiemu zmniejszeniu. Relatywnie największe zmiany można zaobserwować w kontraktach zawieranych na terenie miasta Opole oraz powiatu nyskiego (Wykres 3.3).

Wykres 3.3

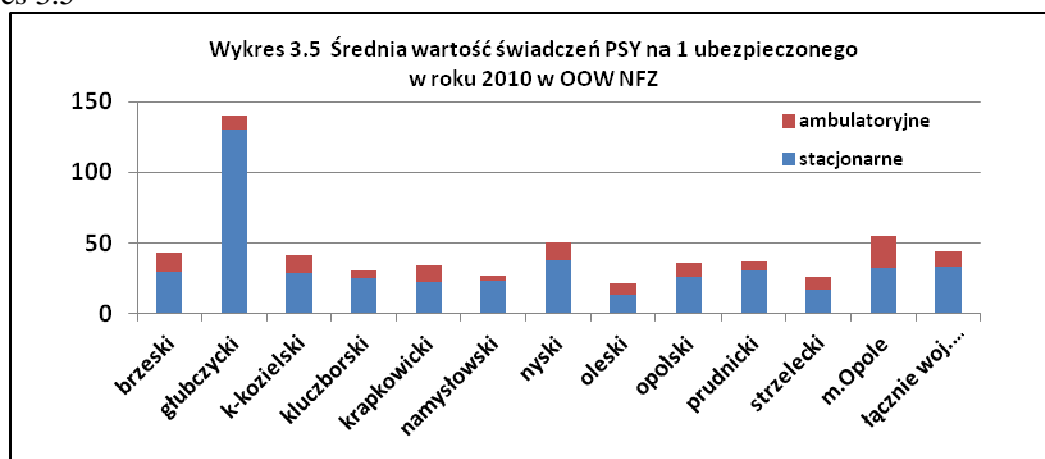


W kolejnych wykresach przedstawione są średnie wartości świadczeń z zakresu psychiatrii realizowanych w województwie opolskim na rzecz ubezpieczonych według powiatu zamieszkania w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego niezależnie od tego, gdzie osoba ubezpieczona korzysta ze świadczeń. W wykresach przedstawiono zróżnicowanie w zależności od rodzaju świadczeń, tzn. zróżnicowanie na świadczenia stacjonarne (dotyczące szpitali) oraz ambulatoryjne (dotyczące poradni). Zwraca uwagę duża wartość świadczeń realizowanych na rzecz mieszkańców powiatu głubczyckiego. Powyższe wynika z usytuowania w tamtejszym powiecie zakładów opiekuńczo-leczniczych o profilu psychiatrycznym oraz hospitalizowania pacjentów głubczyckich DPS-ów dla pacjentów z zaburzeniami psychicznymi.

Wykres 3.4



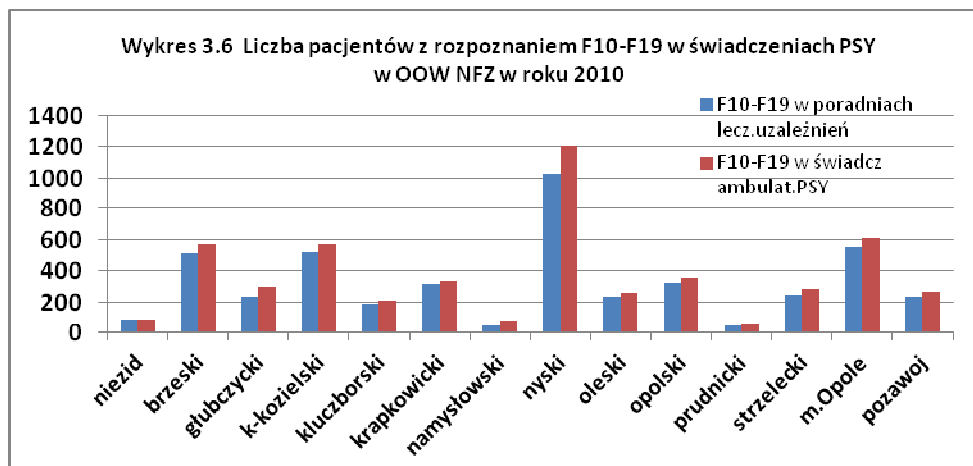
Wykres 3.5



Dostęp do leczenia uzależnień od alkoholu i innych środków psychoaktywnych. Wykres 3.6 wskazuje, iż jedynie w powiatach brzeskim, kluczborskim, krapkowickim oraz

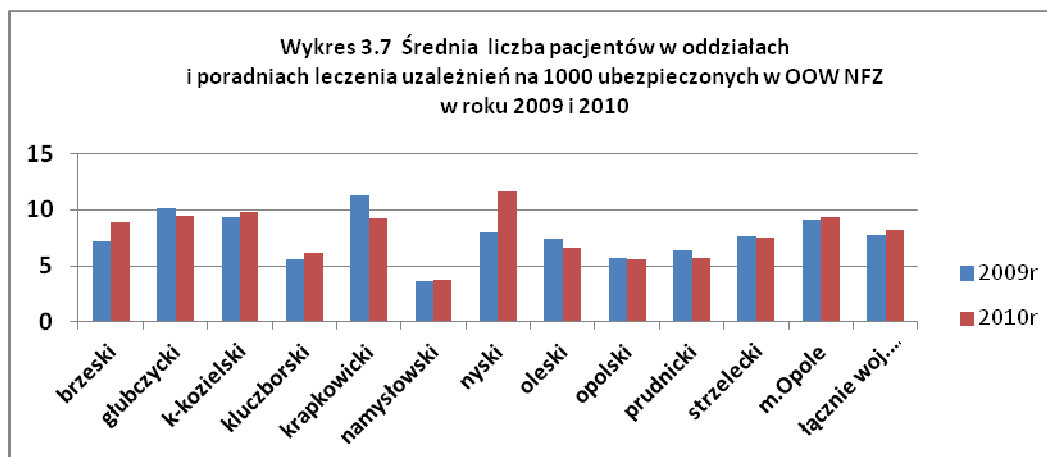
prudnickim prawie 100% pacjentów mających problemy związane z uzależnieniami i uzyskujących pomoc w poradniach, uzyskuje ją w poradniach leczenia uzależnień. Spora grupa mieszkańców powiatu nyskiego uzyskuje pomoc w chorobach i zaburzeniach z obszaru F10-F19 w innych poradniach realizujących świadczenia psychiatryczne, aniżeli poradnie leczenia uzależnień.

Wykres 3.6



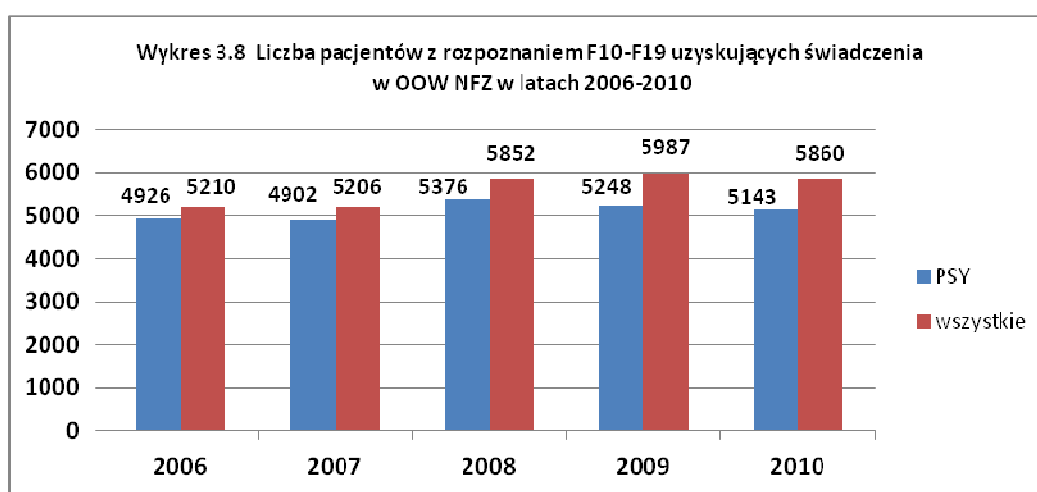
Obserwując liczbę pacjentów uzyskujących świadczenia w oddziałach i poradniach leczenia uzależnień zauważyć należy, że wskaźnik ten w przeliczeniu na 1000 mieszkańców jest najniższy w populacji powiatu namysłowskiego. Ponadto wskaźnik niższy aniżeli średnia dla regionu jest także w powiatach opolskim, kluczborskim, prudnickim, oleskim i strzeleckim (Wykres 3.7).

Wykres 3.7



Według danych sprawozdawczych ze wszystkich świadczeń, gdzie rozpoznaniem z zakresu F10-F19 określono przyczynę udzielenia pomocy medycznej w OOW NFZ w latach 2006-2010 można oceniać rozpowszechnienie tej grupy problemów zdrowotnych w populacji ubezpieczonych mieszkańców województwa. Liczba pacjentów, którzy uzyskali świadczenie zdrowotne z rozpoznaniem z zakresu F10-F19, przedstawia Wykres 3.8. Uwzględnia on liczbę pacjentów, którzy z w/w rozpoznaniem uzyskiwali świadczenia w grupie świadczeń psychiatrycznych oraz we wszystkich świadczeniach rozliczanych z OOW NFZ - w tym także świadczeń lekarskich podstawowej opieki zdrowotnej.

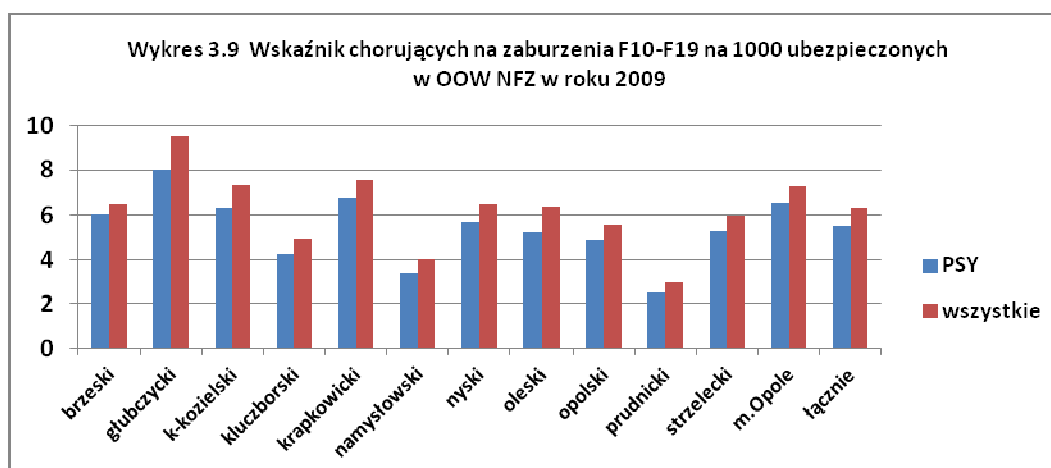
Wykres 3.8



Wskaźnik liczby pacjentów z problemem zdrowotnym z grupy F10-F19 na 1000 ubezpieczonych w podziale na powiaty zamieszkania przedstawia Wykres 3.9. Najniższy wskaźnik wśród korzystających ze świadczeń z w/w rozpoznaniem rejestruje się w populacji osób ubezpieczonych, zamieszkałych w powiatach prudnickim, namysłowskim i kluczborskim. Widoczne zróżnicowanie wskaźnika może być pochodną dostępności do świadczenia usług zdrowotnych dla pacjentów z rozpoznaniem F10-F19 i/lub wynikać z innych przyczyn, np. z jakości współpracy różnych instytucji stykających się z osobami mającymi problemy ze środkami psychoaktywnymi i z rodzinami takich osób.

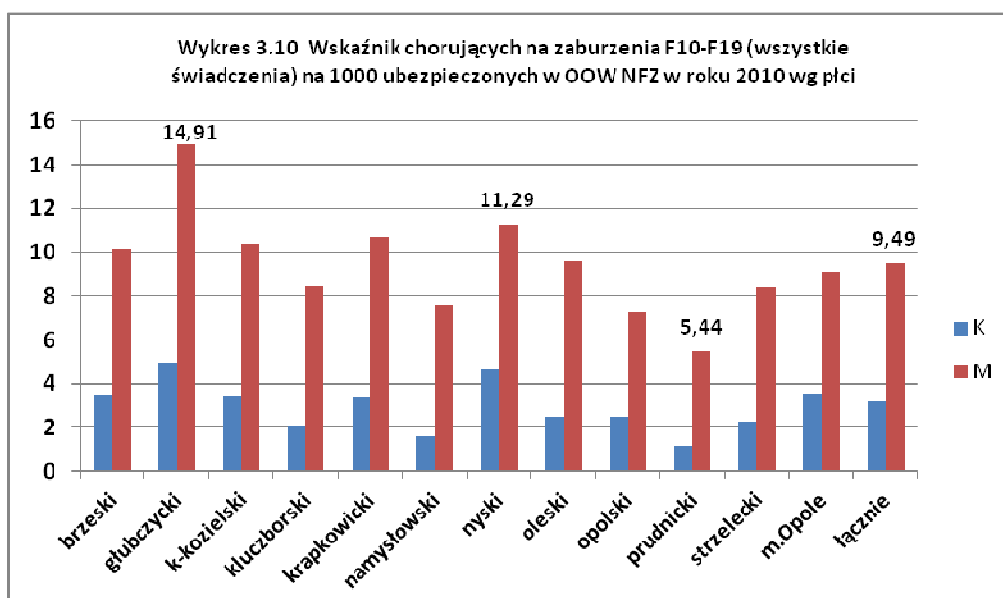
Ze względu na specyfikę i deficyt dostępnych danych omawiany wskaźnik jest najbliższym odzwierciedleniem skali problemów zdrowotnych osób z rozpoznaniem F10-F19. Może on wskazywać na utrudnioną dostępność do świadczeń zdrowotnych, mniejszą rozpoznawalność tych chorób w populacji z określonego terenu, bądź mniejszą skalę tych problemów zdrowotnych.

Wykres 3.9



Wskaźnik liczby chorujących na choroby określane rozpoznaniem z grupy F10-F19 na 1000 ubezpieczonych w odniesieniu do grupy mężczyzn jest około dwa i pół razy wyższy niż w przypadku kobiet. Najwyższe wskaźniki obserwuje się w populacji mężczyzn powiatu głubczyckiego, natomiast najniższy w populacji mężczyzn powiatu prudnickiego (Wykres 3.10). Wskazanie przyczyn zróżnicowania wskaźnika między poszczególnymi powiatami województwa wymagałoby przeprowadzenia pogłębionych analiz.

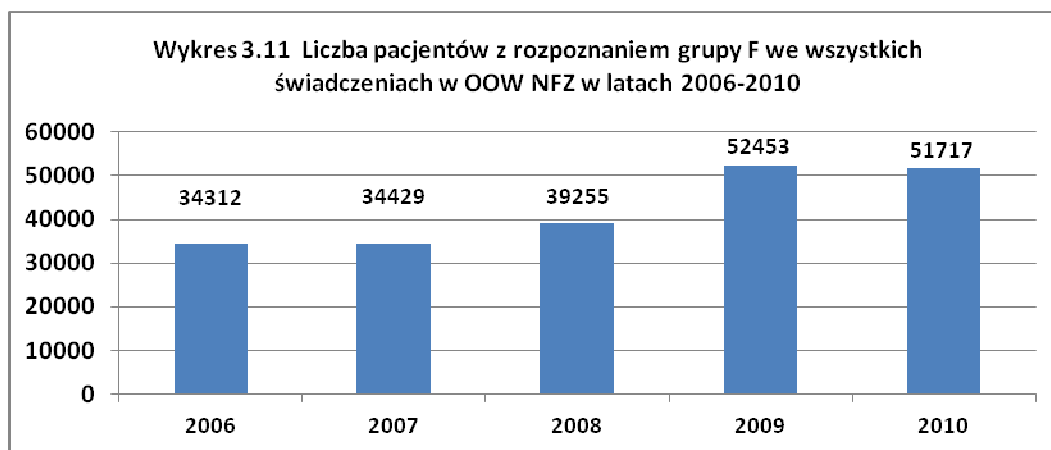
Wykres 3.10



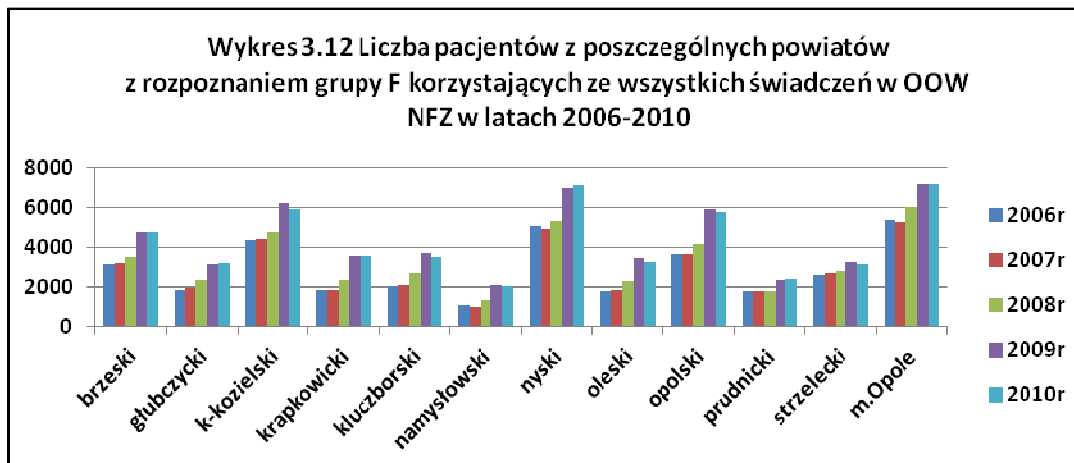
Interesujące mogą być analizy dostępu do leczenia pacjentów z jednostkami chorobowymi z zakresu całej grupy F według międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD 10 w województwie opolskim.

Obserwując dane na temat liczby pacjentów zgłaszających się w latach 2006-2010 celem uzyskania świadczeń z OOWNFZ, podczas których postawiono rozpoznanie jednostki chorobowej z zakresu grupy F międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD 10, stwierdza się wzrost w latach 2006-2010 (Wykres 3.11). Wzrost ten spowodowany jest zmianą jakości gromadzonych przez NFZ danych sprawozdawczych, szczególnie z zakresu świadczeń lekarskich podstawowej opieki zdrowotnej, gdzie zmiany przepisów wprowadziły wymóg rejestrowania przyczyn chorób, z jakimi zgłaszają się pacjenci podczas każdej wizyty w podstawowej opiece zdrowotnej. Wydaje się, iż obraz epidemiologii zaburzeń psychicznych opierany o wszystkie zdarzenia medyczne w systemie ochrony zdrowia jest bliższy prawdzie, aniżeli obraz jaki tworzy bilans świadczeń leczenia psychiatrycznego. Zestawienie danych za te lata z zakresu leczenia psychiatrycznego z tymi rozpoznaniem wskazuje na stabilność sytuacji epidemiologicznej, a nawet zmniejszenie liczby pacjentów, którzy z problemami zdrowotnymi kwalifikowanymi do grupy F korzystali ze świadczeń zdrowotnych. Wykres 3.12 obrazuje wzrost ilości pacjentów, którzy z problemami zdrowotnymi z zakresu grupy F uzyskiwali pomoc medyczną według powiatów zamieszkania w latach 2006-2010.

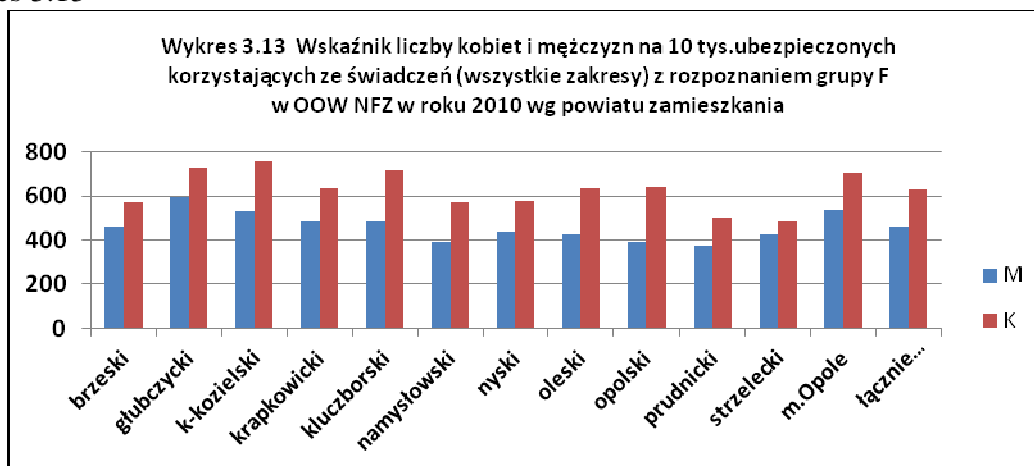
Wykres 3.11



Wykres 3.12



Wykres 3.13



Najniższe wskaźniki liczby pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych z rozpoznaniem grupy F klasyfikacji ICD 10 obserwowano w roku 2010 w populacji powiatów prudnickiego, strzeleckiego oraz namysłowskiego, natomiast najwyższa wartość w/w wskaźnika występuje w powiatach głubczyckim, kędzierzyńsko-kozielskim oraz w mieście Opolu (Wykres 3.13). Podobne wskaźniki obserwowane były w populacji kobiet i mężczyzn, przy czym kobiety zgłaszają się do lekarzy z problemami zdrowotnymi kwalifikowanymi do grupy F zdecydowanie częściej - średnio o około 40%. W powiecie opolskim oraz oleskim zjawisko to jest wyraźniej widoczne, natomiast w powiatach strzeleckim, głubczyckim oraz brzeskim różnica w liczbie kobiet i mężczyzn jest wyraźnie mniejsza aniżeli w pozostałych powiatach regionu.

Najniższe wskaźniki liczby pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych z zakresu psychiatrii z rozpoznaniem grupy F klasyfikacji ICD 10 obserwowano w roku 2010

w populacji powiatu namysłowskiego, gdzie wskaźnik ten zdecydowanie odbiega od innych powiatów. Świadczyć to może o ograniczonej dostępności do świadczeń psychiatrycznych na terenie tego powiatu. Natomiast najwyższy wskaźnik odnosi się do populacji powiatów kędzierzyńsko-kozielskiego oraz głubczyckiego (Wykres 3.14). Podobne wskaźniki obserwowane były w populacji kobiet i mężczyzn, przy czym kobiety zgłaszają się do lekarzy psychiatrów z problemami zdrowotnymi kwalifikowanymi do grupy F częściej (średnio o około 12%). W powiecie opolskim oraz kędzierzyńsko-kozielskim zjawisko to jest wyraźniej widoczne, natomiast w powiatach namysłowskim, głubczyckim oraz brzeskim obserwuje się odwrócone proporcje – większy wskaźnik zgłaszających się mężczyzn niż kobiet, co wyróżnia te obszary na tle regionu.

Wykres 3.14

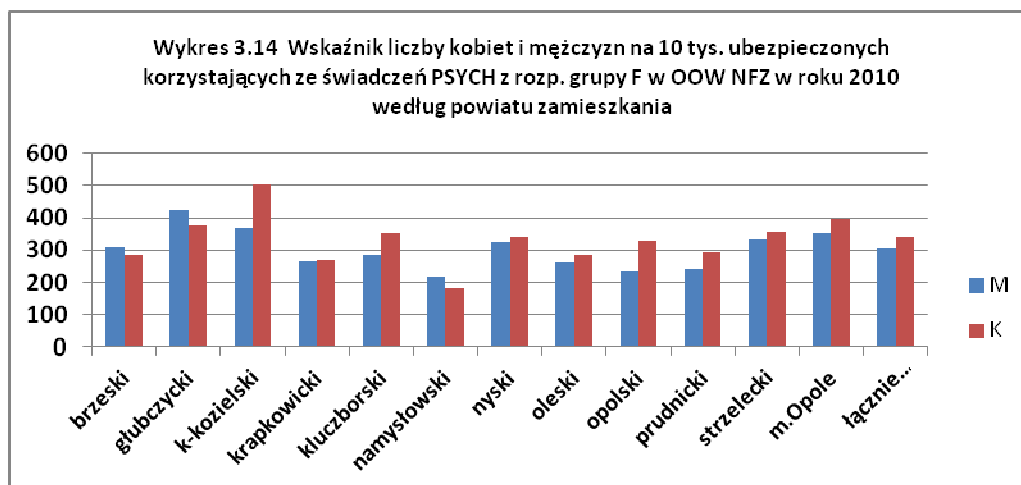
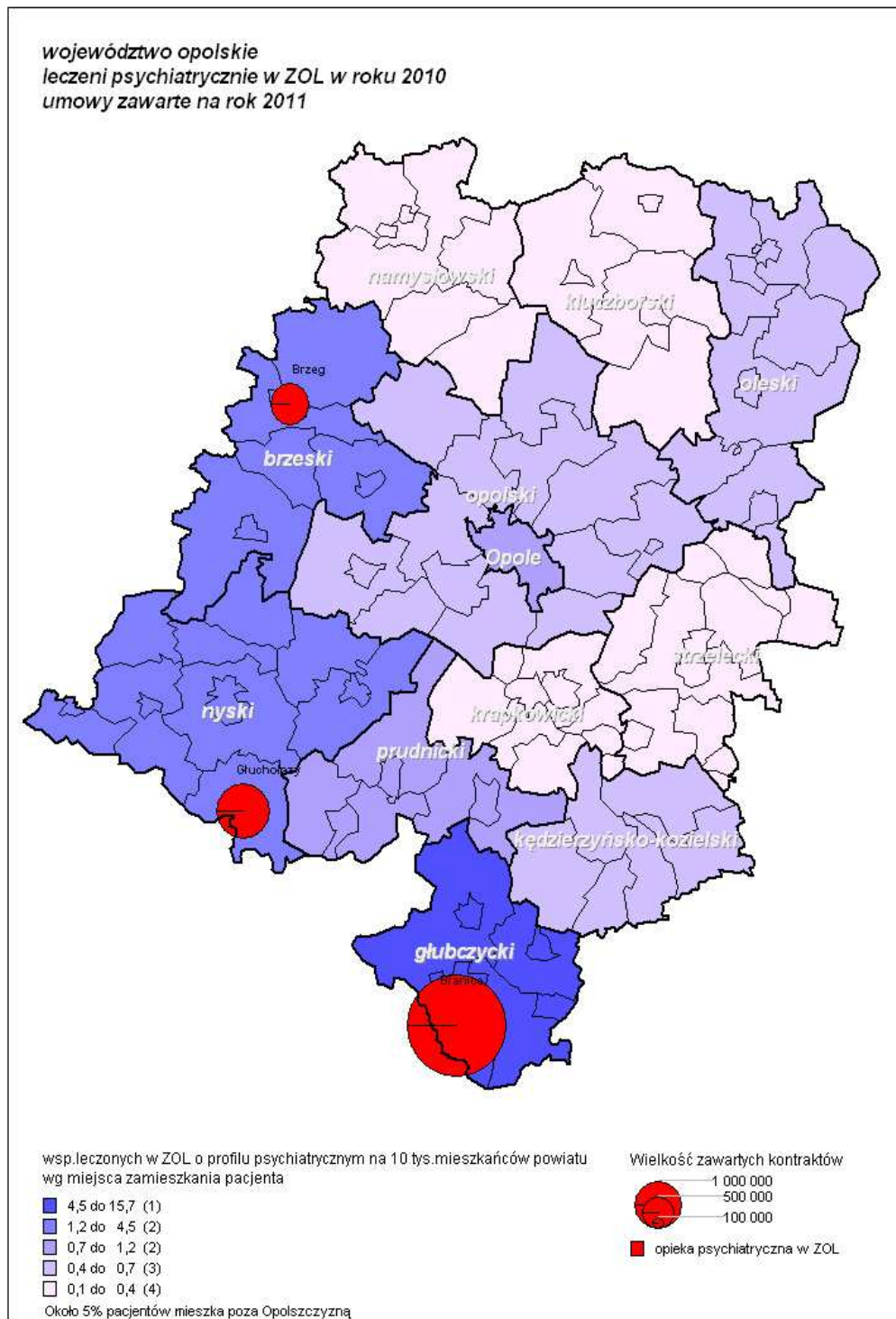


Tabela 3.10. Dane dotyczące zasobów w obszarze ochrony zdrowia psychicznego w województwie opolskim – kadra według stanu w dniu 31 grudnia 2010 r.¹⁸

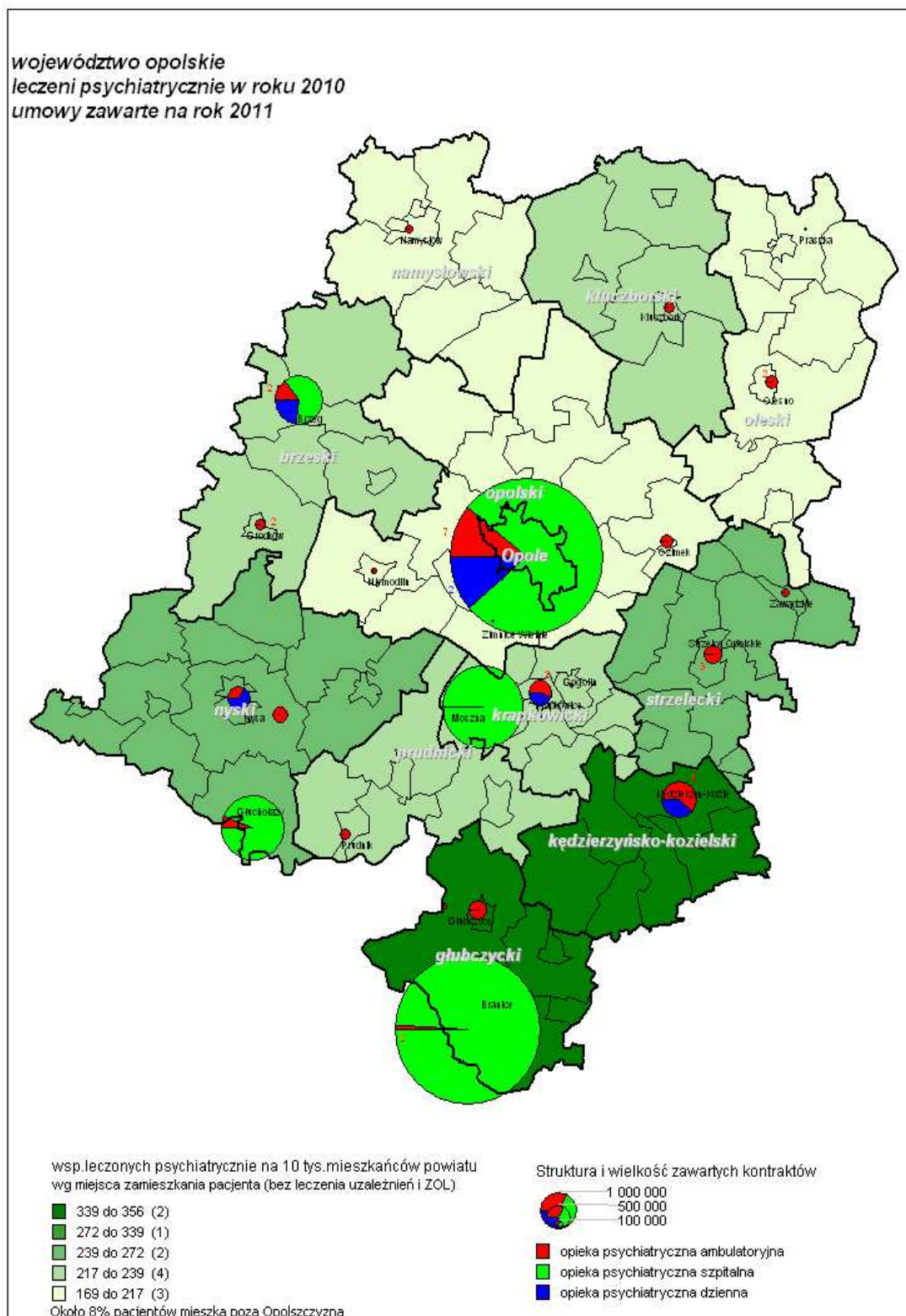
Lp.	Nazwa zasobu	Dane
1.	Liczba lekarzy psychiatrów ze specjalizacją zatrudnionych na terenie woj. (wszyscy psychiatrzy)	86
2.	Liczba lekarzy psychiatrów dziecięcych ze specjalizacją zatrudnionych na terenie woj.	3
3.	Liczba pielęgniarek ze specjalizacją psychiatryczną zatrudnionych na terenie woj.	15
4.	Liczba szpitalnych oddziałów psychiatrycznych (publiczne i niepubliczne)	9
5.	Liczba łóżek w szpitalach oddziałach psychiatrycznych (publiczne i niepubliczne)	613
6.	Liczba pacjentów szpitalnych oddziałów psychiatrycznych	14106
7.	Liczba pielęgniarek zatrudnionych w szpitalach na oddziałach psychiatrycznych	288
8.	Liczba lekarzy psychiatrów zatrudnionych w szpitalach na oddziałach psychiatrycznych	47
9.	Liczba dziennych oddziałów psychiatrycznych (publiczne i niepubliczne)	4
10.	Liczba miejsc w dziennych oddziałach psychiatrycznych (publiczne i niepubliczne)	175
11.	Liczba pacjentów dziennych oddziałów psychiatrycznych	7131
12.	Liczba pielęgniarek zatrudnionych w dziennych oddziałach psychiatrycznych	6
13.	Liczba lekarzy psychiatrów zatrudnionych w dziennych oddziałach psychiatrycznych	13
14.	Liczba dziennych oddziałów odwykowych – alkoholowych (publiczne i niepubliczne)	1
15.	Liczba pacjentów dziennych oddziałów odwykowych	2779
16.	Liczba certyfikowanych specjalistów terapii uzależnień zatrudnionych w dziennych oddziałach odwykowych - alkoholowych	5
17.	Liczba poradni/przychodni zdrowia psychicznego	39
18.	Liczba pacjentów w poradni/przychodni zdrowia psychicznego	117207
19.	Liczba poradni/przychodni leczenia odwykowego –alkoholowego (publiczne i niepubliczne)	21
20.	Liczba pacjentów w poradni/przychodni leczenia odwykowego (alkoholowego)	78501
21.	Liczba certyfikowanych specjalistów terapii uzależnień zatrudnionych w poradni/przychodni leczenia odwykowego (alkoholowego)	59
22.	Liczba poradni/przychodni leczenia uzależnień (narkotykowych)	1
23.	Liczba certyfikowanych specjalistów terapii uzależnień zatrudnionych w poradni/przychodni leczenia odwykowego (narkotykowych)	2
24.	Liczba pacjentów w poradni/przychodni leczenia uzależnień (narkotykowych)	941
25.	Liczba psychiatrycznych Zakładów Opiekuńczo Leczniczych	3
26.	Liczba łóżek psychiatrycznych Zakładach Opiekuńczo Leczniczych	161
27.	Liczba lekarzy psychiatrów zatrudnionych w Zakładach Opiekuńczo Leczniczych	5

¹⁸Na podstawie danych Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

Mapa 3.1



Mapa 3.2



Mapa 3.3

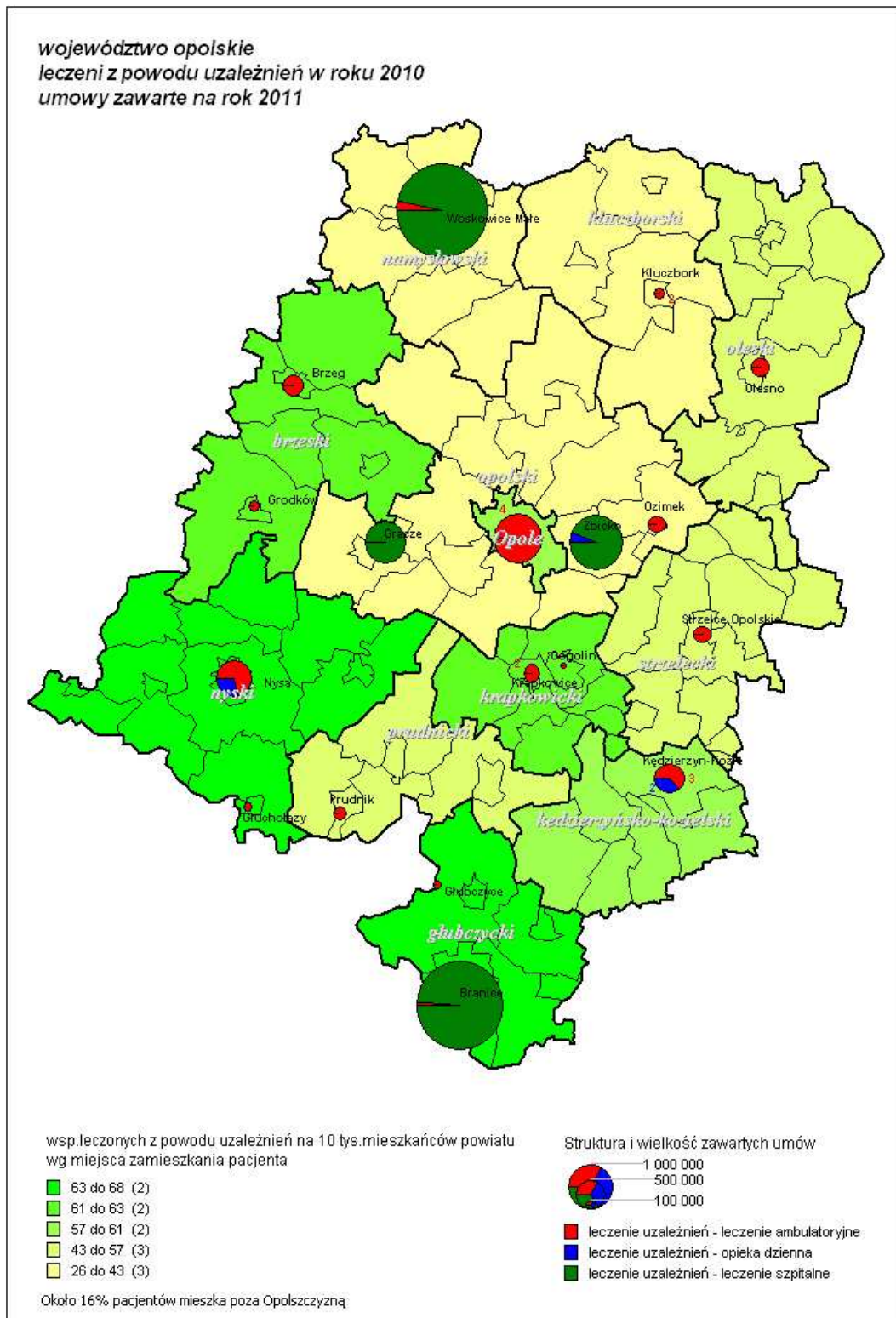


Tabela 3.11. Dane dotyczące zamieszkania i liczby pacjentów przebywających w psychiatrycznych Zakładach Opiekuńczo Lecznicych w 2010 r.

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Powiat pacjenta	Ilość pacjentów
1	Brzeskie Centrum Medyczne w Brzegu	brzeski	36
		częstochoowski (śląskie)	1
		Miasto Opole	3
		oleśnicki (dolnośląskie)	1
		opolski	3
		trzebnicki (dolnośląskie)	1
	Suma		45
2	Samodzielny Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach	brzeski	3
		częstochoowski (śląskie)	1
		głubczycki	57
		kędzierzyńsko-kozielski	7
		krapkowicki	1
		Miasto Opole	11
		namysłowski	4
		nowosądecki (małopolskie)	2
		nyski	10
		oleski	2
		opolski	4
		prudnicki	6
		raciborski (śląskie)	1
		Strzelce Opolskie	2
tucholski (kujawsko pomorskie)	1		
	Suma		112
3	Zakład Opiekuńczo-Lecznicy Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Głuchołazach	brzeski	1
		kędzierzyńsko-kozielski	1
		kluczborski	1
		oleski	1
		Miasto Katowice (śląskie)	1
		Miasto Opole	3
		namysłowski	3
		nyski	31
		opolski	8
		prudnicki	2
		ząbkowicki (dolnośląskie)	1
		złotoryjski (dolnośląskie)	1
	Suma		54
	Suma końcowa		211

3.2. Środowiskowa opieka związana z ochroną zdrowia psychicznego

3.2.1. Środowiskowe Domy Samopomocy

Tabela 3.12. Środowiskowe Domy Samopomocy

Lp.	Nazwa ŚDS	Miejscowość	Jednostka prowadząca/ zlecająca	Typ ŚDS	Liczba miejsc	Liczba miejsc typu A	Liczba miejsc typu B	Liczba miejsc typu C	Planowane na 2011r. zwiększenie liczby miejsc
1.	Środowiskowy Dom Samopomocy	Nowe Gołuszowice	Gmina Głubczyce	A,B,C	60	8	34	18	1
2.	Środowiskowy Dom Samopomocy „Promyczek”	Kędzierzyn - Koźle	Gmina Kędzierzyn - Koźle	B	45	0	45	0	
3.	Środowiskowy Dom Samopomocy	Kluczbork	Gmina Kluczbork	A,B,C	47	11	33	3	
4.	Środowiskowy Dom Samopomocy	Krapkowice	Gmina Krapkowice	A,B	43	30	13	0	2
5.	Środowiskowy Dom Samopomocy	Namysłów	Gmina Namysłów	A,B,C	40	10	20	10	
6.	Środowiskowy Dom Samopomocy	Nysa	Gmina Nysa	A,B,C	50	15	30	5	
7.	Środowiskowy Dom Samopomocy	Sowczyce	Powiat Olesno	A,B,C	30	1	20	9	
8.	Środowiskowy Dom Samopomocy „Magnolia”	Opole	Miasto Opole	A,B	60	40	20	0	
9.	Środowiskowy Dom Samopomocy Fundacji Dom Rodzinnej Rehabilitacji Dzieci z Porażeniem Mózgowym	Opole	Miasto Opole	B	30	0	30	0	
10.	Środowiskowy Dom Samopomocy	Prudnik	Gmina Prudnik	B,C	60	0	31	29	
11.	Środowiskowy Dom Samopomocy	Strzelce Opolskie	Gmina Strzelce Opolskie	A,B,C	59	7	40	12	
12.	x	x	x		524	122	316	86	3

Typ A - dla osób przewlekle psychicznie chorych

Typ B - dla osób upośledzonych umysłowo

Typ C - dla osób wykazujących inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych

3.2.2. Domy Pomocy Społecznej

Tabela 3.13. Domy Pomocy Społecznej

Lp.	Nazwa domu	Adres	Rodzaj podopiecznych /Typ domu	Liczba miejsc	Zezwolenie
1	Dom Pomocy Społecznej w Klisinie	48-118 Lisiećce, Klisino 100 posiada filie: Boboluszki Radynia, Branice, Dzbańce, Głubczyce, Bliszczyce	dla osób przewlekle psychicznie chorych	643	na czas nieokreślony
2	Dom Pomocy Społecznej prowadzony przez Zgromadzenie Sióstr Franciszkanek Misjonarek Maryi w Kietrze	48 - 130 Kietrz, ul. Raciborska 81	dla dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	50	na czas nieokreślony
3	Dom Pomocy Społecznej prowadzony przez Zgromadzenie Sióstr Franciszkanek Misjonarek Maryi w Kadłubie	47 - 175 Kadłub, ul. Zamkowa 5	dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	110	na czas nieokreślony
4	Dom Pomocy Społecznej prowadzony przez Zgromadzenie Braci Szkół Chrześcijańskich w Zawadzkiem	47 – 120 Zawadzkie, ul. Czarna 2	dla dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	110	na czas nieokreślony
5	Dom Pomocy Społecznej w Jędrzejowie	49 - 242 Grodków, Jędrzejów 16	dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	95	na czas nieokreślony
6	Dom Pomocy Społecznej dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnych Intelektualnie w Nysie	48 - 300 Nysa, ul. Al. Wojska Polskiego 77	dla dzieci, młodzieży i osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	80	na czas nieokreślony
7	Dom Pomocy Społecznej dla Dorosłych prowadzony przez Kongregację Sióstr Boromeuszek w Nysie	48 - 303 Nysa, ul. Świętojańska 6	dla osób przewlekle psychicznie chorych	55	warunkowe do 31.12.2010r.
8	Dom Pomocy Społecznej w Gierałcicach	46-250 Wołczyn, Gierałcice, ul. Opolska 28,	dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	70	na czas nieokreślony
9	Dom Pomocy Społecznej- Ośrodek Rehabilitacji i Opieki Psychiatrycznej w Raclawicach Śląskich	48 –250 Głogówek Raclawice Śląskie ul. Zwycięstwa 34	dla osób przewlekle psychicznie chorych	62	na czas nieokreślony
10	Dom Pomocy Społecznej w Kędzierzynie-Koźlu	47 – 230 Kędzierzyn-Koźle, ul. Dąbrowszczaków 1	dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	70	na czas nieokreślony
11	Dom Pomocy Społecznej dla Dzieci, Młodzieży i Dorosłych prowadzony przez Zgromadzenia Sióstr Św. Elżbiety w Kędzierzynie-Koźlu	47 - 200 Kędzierzyn-Koźle, ul. Łukasiewicza 9	dla dzieci i młodzieży i osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	53	na czas nieokreślony

12	Dom Pomocy Społecznej w Radawiu	46 - 047 Radawie, ul. Żwirowa 1	dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	70	na czas nieokreślony
13	Dom Pomocy Społecznej prowadzony przez Zgromadzenie Sióstr Św. Jadwigi w Czarnowasach	46 – 020 Czarnowasy, Plac Klasztorny 2	dla dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	120	na czas nieokreślony
14	Dom Pomocy Społecznej w Prószkowie	46 - 060 Prószków, ul. Zamkowa 8	dla osób niepełnosprawnych intelektualnie i osób przewlekle somatycznie chorych	42 dla chorych somatycznie 174 dla niepełnosprawnych intelektualnie	na czas nieokreślony

4. Analiza SWOT dotycząca ochrony zdrowia psychicznego w województwie opolskim

4.1. Mocne strony

1. Wzrost liczby poradni psychologicznych
2. Wysoko wyspecjalizowane oddziały psychiatryczne
3. Optymalna liczba łóżek psychiatrycznych według aktualnych zasad organizacji opieki psychiatrycznej
4. Dobre wykształcenie kadry medycznej
5. Dobra baza oddziałów rehabilitacyjnych
6. Przyjęcie kierunku prywatyzacji ambulatoryjnej psychiatrycznej opieki zdrowotnej
7. Zwiększenie zainteresowania pacjentów korzystaniem ze świadczeń w trybie ambulatoryjnym
8. Funkcjonowanie w każdym powiecie co najmniej jednej poradni leczenia uzależnień od alkoholu
9. Odpowiednia liczba łóżek szpitalnych na oddziałach leczenia uzależnień
10. Wystarczająca ilość łóżek na oddziałach leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych
11. Duża liczba pracowników lecznictwa odwykowego w trakcie procesu uzyskania certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień
12. Wysoki wskaźnik liczby miejsc w domach pomocy społecznej w województwie opolskim na 10 tys. ludności oraz wysoki wskaźnik dotyczący liczby miejsc na 100 tys. mieszkańców w domach pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych
13. Brak osób oczekujących na miejsce w domach pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych
14. Posiadanie przez domy pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych bezterminowych zezwoleń na prowadzenie działalności
15. Systematyczny wzrost liczby osób objętych specjalistycznymi usługami opiekuńczymi w województwie opolskim
16. Prowadzenie szkoleń dla kadry pomocy społecznej w zakresie zagadnień związanych z ochroną zdrowia psychicznego
17. Opracowanie diagnozy stanu liczby miejsc i placówek pomocy społecznej dla osób zaburzonych psychicznie oraz rozpoznanie potrzeb w tym zakresie do 2025 r.

4.2. Słabe strony

1. Nierównomierne rozmieszczenie jednostek psychiatrycznej opieki zdrowotnej w poszczególnych powiatach
2. Nierówny dostęp do usług ambulatoryjnych
3. Mała liczba kadry medycznej determinująca skoncentrowanie działalności w dużych szpitalach psychiatrycznych
4. Duża liczba hospitalizowanych pacjentów wynikająca z niskiego poziomu profilaktyki psychiatrycznej
5. Niespełnianie warunków sanitarnych, lokalowych i kadrowych przez część szpitali
6. Niestabilność systemu prawnego w obszarze ochrony zdrowia
7. Niestabilność systemu finansowania lecznictwa psychiatrycznego
8. Niewystarczający poziom informatyzacji szpitali i innych jednostek opieki zdrowotnej
9. Niedostateczne zainteresowanie lekarzy realizacją świadczeń z promocji zdrowia i profilaktyki zdrowia psychicznego
10. Deficyty wiedzy na temat wielkości sektora pozaubezpieczeniowego
11. Zbyt małe motywowanie pacjentów do korzystania z lecznictwa ambulatoryjnego
12. Nierówny dostęp do usług ambulatoryjnych
13. Brak spójnego rejonowego systemu informacji zdrowotnej
14. Niski poziom nakładów publicznych na ochronę zdrowia
15. Brak dostępu do oddziałów dziennych psychiatrycznych w północnej części województwa
16. Braki w zakresie poradnictwa i terapii dla dzieci i młodzieży uzależnionych od środków psychoaktywnych
17. Deficyt placówek, które profesjonalnie zajmowałyby się młodzieżą eksperymentującą z substancjami psychoaktywnymi oraz ich rodzicami i innymi członkami rodziny
18. Deficyt specjalistów posiadających certyfikaty specjalisty psychoterapii uzależnień
19. Brak lekarzy psychiatrów pracujących w leczeniu uzależnień
20. Brak hostelu dla osób uzależnionych i zagrożonych wykluczeniem społecznym
21. Zbyt mała liczba miejsc w środowiskowych domach samopomocy dla osób zburzonych psychicznie - zwłaszcza domów typu A (dla przewlekle psychicznie chorych) i typu C (dla wykazujących inne zaburzenia czynności psychicznych)
22. Brak środków finansowych gmin i powiatów na rozbudowę bazy domów pomocy społecznej i środowiskowych domów samopomocy
23. Trudności z absorpcją osób chorych psychicznie przez rynek pracy

24. Zbyt małe przekonanie władz gmin i powiatów o potrzebie realizacji lokalnych programów ochrony zdrowia psychicznego
25. Brak planów dotyczących realizacji programów ochrony zdrowia psychicznego
26. Niski w stosunku do potrzeb zakres stosowania w gminach specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób zaburzonych psychicznie
27. Mała liczba organizacji pozarządowych działających w obszarze wsparcia osób zaburzonych psychicznie
28. Deficyty w zakresie współpracy pomiędzy organizacjami pozarządowymi i instytucjami publicznymi na rzecz tworzenia i rozwoju wsparcia dla osób zaburzonych psychicznie.

4.3. Szanse

1. Stopniowe zmniejszanie liczby pacjentów hospitalizowanych w oddziałach całodobowych z zaburzeniami psychicznymi dzięki nowopowstałym i powstającym oddziałom dziennym oraz organizacji psychiatrycznej opieki środowiskowej
2. Pogłębienie procesów restrukturyzacji szpitali w kierunku tworzenia oddziałów dziennych w szpitalach ogólnych
3. Wzrost liczby dziennych oddziałów psychiatrycznych
4. Określenie i realizacja celów strategicznych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego
5. Wykorzystanie środków unijnych
6. Wykorzystanie możliwości inwestowania przez kapitał krajowy i zagraniczny
7. Współpraca z sąsiednimi krajami Unii Europejskiej
8. Współpraca płatnika, szpitali i ich właścicieli oraz organów nadzorczych w zakresie realizacji wspólnej polityki zdrowotnej
9. Rozwój specjalistycznej psychiatrycznej opieki dziennej
10. Pojawianie się dodatkowych ubezpieczeń
11. Stałe, jasne zasady kontraktowania usług medycznych, jednolite dla całego kraju
12. Kontraktowanie usług medycznych pokrywające ceny rynkowe
13. Zwiększenie aktywności lekarzy psychiatrów w zakresie realizacji usług zdrowotnych powiązanych z finansowaniem świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej
14. Tworzenie mechanizmów współodpowiedzialności personelu medycznego za koszty systemu ochrony zdrowia
15. Dalsze ograniczanie liczby łóżek psychiatrycznego leczenia szpitalnego
16. Duże zainteresowanie podnoszeniem kwalifikacji przez kadre medyczną

17. Należyta praca gminnych komisji ds. profilaktyki i przeciwdziałania alkoholizmowi
18. Opracowanie regionalnego oraz lokalnych programów ochrony zdrowia psychicznego oraz ich profesjonalna realizacja
19. Wzrost środków finansowych budżetu państwa i samorządu terytorialnego przeznaczonych na rozwój infrastruktury leczenia dla osób z zaburzeniami psychicznymi
20. Wzmocnienie działań, w tym szkoleń, podnoszących kwalifikacje i umiejętności zawodowe służb socjalnych, szczególnie pracowników pomocy społecznej zajmujących się osobami zaburzonymi psychicznie
21. Wzmocnienie działań w zakresie promocji ochrony zdrowia psychicznego
22. Rozwój współpracy instytucji ochrony zdrowia i pomocy społecznej w zakresie promocji ochrony zdrowia psychicznego
23. Upowszechnianie wiedzy na temat specyficznych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi
24. Wspieranie rodzin i opiekunów osób zaburzonych psychicznie

4.4. Zagrożenia

1. Wzrost wskaźnika hospitalizacji pacjentów z psychozami
2. Wzrost wskaźnika osób leczonych z powodu uzależnień od alkoholu i substancji psychoaktywnych w opiece ambulatoryjnej i całodobowej
3. Niskie nakłady na ochronę zdrowia uniemożliwiające szersze finansowanie działań prozdrowotnych
4. Brak wyodrębnionych w budżetach samorządowych celowych środków przeznaczonych na profilaktykę i promocję zdrowia
5. Oczekiwania społeczne dotyczące poprawy dostępności do świadczeń połączone z roszczeniami, bez osobistego zaangażowania w dbanie o własne zdrowie
6. Zbyt duże rozdrobnienie leczenia ambulatoryjnego na poziomie powiatu
7. Zmniejszanie poziomu finansowania świadczeń zdrowotnych w leczeniu szpitalnym przy jednocześnie zwiększającej się liczbie oczekujących na leczenie
8. Brak hostelu dla osób uzależnionych, zagrożonych wykluczeniem społecznym
9. Brak możliwości pomocy terapeutycznej dla dzieci i młodzieży eksperymentujących z używkami i dla ich rodziców

10. Prognozowany do roku 2025 wzrost liczby osób zaburzonych psychicznie powodujący konieczność tworzenia nowych domów pomocy społecznej i środowiskowych domów samopomocy oraz rozwój specjalistycznych usług opiekuńczych dla tych osób
11. Wysoki koszt utrzymania pensjonariuszy w domach pomocy społecznej dla przewlekle psychicznie chorych oraz wysoki koszt ponoszony przez gminy za ich pobyt w tych domach
12. Trudności w zakresie egzekwowania od rodziny należności za pobyt osoby w DPS dla przewlekle psychicznie chorych wynikający z braku prawnych możliwości egzekwowania tych należności od osoby chorej lub jej rodziny
13. Spadek zainteresowania korzystaniem z usług świadczonych w Środowiskowych Domach Samopomocy wynikający z wprowadzenia w 2010 r. opłat za tą 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 zostanie 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 założymy, 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”¹⁹. 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”²⁰. 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”²¹. Stąd też w regionalnych programach promocji zdrowia psychicznego powinny znaleźć się między innymi działania prowadzące do inspirowania dyskursu społecznego na temat różnych

¹⁹ Sygit Marian, *Zdrowie publiczne*, Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa 2010, s. 450.

²⁰ Sygit Marian, op.cit., s. 450.

²¹ 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”²². 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”²³. 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”²⁴.

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”²⁵.

Reasumując, zgodnie z europejską lub inaczej WHO-wską definicją – przyjmijmy, że „Promocja zdrowia – jest procesem umożliwiającym każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływania na własne zdrowie, jego poprawę i utrzymanie”²⁶.

²² 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.

²³ Przewoźniak Lucyna, op. cit., s. 78.

²⁴ 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.

²⁵ Bik Barbara, op. cit., s.213.

²⁶ Bik Barbara, op. cit., s.218.

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 przewlekłe chore, niepełnosprawne, uzależnione, podlegające silnym stresom (np. zawodowym), dzieci pozbawione właściwej opieki”²⁷. 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.

Należy również pamiętać, że osoby pomagające innym należą do grupy ryzyka w obszarze 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”²⁸.

5.2. Prezentacja elementów badań młodzieży województwa opolskiego związanych ze zdrowiem psychicznym

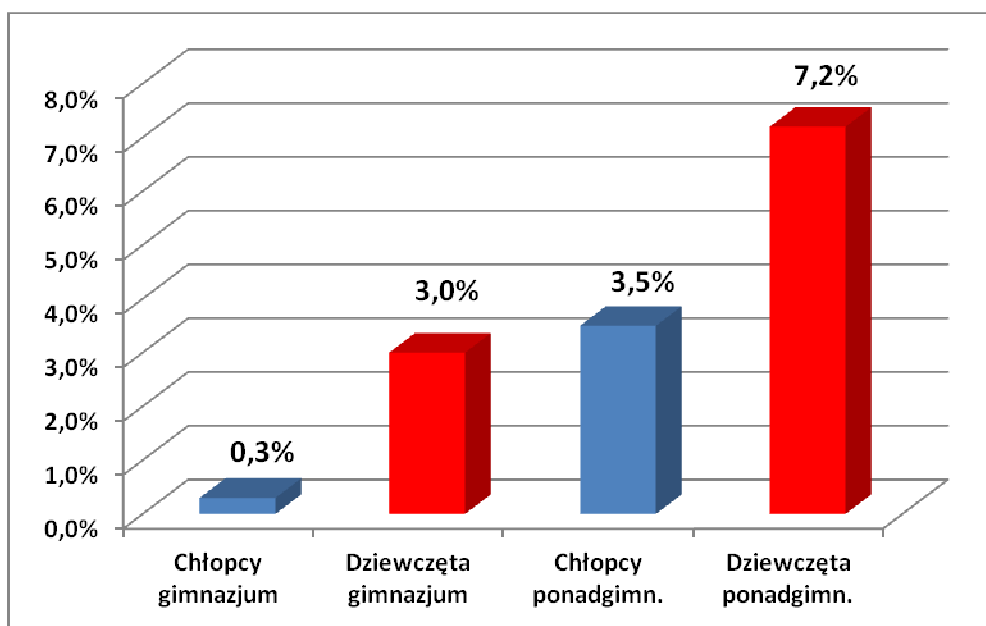
Problemy dotyczące zdrowia psychicznego mogą dotyczyć osób z każdej grupy - zawodowej, wiekowej lub określonej w inny sposób. W 2011 r. w województwie opolskim zrealizowane zostały dwa badania młodzieży. Poniżej przedstawione zostaną niektóre wyniki badań, które wskazują obszary problemowe w zakresie szeroko rozumianego zdrowia psychicznego, a więc także potencjalne obszary aktywności dotyczące promocji zdrowia psychicznego.

Pierwsze z badań zostało zrealizowane przez Instytut Matki i Dziecka w Warszawie w pierwszym kwartale 2011 r., a pierwsza część wyników zawiera opracowanie „Stan zdrowia młodzieży szkolnej w województwie opolskim. Część 1. Stan zdrowia psychicznego i zachowania problemowe. Raport z badań internetowych przeprowadzonych w 2011 r. (Wersja 1.2)”. Oto kilka wyników tych badań.

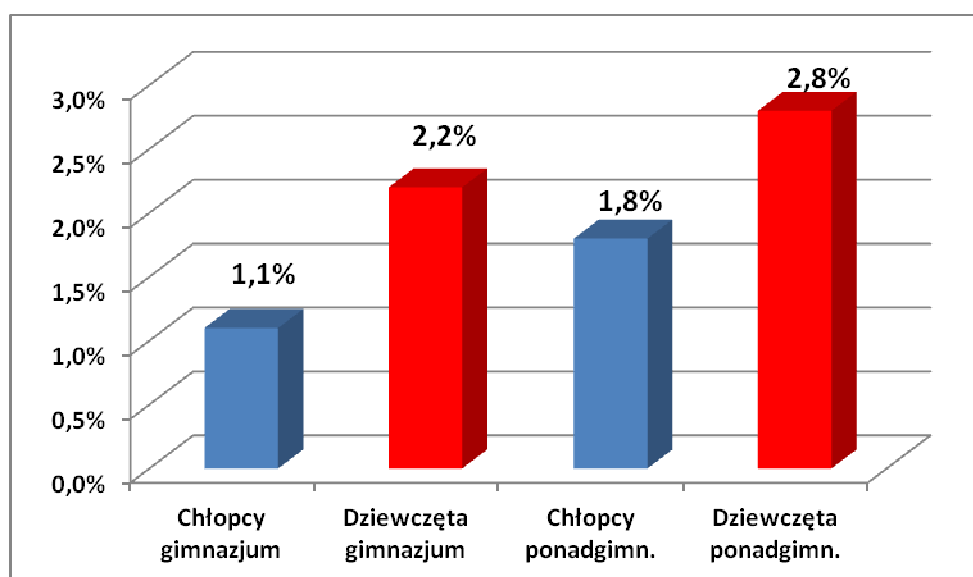
²⁷Okulicz-Kozaryn Katarzyna, Borucka Anna, Pisarska Agnieszka, *Stan promocji zdrowia psychicznego w Polsce na przykładzie województwa mazowieckiego*, [w:] red. Okulicz-Kozaryn Katarzyna, Ostaszewski Krzysztof, *Promocja zdrowia psychicznego. Badania i działania w Polsce. Część druga*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2010, s. 34.

²⁸Pyżalski 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.

Wykres 5.1. Województwo opolskie - odpowiedź „nie zgadzam się” ze stwierdzeniem „Lubię siebie, jakim jestem”. Badania zrealizowane w I kwartale 2011 r.



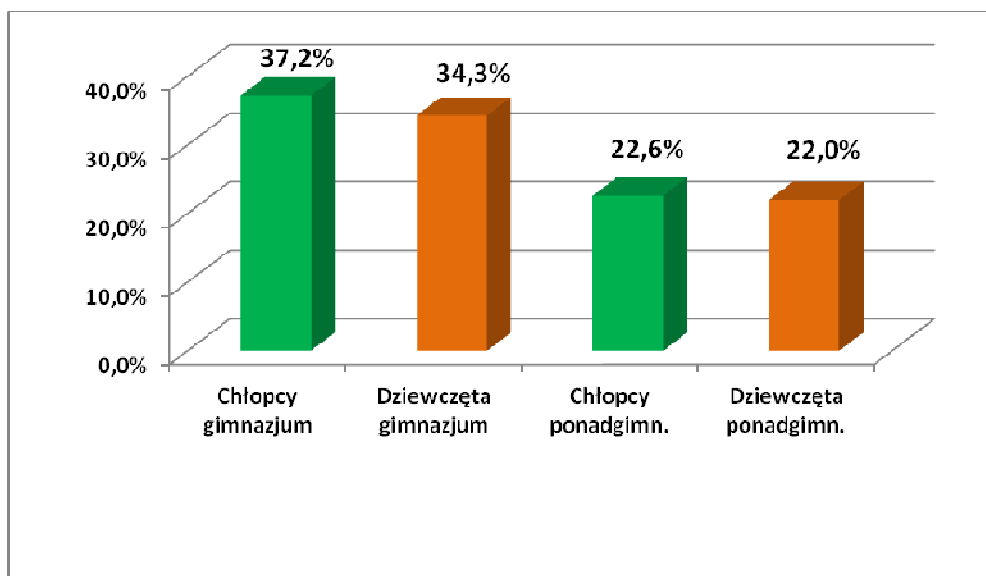
Wykres 5.2. Województwo opolskie - odpowiedź „nie zgadzam się” ze stwierdzeniem „Czuję się akceptowany przez innych ludzi”. Badania zrealizowane w I kwartale 2011 r.



Akceptacja samego siebie i bycie akceptowanym przez osoby ze swojego otoczenia to istotny element dobrostanu psychicznego potrzebnego dla właściwego rozwoju młodych ludzi. Wykresy 1 i 2 prezentują część obrazu tego obszaru jaki wyłania się z badań. Ten statyczny obraz będzie mógł być rozwinięty w przyszłości po realizacji kolejnej edycji badań. Możliwa więc będzie do zaobserwowania dynamika procesów związana ze zdrowiem

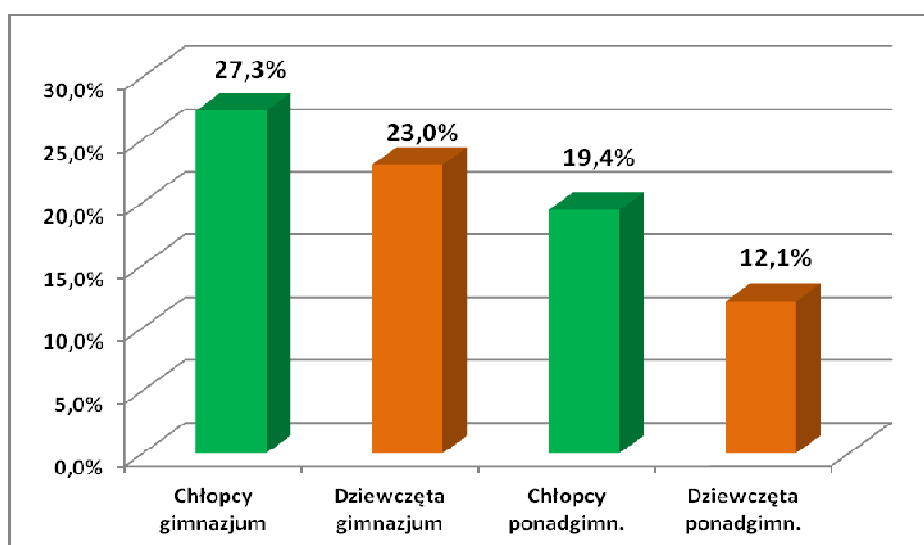
psychicznym młodzieży, a właściwa diagnoza pozwoli na trafniejsze wskazanie potrzebnych działań.

Wykres 5.3. Województwo opolskie - % młodzieży, która w ciągu 4 tyg. przed badaniem nigdy nie obudziła się wypoczęta. Badania zrealizowane w I kwartale 2011 r.



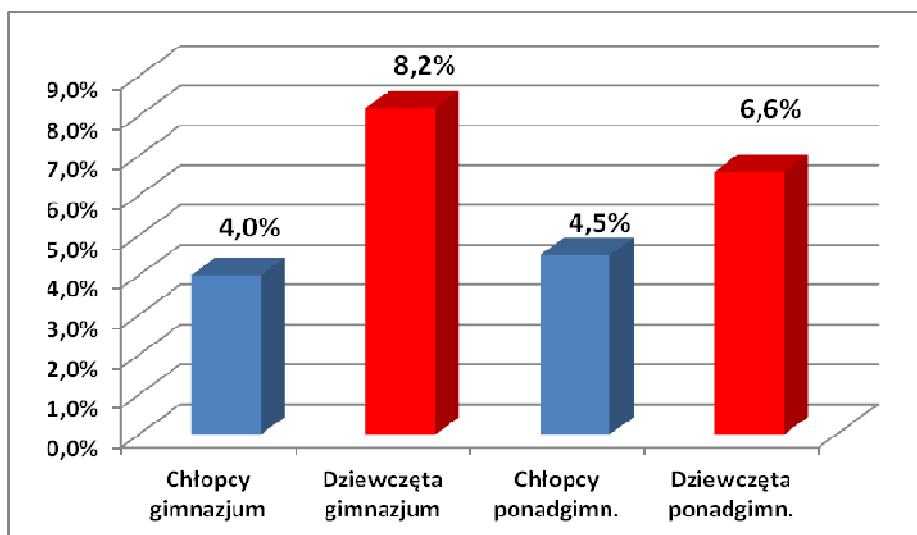
Deficyty wypoczynku i/lub problemy ze snem mogą wskazywać na różnorodne problemy młodych ludzi także te, które mogą mieć związek ze zdrowiem i higieną psychiczną. Umiejętność wypoczynku, czy też konstruktywnego radzenia sobie ze stresem i zmęczeniem jest ważna także dla psychicznej kondycji młodych ludzi.

Wykres 5.4. Województwo opolskie - % młodzieży, która w ciągu 4 tyg. przed badaniem nigdy nie czuła się kochana i potrzebna. Badania zrealizowane w I kwartale 2011 r.

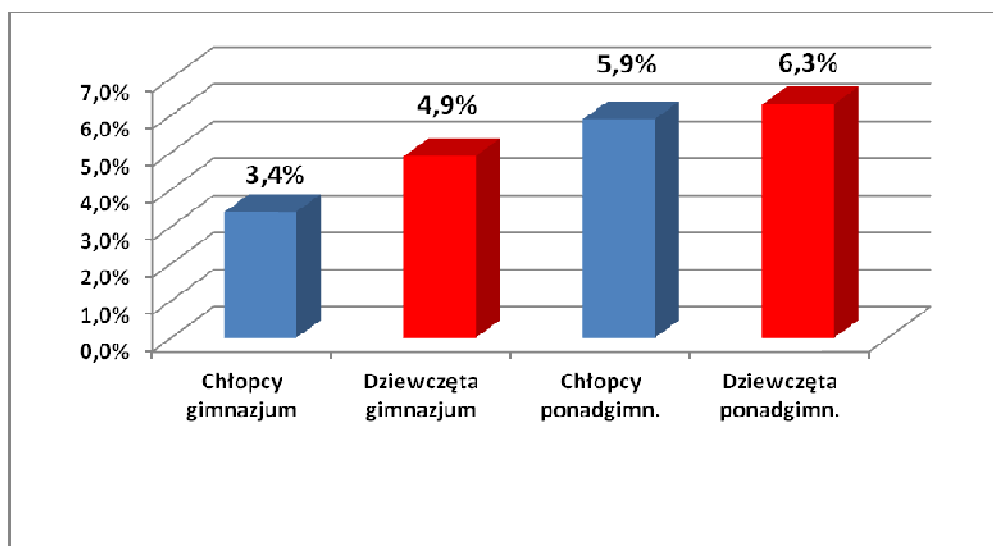


Istotne jest, by młodzi ludzie potrafili przeżywać swoje emocje w sposób konstruktywny i korzystny z punktu widzenia ich rozwoju. Potrzebna jest umiejętność nawiązywania konstruktywnych relacji z innymi osobami i umiejętność unikania relacji destrukcyjnych. Deficyty w tym obszarze nie wpływają korzystnie na rozwój psychiczny.

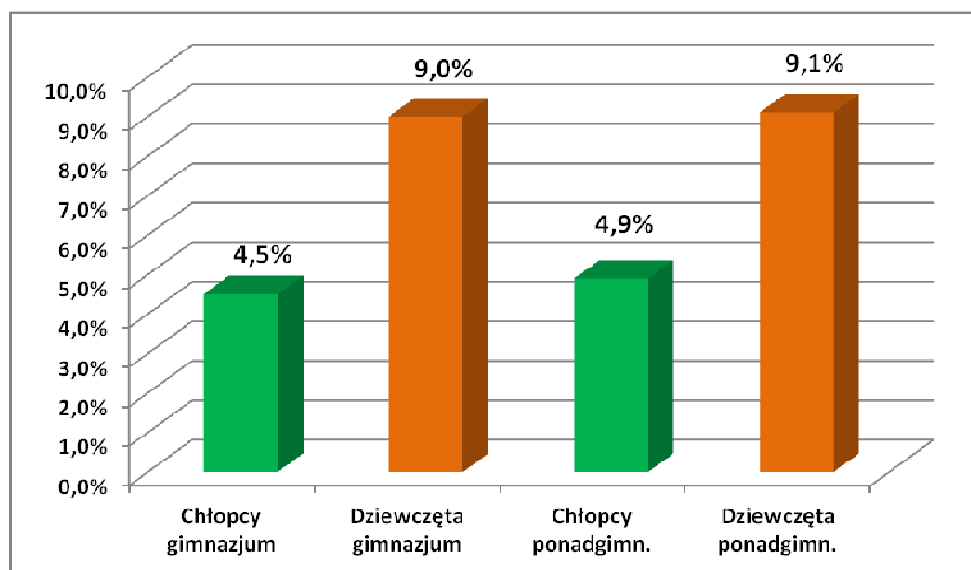
Wykres 5.5. Województwo opolskie - % młodzieży, która w ciągu 4 tyg. przed badaniem od 15 do 28 dni czuła się przygnębiona lub smutna. Badania zrealizowane w I kwartale 2011 r.



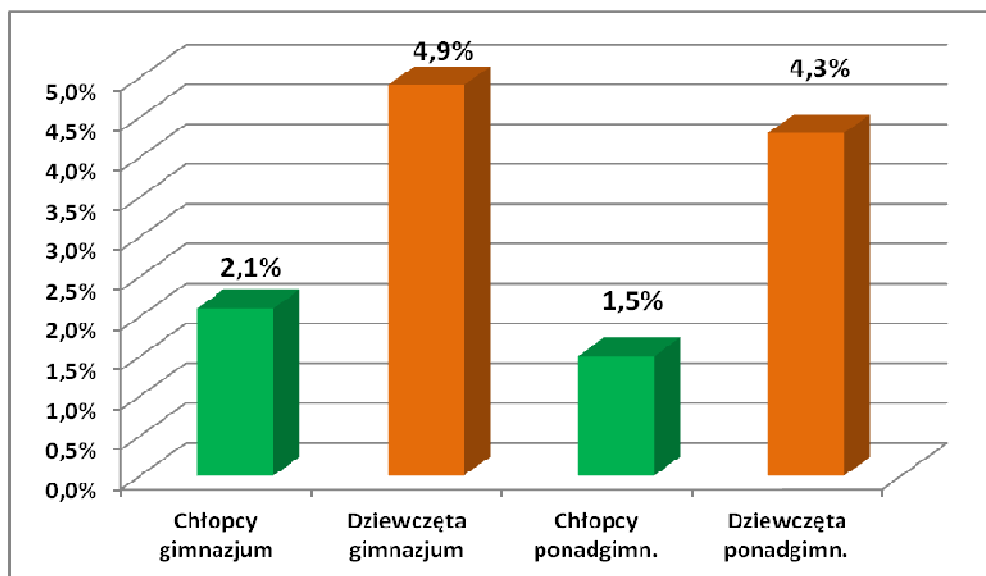
Wykres 5.6. Województwo opolskie - % młodzieży, która w ciągu 4 tyg. przed badaniem od 15 do 28 dni była zdenerwowana lub spięta. Badania zrealizowane w I kwartale 2011 r.



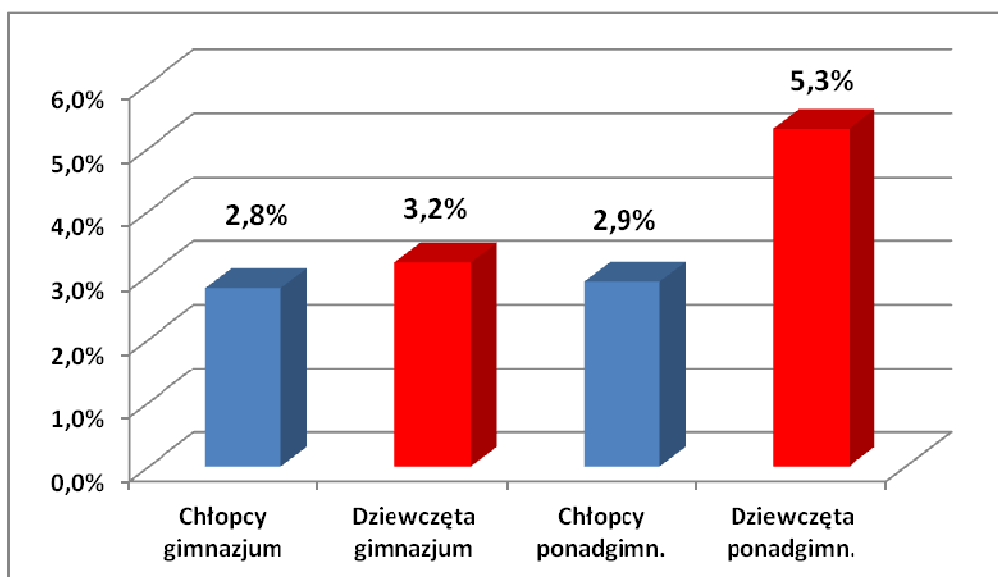
Wykres 5.7. Województwo opolskie - % młodzieży, która w ciągu 4 tyg. przed badaniem od 15 do 28 dni miała zmienne nastroje. Badania zrealizowane w I kwartale 2011 r.



Wykres 5.8. Województwo opolskie - % młodzieży, która w ciągu 4 tyg. przed badaniem od 15 do 28 dni dużo płakała. Badania zrealizowane w I kwartale 2011 r.

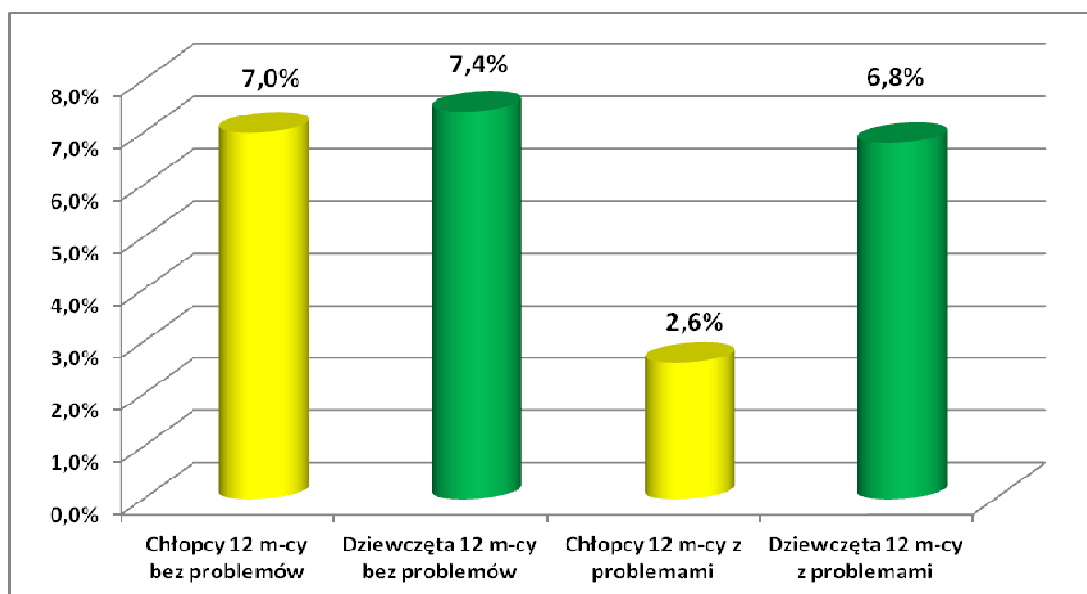


Wykres 5.9. Województwo opolskie - % młodzieży, która w ciągu 4 tyg. przed badaniem od 15 do 28 dni bała się czegoś. Badania zrealizowane w I kwartale 2011 r.

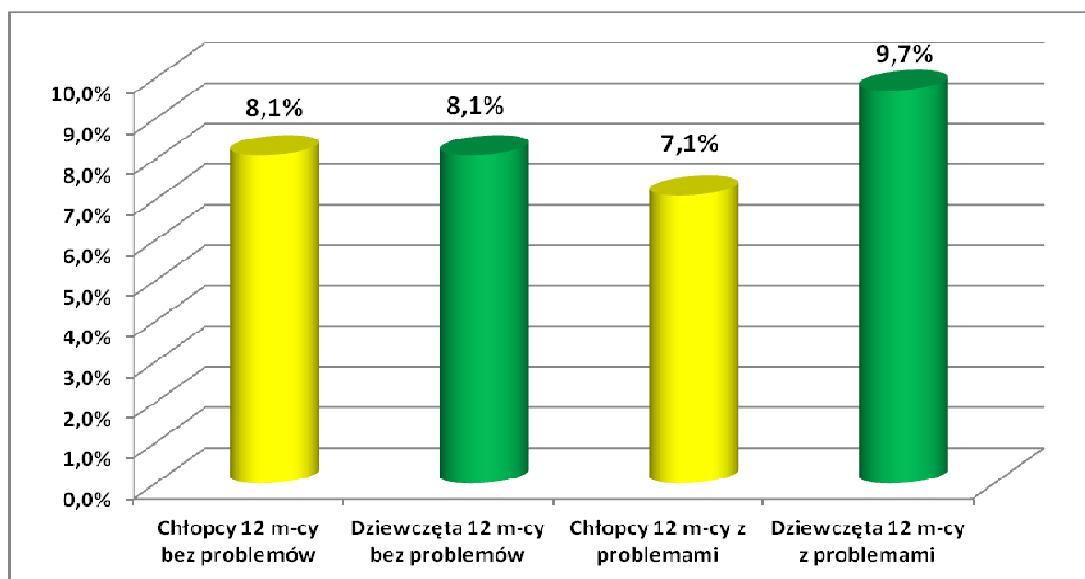


Przygnębienie, smutek, zdenerwowanie, spłeczenie psychiczne, zmienne nastroje, płacz i „banie się czegoś”, których dotyczą wykresy 5.5.-5.9. - to stany, które mogą wynikać zarówno z naturalnego nastroju charakterystycznego dla wieku nastolatków, jak i z naturalnych skutków cyklu hormonalnego. Problem lub sygnał ostrzegawczy stanowiąc może kumulacja różnych stanów i ich długotrwałość.

Wykres 5.10. Województwo opolskie – procent młodzieży ze szkół ponadgimnazjalnych, której lekarz kiedykolwiek powiedział, że ma problemy emocjonalne, psychiczne lub zaburzenia zachowania. Badania zrealizowane w I kwartale 2011 r.

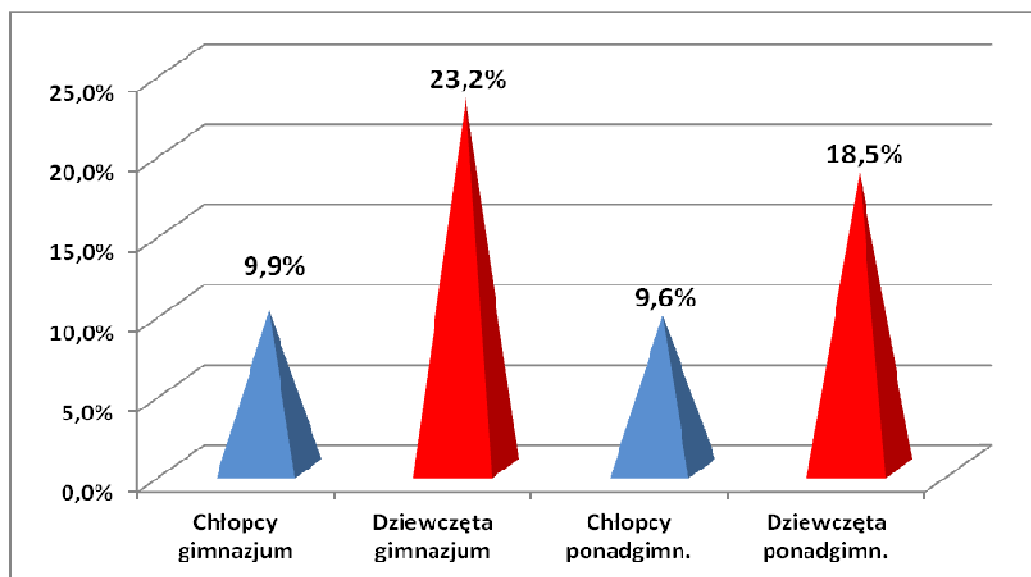


Wykres 5.11. Województwo opolskie – procent młodzieży ze szkół ponadgimnazjalnych, której lekarz kiedykolwiek powiedział, że ma problemy z uczeniem się lub zaburzenia koncentracji. Badania zrealizowane w I kwartale 2011 r.



Dane zawarte w Wykresach 10 i 11 wskazywać mogą na populację młodych osób wymagających interwencji lub wsparcia w obszarze zdrowia psychicznego. Choć nie są to oczywiście twarde dane epidemiologiczne, pokazują jednak możliwą skalę problemów emocjonalnych i psychicznych, które mogą dotyczyć młodzieży, a w konsekwencji za parę lat młodych dorosłych i jednocześnie osoby w wieku produkcyjnym, które powinny radzić sobie na trudnym rynku pracy i równolegle podejmować decyzje dotyczące życia rodzinnego. Reasumując niesatysfakcjonująca jakość pracy i/lub jakość życia rodzinnego może być w części przypadków pochodną nierozwiązanych problemów psychicznych wieku dorastania. Tego rodzaju problemy rzutując na późniejszą sytuację rodzinną w dorosłym życiu mieszkańców województwa opolskiego mogą dodatkowo wpływać negatywnie na bardzo niekorzystną sytuację demograficzną regionu.

Wykres 5.12. Województwo opolskie - % młodzieży, która pozytywnie odpowiedziała na pytanie „Czy kiedykolwiek próbowałeś się zranić?”. Badania zrealizowane w I kwartale 2011 r.

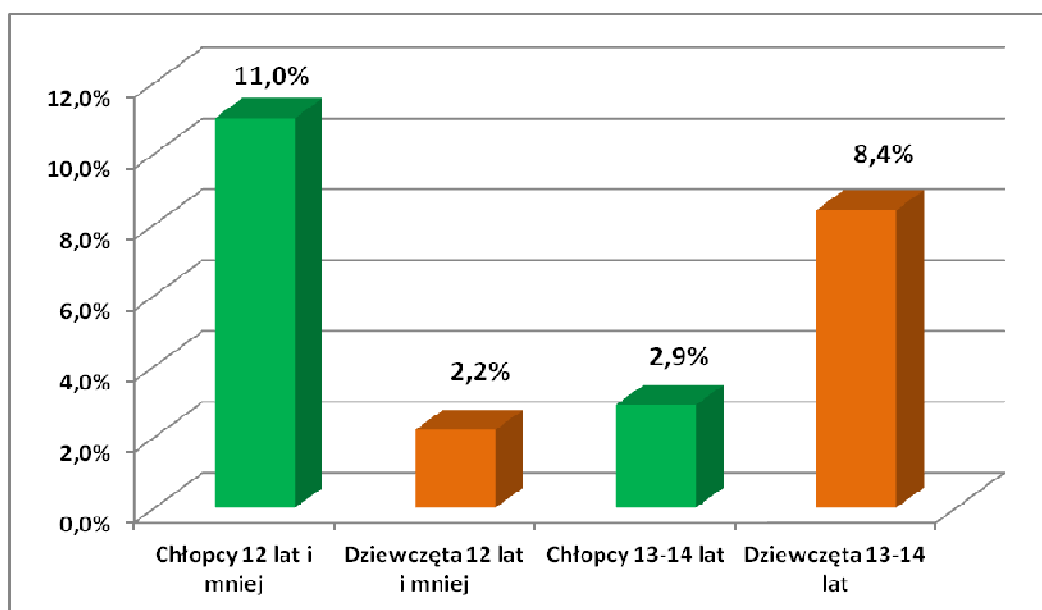


Samookaleczeń młodych ludzi nie można lekceważyć, potrzebna w takich sytuacjach jest odpowiednia reakcja rodziny i/lub środowiska rówieśniczego oraz możliwość skorzystania z pomocy specjalistów. Z drugiej strony potrzebny jest monitoring zjawiska oraz jego profesjonalne badania i analizy dla wyciągnięcia odpowiednich praktycznych wniosków. Bowiem rozpoznanie ewentualnych związków zranień ze stanami depresyjnymi, problemami z nastrojem, używaniem środków psychoaktywnych, kulturowymi modelami zachowań lub z innymi czynnikami pozwoli na podejmowanie bardziej profesjonalnych działań.

Można w tym miejscu zrobić odniesienie do problemu prób samobójczych młodzieży w oparciu o badania przeprowadzone w 2007 r. na terenie całej Polski. Otóż „Motywy samobójstwa nie są łatwe do ustalenia, gdyż podawany przez badanych powód często był jedynie dopełnieniem długotrwałego kryzysu. Młodzież proszono o podanie bezpośredniej przyczyny próby samobójczej. Bezpośrednim motywem u większości badanych (71% dziewcząt i 50% chłopców) były różne konflikty interpersonalne. (...) Inne pojawiające się motywy, to: problemy szkolne, śmierć bliskiej osoby, brak akceptacji siebie. 15% nie potrafiło również sprecyzować powodu [próby] samobójstwa. (...) Większość dziewcząt (43%) traktowała [próbę] samobójstwa jako szantaż lub chęć odegrania się na kimś. Natomiast u chłopców najczęściej spotykanym celem samobójstwa (50%) była ucieczka przed trudnościami życiowymi i sytuacyjnymi. (...) Wśród dziewcząt myśli samobójcze po

raz pierwszy pojawiły się najczęściej bezpośrednio przed próbą samobójczą (61%). U chłopców natomiast (42%) myśli samobójcze najczęściej już występowały w sytuacjach trudnych. Istnieją trudności diagnostyczne dotyczące tego, czy w konkretnych przypadkach chodzi tylko o myśli samobójcze czy też tendencje samobójcze. Granica między tymi pojęciami jest na ogół nieostra²⁹.

Wykres 5.13. Województwo opolskie - wiek inicjacji seksualnej młodzieży szkół ponadgimnazjalnych, która przeszła inicjację seksualną. Badania zrealizowane w I kwartale 2011 r.

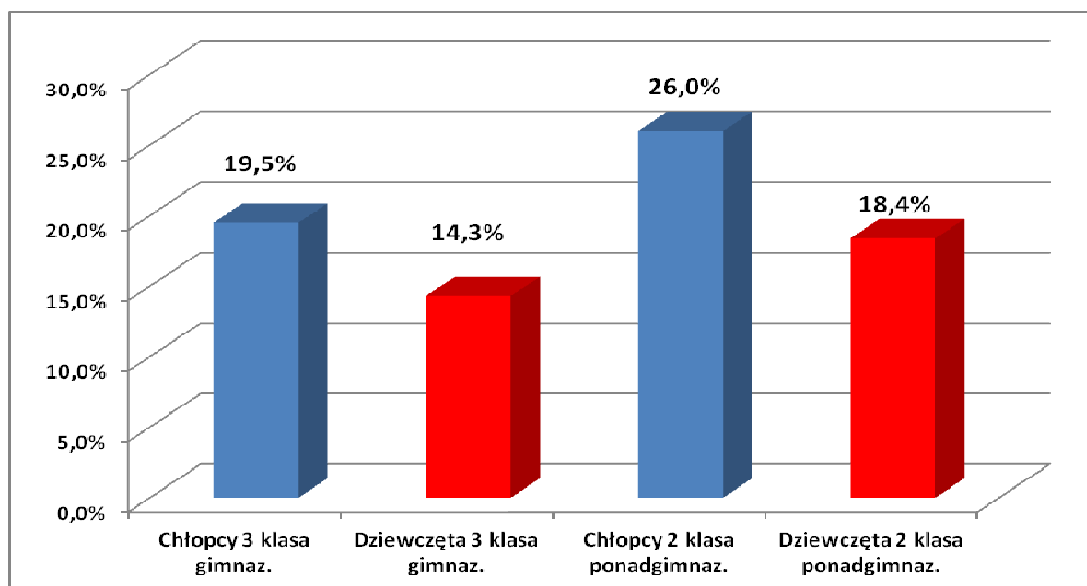


Inicjacje seksualne mogą mieć różną formę. Niezależnie od tego należy stwierdzić, że zbyt wczesna inicjacja seksualna poważnie zwiększa ryzyko wystąpienia zaburzeń rozwoju seksualnego oraz emocjonalnego młodych ludzi, a także wystąpienia problemów w ich funkcjonowaniu społecznym, może też mieć negatywne skutki dotyczące życia rodzinnego.

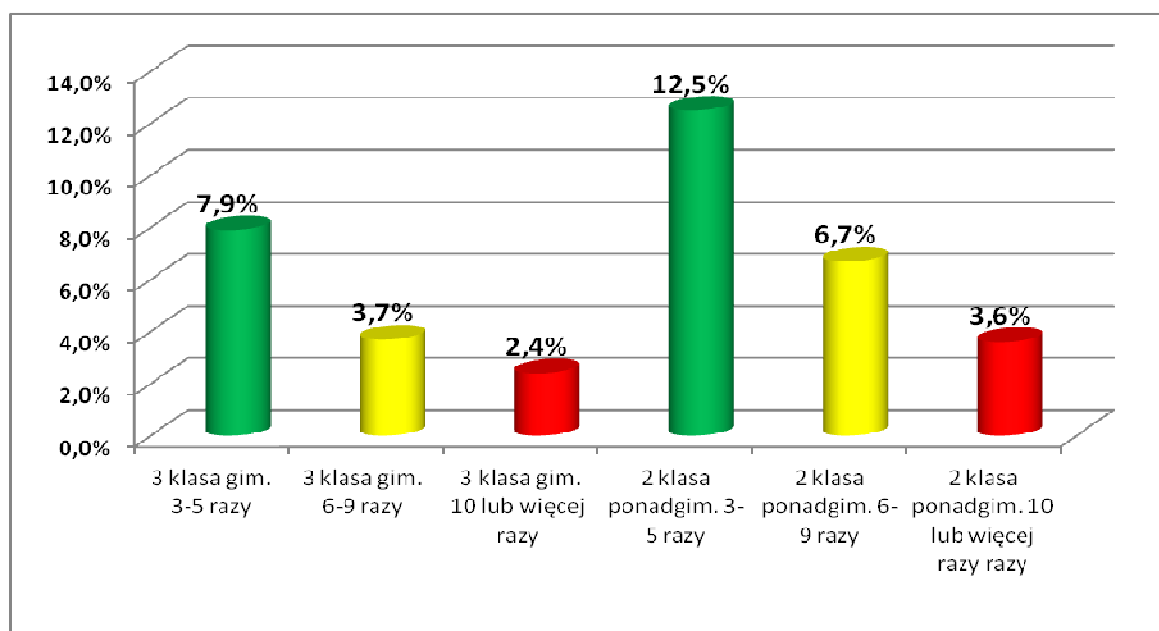
Drugie badanie młodzieży województwa opolskiego zostało zrealizowane w maju i w czerwcu 2011 r. Jego wyniki zaprezentowano w opracowaniu „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie opolskim w 2011 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD”. Oto przedstawienie kilku wyników z tych badań.

²⁹Koślak Anna, Makara-Studzińska Marta, *Nasilenie objawów depresji u młodzieży po próbach samobójczych*, [w:] *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2009; 18(3), s.245.

Wykres 5.14. Województwo opolskie - silne upicie się, tzn. zataczanie się, bełkotanie, niepamiętanie, co się działo - w czasie 30 dni przed badaniem. Badania zrealizowane w maju i w czerwcu 2011 r.

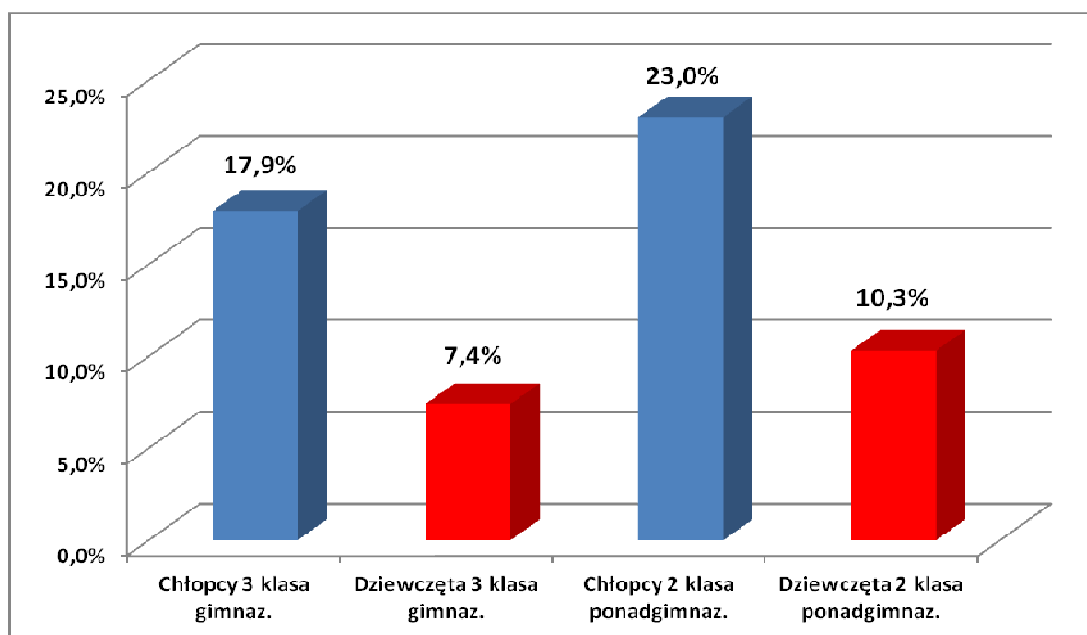


Wykres 5.15. Województwo opolskie - picie nadmierne tj. wypicie 5 lub więcej drinków z rządu - w czasie 30 dni przed badaniem. Badania zrealizowane w maju i w czerwcu 2011 r.

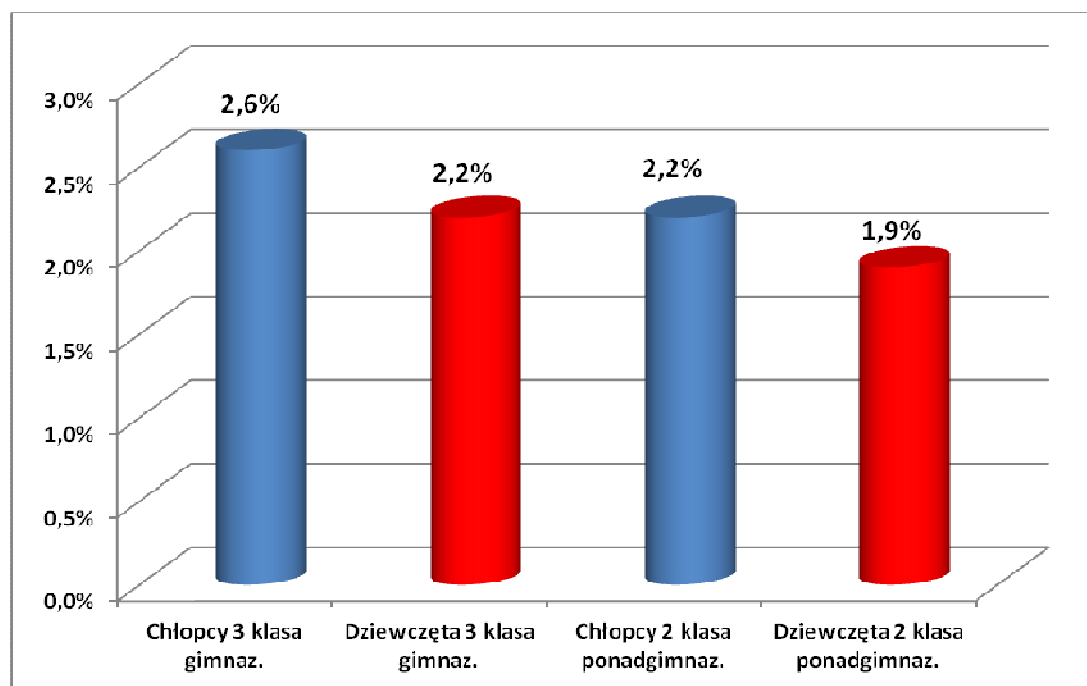


Upijanie się młodych ludzi może negatywnie wpłynąć na ich rozwój w wymiarze biologicznym, psychicznym i społecznym. Może też być czynnikiem powodującym ponoszenie różnego rodzaju strat doraźnych.

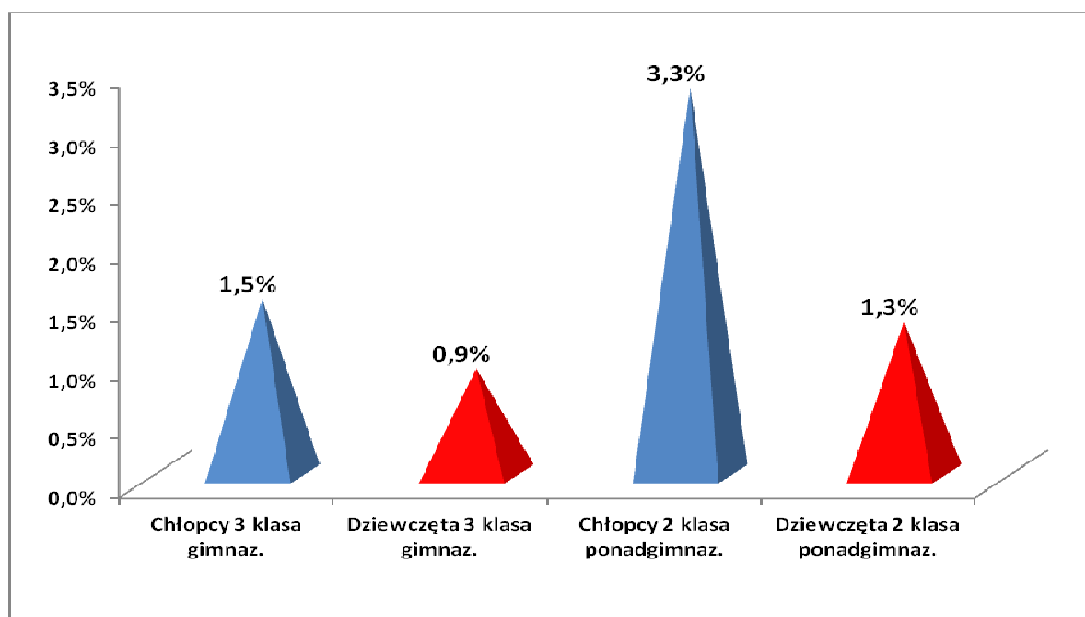
Wykres 5.16. Województwo opolskie - używanie marihuany lub haszyszu - w czasie 30 dni przed badaniem. Badania zrealizowane w maju i w czerwcu 2011 r.



Wykres 5.17. Województwo opolskie - używanie substancji wziewnych - w czasie 30 dni przed badaniem. Badania zrealizowane w maju i w czerwcu 2011 r.



Wykres 5.18. Województwo opolskie - używanie ecstasy - w czasie 30 dni przed badaniem. Badania zrealizowane w maju i w czerwcu 2011 r.



Niepokojące jest sięganie po narkotyki, zwłaszcza przez młodsze roczniki młodzieży. Wcześniejsze sięganie po narkotyki zwiększa ryzyko wystąpienia różnego rodzaju problemów i strat, zarówno w wymiarze zdrowia fizycznego jak i psychicznego.

Powyższa prezentacja wyników badań wskazuje, że ważną grupą docelową oddziaływać w obszarze zdrowia psychicznego są osoby młode. Wyraźnie też widać, że powinny to być oddziaływania odnoszące się do szeroko rozumianego zdrowia psychicznego, także w kontekście konstruktywnego przeżywania emocji, akceptacji samego siebie, odpowiednich relacji z innymi ludźmi, a także zachowań i trybu życia sprzyjających zdrowiu psychicznemu.

5.3. Finansowanie regionalnych programów promocji zdrowia psychicznego

W początkowym okresie 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 początkowym (dwu- trzyletnim) okresie realizacji może nastąpić wyodrębnienie środków finansowych na realizację regionalnych programów promocji zdrowia psychicznego.

5.4. Priorytety promocji zdrowia psychicznego w województwie opolskim

Priorytety promocji zdrowia psychicznego przyjęte na potrzeby realizacji regionalnych programów promocji zdrowia psychicznego podzielone zostały na dwie grupy. Pierwszą stanowią priorytety służące aktywizacji i inspiracji działań w obszarze promocji zdrowia psychicznego – zestaw A, drugą priorytety odnoszące się do kilku obszarów zdrowia psychicznego – zestaw B.

5.4.1. Priorytety promocji zdrowia psychicznego – zestaw A

- 1) Aktywizacja instytucji - w tym samorządów - w zakresie promocji zdrowia psychicznego, w szczególności dotyczącej dzieci i młodzieży oraz osób starszych.
- 2) Aktywizacja organizacji pozarządowych w zakresie promocji zdrowia psychicznego, w szczególności dotyczącej dzieci i młodzieży oraz osób starszych.
- 3) Inspirowanie działań indywidualnych zmierzających do poprawy i wzmocnienia zdrowia psychicznego oraz jakości życia w tym obszarze.

5.4.2. Priorytety promocji zdrowia psychicznego – zestaw B

- 1) Badanie pozytywnych i negatywnych czynników wpływających na psychiczny rozwój oraz zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w województwie opolskim
- 2) Promowanie elementów wspierających psychiczny rozwój oraz zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w województwie opolskim
- 3) Promowanie elementów wspierających pozytywne i konstruktywne rozwiązywanie sytuacji kryzysowych związanych ze zdrowiem psychicznym
- 4) Promowanie elementów wspierających zdrowie psychiczne osób starszych (w wieku poprodukcyjnym)

5.5. Regionalne programy promocji zdrowia psychicznego

Regionalne programy promocji zdrowia psychicznego będą opracowywane we współpracy samorządu województwa opolskiego z zainteresowanymi instytucjami, samorządami, organizacjami pozarządowymi i/lub innymi podmiotami aktywnymi w obszarze zdrowia psychicznego. Zakłada się – w ramach istniejących możliwości finansowych budżetu województwa opolskiego – realizację tych programów także poprzez konkursy lub tryb pozakonkursowy w oparciu o ustawę o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

Poniżej skrótowo zaprezentowanych zostanie kilka przykładowych regionalnych programów promocji zdrowia psychicznego, a w ostatniej części otwarcie na inne nowe rozwiązania.

5.5.1. Program „Profilaktyka i promocja zdrowia w Opolskiej @Szkole”

Program ten będzie dodatkowym rozwinięciem projektu pod nazwą „Opolska Szkoła, szkołą 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. Może zostać zastosowany podział adresatów materiałów np. według schematu uczniowie, rodzice, nauczyciele, pedagodzy szkolni, dyrektorzy. Zakłada się, że program obejmie ponad sto szkół z terenu województwa opolskiego.

5.5.2. Program poszukiwania i promocji dobrych rozwiązań dla instytucji i samorządów w zakresie promocji zdrowia psychicznego

Zakłada się, że elementami tego programu będą:

- 1) Cykliczne przeglądy znajdujących się w Internecie informacji na temat zdrowia psychicznego mogących służyć promocji dobrych praktyk. Jednocześnie internetowe przeglądy realizowanych w kraju przedsięwzięć dotyczących profilaktyki oraz promocji zdrowia psychicznego w instytucjach oświaty, ochrony zdrowia, zakładach pracy oraz w społecznościach lokalnych dla ewentualnej promocji w województwie opolskim wzorcowych rozwiązań.

- 2) Konferencje dla instytucji - w tym samorządów - poświęcone promowaniu wybranych projektów dotyczących profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień oraz promocji zdrowia psychicznego
- 3) Wojewódzkie spotkania robocze dla samorządów i innych instytucji dotyczące realizacji zadań w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień oraz promocji zdrowia psychicznego
- 4) Powiatowe spotkania robocze dla samorządów i innych instytucji dotyczące realizacji zadań w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień oraz promocji zdrowia psychicznego

5.5.3. Program poszukiwania i promocji dobrych rozwiązań oraz inspirowania uaktywnienia się organizacji pozarządowych w zakresie promocji zdrowia psychicznego

Zakłada się, że elementami tego programu będą:

- 1) Cykliczne konferencje dla organizacji pozarządowych zajmujących się profilaktyką i rozwiązywaniem problemów uzależnień oraz promocją zdrowia psychicznego poświęcone promowaniu wybranych projektów
- 2) Wojewódzkie spotkania robocze dla organizacji pozarządowych dotyczące realizacji zadań w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień oraz promocji zdrowia psychicznego
- 3) Powiatowe spotkania robocze organizacji pozarządowych oraz zainteresowanych środowisk dotyczące potrzebnych i możliwych do realizacji przedsięwzięć w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień oraz promocji zdrowia psychicznego
- 4) Cykliczne przeglądy znajdujących się w Internecie informacji mogących służyć do promocji dobrych praktyk w oparciu o realizowane w kraju przez organizacje pozarządowe przedsięwzięcia dotyczące profilaktyki oraz promocji zdrowia psychicznego

5.5.4. 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) Produkcja i emisja w Regionalnym Oddziale TVP programów telewizyjnych dotyczących problematyki profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień, przeciwdziałania przemocy w rodzinie oraz promocji zdrowia psychicznego

- 2) Szerokie prozdrowotne upublicznianie wyników badań wojewódzkich odnoszących się do problematyki promocji zdrowia psychicznego
- 3) Cykliczne przeglądanie 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. Przeglądy te posłużą do przygotowania, realizacji i/lub zlecenia innych regionalnych programów w obszarze promocji zdrowia psychicznego skierowanych do odbiorców indywidualnych i instytucjonalnych.

5.5.5.Podsumowanie

Doświadczenie i wiedza zdobyte podczas realizacji wyżej wskazanych programów w formie zbliżonej do zaprezentowanej lub zmodyfikowanej posłużą do przygotowania, realizacji i/lub zlecenia innych regionalnych programów w obszarze promocji zdrowia psychicznego skierowanych do odbiorców indywidualnych i instytucjonalnych.

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 wymienających zakłopotanie, strach i odrazę, a rośnie grupa wskazujących na bezradność oraz litość, którą szczególnie często wyrażają najstarsi oraz renciści”³⁰. 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 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 (...)”³¹. 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”³². 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”³³. Sytuację dodatkowo komplikuje zjawisko samonapiętnowania się osób chorych psychicznie.

³⁰Wciórka 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.

³¹Wciórka Bogna, Wciórka Jacek, op.cit, s.263.

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

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

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”³⁴.

Celem tego elementu regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego jest oddziaływanie w kierunku:

- 1) Lepszego zrozumienia specyfiki funkcjonowania różnych grup osób z zaburzeniami psychicznymi w otoczeniu społecznym i instytucjonalnym, w tym problemów dotyczących relacji tych osób z otoczeniem.
- 2) Ustalenia potrzeb w zakresie polepszania funkcjonowania i przeciwdziałania dyskryminacji różnych grup osób z zaburzeniami psychicznymi w otoczeniu społecznym i instytucjonalnym.
- 3) Inwentaryzacji dostępnych w województwie opolskim i w Polsce programów (narzędzi) służących polepszaniu relacji różnych grup osób z zaburzeniami psychicznymi z otoczeniem społecznym i instytucjonalnym.
- 4) Ustalenia i opracowania pakietu możliwych do realizacji programów polepszających funkcjonowanie różnych grup osób z zaburzeniami psychicznymi w otoczeniu społecznym i instytucjonalnym.
- 5) Opracowania, realizacja oraz promocja programów polepszających funkcjonowanie różnych grup osób z zaburzeniami psychicznymi w otoczeniu 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) Program realizacji przedsięwzięć badawczych i sondażowych, w miarę możliwości podejmowanych we współpracy z wyższymi uczelniami funkcjonującymi w regionie.
- 2) 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.

³⁴Bieleńska 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.

- 3) 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.
- 4) Program organizacji konferencji oraz spotkań roboczych dotyczących badań epidemiologicznych związanych z obszarem zdrowia psychicznego.
- 5) Program organizacji konferencji oraz spotkań roboczych dotyczących zagadnień postrzegania chorych psychicznie w środowisku oraz funkcjonowania chorych psychicznie w otoczeniu społecznym i instytucjonalnym.
- 6) Programy informacyjno-edukacyjne sprzyjające postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałające dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi.

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

- 1) Przeprowadzanie analiz dostępnych form pomocy w stanach kryzysu psychicznego
- 2) Propagowanie funkcjonujących form pomocy w stanach kryzysu psychicznego w tym form samopomocy oraz pomocy dla ofiar przemocy, katastrof i klęsk żywiołowych
- 3) Promocja nowatorskich i wzorcowych form pomocy w stanach kryzysu psychicznego oraz pomocy dla ofiar przemocy, katastrof i klęsk żywiołowych

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 zakłada transformację lecznictwa psychiatrycznego. Ma być to transformacja daleko idąca. Z analizy treści wyżej wskazanego narodowego programu oraz treści zawartych w specjalistycznej literaturze przedmiotu dotyczącej lecznictwa psychiatrycznego należałoby dojść do wniosku, że transformacja ta ma polegać na czterech zasadniczych elementach.

Pierwszy z nich to redukcja łóżek w (być może tylko dużych) szpitalach psychiatrycznych lub wręcz likwidacja niektórych (być może większości) z tych szpitali. Należy podkreślić, iż nie jest jasne, czy redukcja łóżek ma dotyczyć tylko dużych szpitali oraz czy ma dojść do likwidacji szpitali, a jeżeli tak, to na jaką skalę.

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

Trzeci element to tworzenie psychiatrycznych oddziałów dziennych. Natomiast czwarty – bardzo istotny, wręcz fundamentalny element transformacji polskiego lecznictwa psychiatrycznego – to tworzenie psychiatrycznej opieki środowiskowej. Tworzenie, ponieważ trudno w tym przypadku mówić o rozwoju biorąc pod uwagę niewielką liczbę istniejących podmiotów środowiskowej opieki psychiatrycznej.

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 lecznictwa psychiatrycznego doprowadziłaby do chaosu w tym lecznictwie. 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 psychiatrycznych³⁵.

W związku z powyższym transformacja lecznictwa psychiatrycznego powinna być rozłożonym w czasie procesem, który podlegać będzie bieżącemu monitorowaniu. Ponadto

³⁵Araszkiewicz Aleksandra, Jaremy Marek, Meder Joanna, *Psychiatryczna opieka środowiskowa w Polsce. Raport*, Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2008, s. 12.

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 kategorii pacjentów.

Zmianą poprzedzającą transformację psychiatrycznego leczenia szpitalnego musi być stworzenie struktur środowiskowej opieki psychiatrycznej zdolnej przejąć opiekę nad częścią pacjentów szpitali³⁶.

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 są awykonalne w oparciu o możliwości prawne i środki finansowe tych samorządów. Transformacja leczenia psychiatrycznego, którą zakłada 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 analizy w zakresie zapotrzebowania mieszkańców województwa opolskiego na różne formy środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej na poziomie powiatów
- 2) Przygotowanie analizy dostępności do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej na poziomie powiatów
- 3) Przygotowanie analizy możliwości zwiększania dostępności różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej na poziomie powiatów
- 4) Opracowanie propozycji zwiększenia dostępności i zmniejszenia nierówności w dostępie do różnych form środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej na poziomie powiatów

³⁶ Vide Araszkiwicz Aleksandra i inni, s. 19.

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 ewentualne uzyskiwanie przez podmioty kontraktów z Opolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia. Podmioty zarejestrowane nie zawsze prowadzą działalność medyczną, a w przypadku jej prowadzenia nie zawsze realizują świadczenia w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Bowiem uzyskanie kontraktu przez podmiot leczniczy jest uzależnione od wielu czynników, w tym od planu finansowego Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego 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 poszerzania opieki środowiskowej, głównie w zakresie oddziaływań w domu pacjenta, współpracy z rodziną oraz współpracy z ośrodkami pomocy społecznej, celem poszerzenia opieki środowiskowej”³⁷. Konieczne jest także przygotowanie i sprawdzenie procedur współpracy lecznictwa psychiatrycznego i instytucji pomocy społecznej³⁸. Należy także przyjąć, że „każde lokalne środowisko musi samo znaleźć swoją własną drogę do lepszej opieki psychiatrycznej”³⁹, stąd też zadania realizowane w ramach niniejszego opracowania wykonane będą we współpracy z innymi samorządami oraz instytucjami mającymi związek z realizacją Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

³⁷Anczewska Marta, Indulska Anna, Pałyska Maciej, Prot Katarzyna, Raduj Joanna, *Badanie satysfakcji pacjenta w warunkach opieki środowiskowej*, [w:] Postępy Psychiatrii i Neurologii 2005, Nr 14(4), s.303.

³⁸Vide Araszkiwicz Aleksandra i inni, s. 17.

³⁹Law Ann, Tansella Michele, Thornicroft Graham, *Budowanie środowiskowej opieki psychiatrycznej – kroki, wyzwania i wnioski*, [w:] Postępy Psychiatrii i Neurologii 2008, Nr 17(4), s.277.

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 powiatowych konsultacji w sprawie umiejscowienia i obszaru działania Centrów Zdrowia Psychicznego oraz Centrów Terapii Uzależnień
- 2) Opracowanie propozycji wojewódzkiego modelu sieci Centrów Zdrowia Psychicznego oraz Centrów Terapii Uzależnień w uzgodnieniu z powiatami
- 3) Opracowywanie wniosków dla funkcjonowania wojewódzkiej sieci Centrów Zdrowia Psychicznego oraz Centrów Terapii Uzależnień

9.2. Komentarz

Podczas opracowywania modelu sieci Centrów Zdrowia Psychicznego (dalej CZP) oraz Centrów Terapii Uzależnień (dalej CTU) będą brane pod uwagę założenia powiatowych programów ochrony zdrowia psychicznego oraz zasoby kadrowe i instytucjonalne w obszarze zdrowia psychicznego. Bierze się 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 finansowania.

10. Plan dostosowywania szpitali psychiatrycznych do kierunków wyznaczonych przez Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego

Nazwa „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” jest oryginalną nazwą planu stosowaną w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego. Na potrzeby niniejszego programu zastosowana została nazwa planu zaprezentowana powyżej.

10.1. Wprowadzenie

Realizacja w regionie zmiany lub modyfikacji struktury systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej musi 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 zróżnicowanych grup pacjentów. Narodowy Program Zdrowia Psychicznego wyraźnie wskazuje 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”⁴⁰.

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 z tym postulat likwidacji dużych szpitali psychiatrycznych na rzecz szpitali małych, liczących do 300 łóżek, zlokalizowanych możliwie blisko miejsca zamieszkania chorego. Najbardziej

⁴⁰Pawłowska Małgorzata, Prot-Klinger Katarzyna, *Jak mierzyć skuteczność leczenia środowiskowego?*, [w:] *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2008, Nr 17(3), s.230.

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 środowisku”⁴¹.

Postulowana reforma ma więc 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 zainteresowanych środowisk i instytucji.

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 opieki środowiskowej nad zdrowiem psychicznym wykracza daleko poza obszar działania służby zdrowia i lecznictwa psychiatrycznego. Wymaga zaangażowania władz samorządowych oraz współdziałania pomocy społecznej, oświaty, związków wyznaniowych, organizacji pozarządowych, pracodawców i innych podmiotów”⁴². Reasumując reforma systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej powinna być procesem, którego dynamikę wyznaczy aktywność NFZ, zdolność tego systemu do absorpcji zmian oraz zdolność

⁴¹Załużska 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.

⁴²Bronowski Paweł, Prot Katarzyna, Załużska Maria, *Psychiatria środowiskowa jako środowiskowa opieka nad zdrowiem psychicznym*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2007, s.17.

wszystkich instytucji zaangażowanych w ten proces do konstruktywnego uczenia się i innowacyjności.

Tabela.10.1. Stacjonarne leczenie psychiatryczne w województwie opolskim - liczba łóżek i wskaźnik łóżek na 10 tys. mieszkańców

Placówka ⁴³	Liczba łóżek	Ludność województwa*	Wskaźnik wymagany	Wskaźnik istniejący w województwie
Oddziały psychiatryczne szpitalne (4700 psychiatria ogólna: Branice – 145 łóżek, Opole -166 łóżek, Głuchołazy – 40 łóżek, Brzeg - 25 łóżek)	376	1.016.200	4 łóżka/10.000 mieszkańców	3,70
Oddziały psychiatryczne szpitalne (4700 psychiatria ogólna -376 łóżek: Branice, Opole, Głuchołazy, Brzeg 4702 rehabilitacja psychiatryczna - 41 łóżek: Moszna, 4704 zaburzenia nerwicowe - 91 łóżek: Moszna 4710 psychiatria dla chorych somatycznie – 40 łóżek: Głuchołazy	548	1.016.200	4 łóżka/10.000 mieszkańców	5,39
Oddziały / ośrodki terapii uzależnienia od alkoholu (4740 - 76 łóżek: Woskowice, 4744 - 52 łóżka Branice)	128	1.016.200	1,2 łóżka/10.000 mieszkańców	1,26
Oddziały/ pododdziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (4742 - 42 łóżka: Branice 25, Woskowice 17)	42	1.016.200	0,2-0,3 łóżka/10.000 mieszkańców	0,41
Oddziały/ośrodki terapeutyczne i rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (4750 - 84 łóżka: Zbicko 49, Gracze 35)	84	1.016.200	0,7 łóżka/10.000 mieszkańców	0,83

*Źródło: Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011, Warszawa 2012, Główny Urząd Statystyczny

10.2. Zadania w obszarze planu dostosowywania szpitali psychiatrycznych do kierunków wyznaczonych przez Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego

- 1) Przeprowadzanie cyklicznych analiz realizacji kontraktów w stacjonarnym leczeniu psychiatrycznym

⁴³ Liczba łóżek na oddziałach psychiatrycznych zgodnie z rejestrem Wojewody Opolskiego według stanu w dn. 31.12.2012 r.

- 2) Przeprowadzanie cyklicznych analiz dostępności do stacjonarnego leczenia psychiatrycznego dla mieszkańców województwa
- 3) Przeprowadzanie cyklicznych analiz funkcjonowania Centrów Zdrowia Psychicznego i Centrów Terapii Uzależnień, w kontekście współpracy centrów z podmiotami udzielającymi stacjonarnych świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia psychiatrycznego
- 4) Opracowywanie wniosków dla funkcjonowania w województwie systemu stacjonarnej opieki psychiatrycznej

10.3.Komentarz

Łóżka na oddziałach psychiatrycznych w szpitalach województwa opolskiego objęte są kontraktem Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

W Centrum Terapii Nerwic w Mosznej odbywa się leczenie zaburzeń nerwicowych oraz rehabilitacja psychiatryczna. W systemie stacjonarnym funkcjonują w tej jednostce 132 łóżka, bez możliwości przeprowadzenia modernizacji dostosowującej szpital do wymaganych standardów. Zakłada się, że w przyszłości w Centrum Terapii Nerwic nastąpi zmiana ukierunkowana na realizację świadczeń zdrowotnych udzielanych w systemie dziennym. Modyfikacja ta poprzez odchodzenie od modelu leczenia szpitalnego w stronę modelu środowiskowego wpisuje się w założenia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Powyższe zmiany dotyczące funkcjonowania CTN wynikają z inwestycji rozpoczętej w 2011 r. W zakresie w/w zmian wydana została pozytywna opinia krajowego konsultanta do spraw psychiatrii.

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

Poprawa sytuacji życiowej osób z zaburzeniami psychicznymi wymaga nie tylko leczenia i rehabilitacji zdrowotnej, ale także skutecznych działań w zakresie upowszechniania różnych form wsparcia i pomocy oferowanych przez wszystkie instytucje życia społecznego – publiczne, prywatne, a także sektora pozarządowego. Osoby opuszczające szpitale psychiatryczne lub pozostające pod opieką poradni zdrowia psychicznego wymagają szczególnej uwagi i wsparcia ze strony profesjonalnych służb społecznych, a także wolontariuszy i działaczy organizacji pozarządowych, bo według badań, najbliższa rodzina i otoczenie chorych psychicznie często nie są w stanie takiej pomocy zapewnić⁴⁴. Dlatego też ważnym elementem ochrony zdrowia psychicznego są instytucje działające w obszarze pomocy społecznej – jednostki organizacyjne systemu pomocy i integracji społecznej wszystkich samorządów terytorialnych, a także organizacje pozarządowe.

Celem programu jest zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi zróżnicowanych form pomocy i wsparcia tak, aby mogły pozostać w swoim środowisku zamieszkania, przebywając w warunkach zapewniających coraz lepszą jakość życia, w przyjaznym i tolerancyjnym otoczeniu społecznym.

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

Pomoc i opieka nad osobami z zaburzeniami psychicznymi to zróżnicowana grupa form i rodzajów świadczeń realizowanych przez instytucje gminne i powiatowe oraz organizacje pozarządowe.

System ten - działając w oparciu o zapisy ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, obejmuje:

1) Pomoc stacjonarną:

⁴⁴ Psychiatryczna opieka środowiskowa w Polsce. Raport, pod red. J. Meder i M. Jaremy, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej (11.04.2012, godz. 13.00)
http://www.prawapacjenta.eu/var/media/File/raport_psych_op_srod.pdf

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

2) *Pomoc półstacjonarna:*

- 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 11.1. Formy wsparcia i opieki dla osób z zaburzeniami psychicznymi w Polsce i w województwie opolskim w 2011 r.

Wyszczególnienie	System wsparcia dla osób zaburzonych psychicznie w 2011 r. - Polska i woj. opolskie		
	Polska ogółem	woj. opolskie	pozycja wśród 16 województw
Liczba miejsc w domach pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych ogółem	20 687	760	5
<i>wskaźnik na 100 tys. ludności</i>	54,2	73,9	
Liczba miejsc w domach dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	12 368	479	3
<i>wskaźnik na 100 tys. ludności</i>	32,4	46,6	
Liczba miejsc w domach dla dzieci i młodzieży oraz dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	8 797	523	1
<i>wskaźnik na 100 tys. ludności</i>	23,0	50,8	

Wyszczególnienie	System wsparcia dla osób zaburzonych psychicznie w 2011 r. - Polska i woj. opolskie		
	Polska ogółem	woj. opolskie	pozycja wśród 16 województw
Liczba miejsc w środowiskowych domach samopomocy dla osób zaburzonych psychicznie	22 787	524	12
<i>wskaźnik na 100 tys. ludności</i>	59,7	50,9	
Liczba osób objętych pomocą w formie specjalistycznych usług opiekuńczych dla zaburzonych psychicznie	10 576	282	9
<i>wskaźnik na 100 tys. ludności</i>	27,7	27,4	
Liczba miejsc w mieszkaniach chronionych dla osób z zaburzeniami psychicznymi	391	0	16
<i>wskaźnik na 100 tys. ludności</i>	1,0	0	

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 74 miejsca na 100 tys. ludności)
- liczby miejsc w domach dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie (prawie 47 miejsc)
- liczby miejsc w domach dla dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie – pierwsza pozycja w kraju (ponad 50 miejsc na 100 tys. ludności).

Natomiast w zakresie dostępności środowiskowych form wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w woj. opolskim występują:

- niski wskaźnik liczby miejsc w środowiskowych domach samopomocy (51 miejsc na 100 tys. ludności)
- brak mieszkań chronionych dla osób z zaburzeniami psychicznymi (na 16 województw w kraju tylko w województwach: opolskim, podlaskim i lubuskim brak mieszkań chronionych w pozostałych województwach w 2011 r. było ich łącznie 391).

W województwie opolskim funkcjonuje obecnie:

- 11 domów dla dzieci i dorosłych osób niepełnosprawnych intelektualnie na ogółem 1 002 miejsca (682 dla dorosłych i 320 dla dzieci),
- 3 domy dla przewlekle psychicznie chorych z 760 miejscami,
- 11 środowiskowych domów samopomocy z 524 miejscami.

Ponadto 282 osoby z zaburzeniami psychicznymi korzystają ze specjalistycznych usług opiekuńczych.

Tabela 11.2. Formy wsparcia i opieki dla osób z zaburzeniami psychicznymi w powiatach województwa opolskiego w 2011 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	DPS dla dzieci lub 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 miejsc w mieszkaniach chronionych	Wskaźnik na 10 tys. mieszkańców
		Liczba domów	Liczba miejsc		Liczba domów w	Liczba miejsc		Liczba domów	Liczba miejsc		Liczba domów	Liczba miejsc					
Razem	1 028 585	3	760	7,4	6	682	6,6	5	320	3,1	11	524	5,1	282	2,7	0	0
<i>z tego:</i>																	
Brzeg	92 002	0	0	0,0	1	95	10,3	0	0	0,0	0	0	0,0	40	4,3	0	0
Głubczyce	49 091	1	643	131,0	0	25	5,1	1	25	5,1	1	60	12,2	13	2,6	0	0
Kędzierzyn-koźle	99 881	0	0	0,0	1	86	8,6	1	37	3,7	1	45	4,5	61	6,1	0	0
Kluczbork	68 574	0	0	0,0	1	70	10,2	0	0	0,0	1	47	6,9	8	1,2	0	0
Krapkowice	66 539	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	1	43	6,5	9	1,4	0	0
Namysłów	43 826	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	1	40	9,1	10	2,3	0	0
Nysa	143 165	1	55	3,8	0	35	2,4	1	45	3,1	1	50	3,5	24	1,7	0	0
Olesno	67 000	0	0	0,0	1	70	10,4	0	0	0,0	1	30	4,5	11	1,6	0	0
Opole miasto	125 710	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0	2	90	7,2	37	2,9	0	0
Opole ziemski	135 313	0	0	0,0	1	254	18,8	1	40	3,0	0	0	0,0	2	0,1	0	0
Prudnik	58 509	1	62	10,6	0	0	0,0	0	0	0,0	1	60	10,3	54	9,2	0	0
Strzelce op.	78 975	0	0	0,0	1	47	6,0	1	173	21,9	1	59	7,5	13	1,6	0	0

Zródło: obliczenia własne

Porównanie liczby miejsc i liczby osób korzystających z poszczególnych form wsparcia w stosunku do liczby ludności w poszczególnych powiatach województwa wskazuje, że:

1. Najwięcej miejsc w domach pomocy społecznej w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców występuje w powiecie głubczyckim (131 miejsc dla przewlekle psychicznie chorych oraz po 5 miejsc w domach dla dorosłych oraz domach dla dzieci i dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie). W powiecie głubczyckim występuje również wysoki wskaźnik liczby miejsc w środowiskowych domach samopomocy (12,2).
2. Wysoki wskaźnik liczby miejsc w placówkach stacjonarnych występuje także w powiatach:
 - strzeleckim (ponad 20 miejsc w domach dla osób niepełnosprawnych intelektualnie oraz 7,5 miejsca w ŚDS),
 - opolskim ziemskim (prawie 19 miejsc w domach dla niepełnosprawnych intelektualnie – głównie osób dorosłych);
 - prudnickim (ponad 10 miejsc w domu dla przewlekle psychicznie chorych, ponad 10 miejsc w środowiskowym domu samopomocy oraz najwyższy wskaźnik

w województwie liczby osób objętych specjalistycznymi usługami opiekuńczymi (9,2 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 mieszkańców⁴⁵. 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 Społecznej⁴⁶.

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 760 miejsc. Są to:

- 1) DPS w Klisinie (643 miejsca), w tym w Klisinie (138 miejsc) oraz 5 filiach:
 - Dzbańce (190 miejsc)
 - Bliszczyce (81)
 - Branice (83)
 - Boboluszki (76)
 - Radynia (75).
- 2) DPS w Nysie na 55 miejsc,

⁴⁵Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jednolity Dz. U. z 2009 r. Nr 175, poz.1362 ze zm.)

⁴⁶Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 października 2005 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. Nr 217, poz. 1837)

3) DPS – Ośrodek Rehabilitacji i Opieki Psychiatrycznej w Raclawicach Śląskich 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 2011 r. liczba miejsc w tych placówkach wzrosła o 95 (14%), a wszystkie domy tego typu w powiecie głubczyckim połączono w jedną placówkę, tj. DPS w Klisinie wraz z filiami (wcześniej były 3 domy).

W grudniu 2011 r. na umieszczenie w DPS dla przewlekle psychicznie chorych w województwie opolskim oczekiwało łącznie 68 osób, w tym: 60 osób w DPS w Klisinie, 4 osoby w Nysie oraz 4 osoby w Raclawicach Śląskich⁴⁷.

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

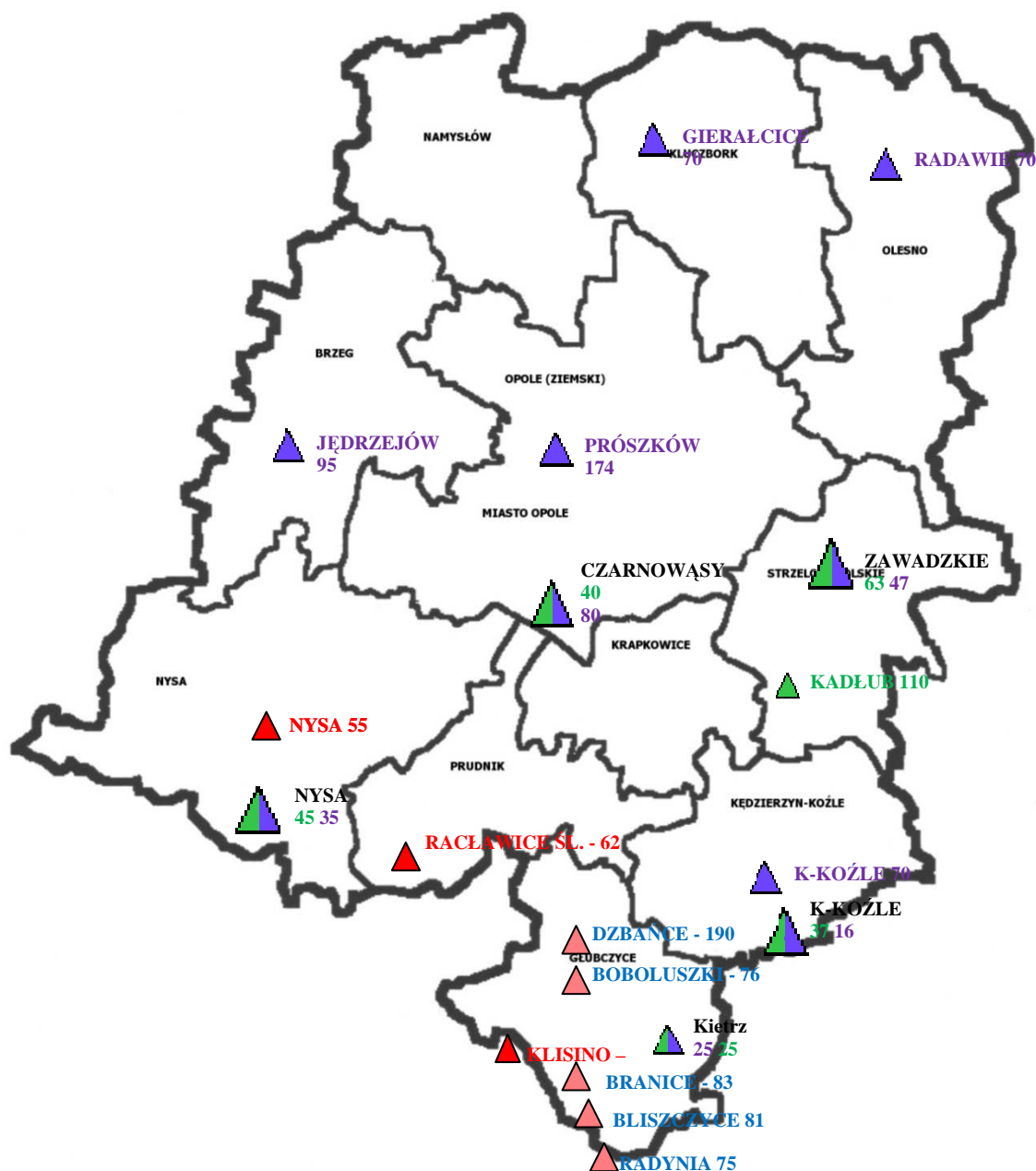
Na terenie woj. opolskiego jest obecnie 11 domów pomocy społecznej przeznaczonych dla osób niepełnosprawnych intelektualnie na ogółem 1 002 miejsca, w tym:

- 5 domów dla osób dorosłych na 479 miejsc;
- 1 dom dla dzieci na 110 miejsc;
- 5 domów o typie mieszanym – dla dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie na 413 miejsc.

Łącznie liczba miejsc dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie wynosi 682, a dla dzieci i młodzieży – 320.

⁴⁷ Wg informacji przekazanej telefonicznie z Wydziału Polityki Społecznej Opolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Opolu w grudniu 2011r.

Mapa 11.1. Liczba miejsc w domach pomocy społecznej dla przewlekle psychicznie chorych oraz niepełnosprawnych intelektualnie w województwie opolskim wg stanu na 31.12.2011 r.



Razem 14 Domów pomocy społecznej (1 762 miejsca)

- ▲ DPS dla przewlekle psychicznie chorych (760 miejsc)
- ▲ Filie DPS w Klisynie dla przewlekle psychicznie chorych
- ▲ DPS dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie (479 miejsc)
- ▲ DPS dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie (110 miejsc)
- ▲ DPS dla dzieci i młodzieży oraz dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie (413 miejsc)

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 do życia 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 zatrudnienia⁴⁸. Domy, w zależności od kategorii osób, dla których są przeznaczone, dzielą się na następujące typy:

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

Na koniec grudnia 2011 r. w województwie opolskim było 11 środowiskowych domów samopomocy, w tym, 8 prowadzonych przez gminę (Głubczyce – ŚDS w Nowych Gołuszowicach, Strzelce Opolskie, Prudnik, Krapkowice, Namysłów, Opole, Kluczbork, Kędzierzyn-Koźle), 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 woj. opolskim wynosiła 524, w tym:

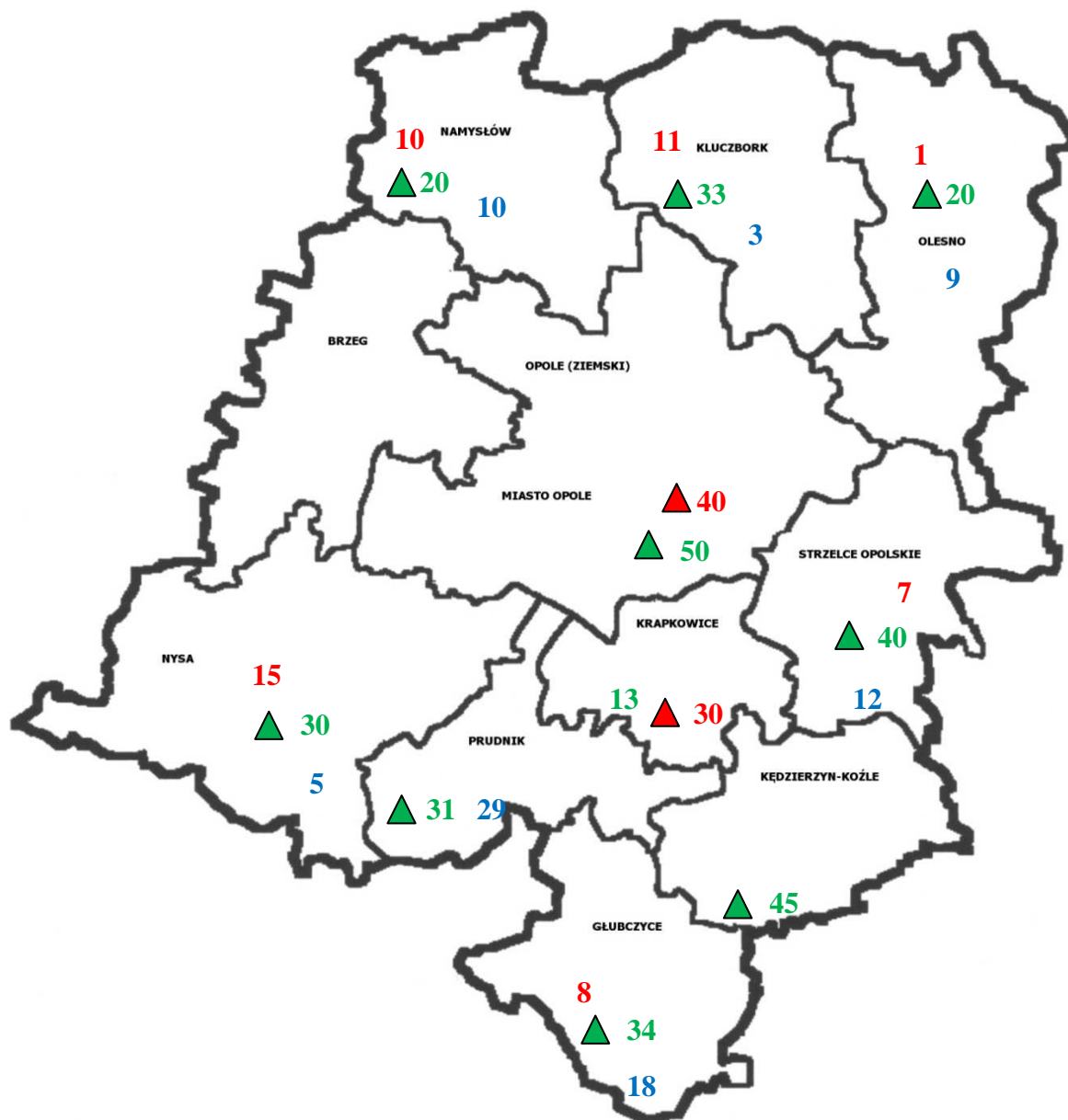
- 122 miejsca - dla osób przewlekle psychicznie chorych
- 316 miejsc - dla osób upośledzonych umysłowo
- 86 miejsc - dla osób wykazujących inne zaburzenia czynności psychicznych.

W dniu 1 stycznia 2011 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9.12.2010 r. (Dz. U. Nr 238, poz.1586), określające sposób funkcjonowania

⁴⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 grudnia 1995 r. w sprawie psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych w domach pomocy społecznej i środowiskowych domach samopomocy (Dz. U. z 1996 r. Nr 5, poz. 38)

środowiskowych domów samopomocy, tryb kierowania i przyjmowania do domów, kwalifikacje osób świadczących usługi, standardy usług świadczonych przez domy, termin dostosowania domów do wymaganych standardów.

Mapa 11.2. Liczba miejsc w środowiskowych domach samopomocy województwa opolskiego według stanu w dniu 31.12.2011 r. w podziale na typ ŚDS



Typy środowiskowych domów samopomocy w woj. opolskim

- ▲ Typu A – dla przewlekle psychicznie chorych (122 miejsca)
- ▲ Typu B – dla upośledzonych umysłowo (316 miejsc)
- ▲ Typu C – dla osób wykazujących inne zaburzenia czynności psychicznych (86 miejsc)

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 lokalną⁴⁹. Niestety w województwie opolskim obecnie brak jest mieszkań chronionych dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Trudno jest również wskazać liczbę takich miejsc (np. typu hostelowego), którą prowadzą podmioty niepubliczne.

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 opiekuńczych⁵⁰.

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;

⁴⁹Art. 53 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (jednolity tekst Dz. U. z 2009 r. Nr 175, poz.1362 ze zm.)

⁵⁰Dz. U. z 2005 r. Nr 189, poz. 1598, a także Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 6 lipca 2006 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. z 2006 r. Nr 134, poz. 943).

- 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.

Według stanu na 31 grudnia 2011 r. w województwie opolskim specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone były dla ogółem 282 osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym najwięcej w powiecie kędzierzyńsko-kozielskim (dla 61 osób) i prudnickim (dla 54 osób). Łączny koszt tej pomocy wyniósł 1 411 295 zł i w porównaniu do 2010 r. zmalał o 1,3% (liczba osób objętych pomocą pozostała bez zmian).

W 2011 r. średnia wartość 1 godziny specjalistycznych usług opiekuńczych wynosiła 17,50 zł (w 2010 r. była nieznacznie niższa i wynosiła 16,80 zł).

Tabela 11.3. Specjalistyczne usługi opiekuńcze w województwie opolskim w 2011 r. – liczba osób objętych pomocą oraz koszt usług w powiatach i w gminach.

Lp.	Powiat	Gmina	Liczba osób objętych socjalistycznymi usługami opiekuńczymi w 2011 r.	Koszt w zł
1	Powiat brzeski		40	217 978
2		Brzeg	4	21 020
3		Grodków	35	184 610
4		Skarbimierz	1	12 348
5	Powiat głubczycki		13	63 318
6		Baborów	6	30 868
7		Głubczyce	6	27 650
8		Kietrz	1	4 800
9	Powiat kędzierzyński		61	198 713
10		Kędzierzyn-Koźle	59	179 311
11		Pawłowiczki	2	19 402
12	Powiat kluczborski		8	41 279
13		Kluczbork	7	16 644
14		Lasowice Wlk.	1	24 635
15	Powiat krapkowicki		9	26 986
16		Krapkowice	8	22 218
17		Zdzieszowice	1	4 768
18	Powiat namysłowski		10	85 314
19		Namysłów	9	76 914
20		Wilków	1	8 400
21	Powiat nyski		24	84 376
22		Głuchołazy	4	15 600
23		Nysa	20	68 776
24			11	67 417
25	Powiat oleski		11	67 417
26		Dobrodzień	1	2 000
27		Olesno	8	45 827
28		Praszka	1	10 000
		Rudniki	1	9 590

Lp.	Powiat	Gmina	Liczba osób objętych specjalistycznymi usługami opiekuńczymi w 2011 r.	Koszt w zł
29	Opole Miasto		37	238 143
30			2	17 501
31	Powiat opolski	Ozimek	1	15 501
32		Turawa	1	2 000
33			54	321 700
34	Powiat prudnicki	Głogówek	2	18 473
35		Lubrza	2	6 227
36		Prudnik	50	297 000
37			13	48 570
38	Powiat strzelecki	Jemielnica	1	9 570
39		Strzelce Op.	11	35 000
40		Ujazd	1	4 000
Razem			282	1 411 295

Zródło: obliczenia własne

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 udzielają wszechstronnej pomocy i wsparcia osobom z zaburzeniami psychicznymi – na zasadach ogólnych – zgodnie z przepisami ustawy o pomocy społecznej, w tym w szczególności jest to:

- praca socjalna skierowana 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;
- organizacja poradnictwa specjalistycznego dla osób chorych i ich rodzin (psychologicznego, pedagogicznego, prawnego);
- organizacja specjalistycznych usług opiekuńczych;
- kierowanie osób do placówek stacjonarnych i środowiskowych domów samopomocy lub mieszkań chronionych.

11.5.3. Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie

Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie 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 zaburzenia psychicznymi oraz mieszkaniach chronionych,
- prowadzeniu specjalistycznego poradnictwa,
- prowadzeniu ośrodków interwencji kryzysowej,
- pomocy i doradztwie dla osób niepełnosprawnych, w tym przyznawanie środków z PFRON na wsparcie i rehabilitację społeczną i zawodową.

11.5.4. Organizacje pozarządowe

Według badania Stowarzyszenia Klon/Jawor w 2010 r. w województwie opolskim na każde 10 tys. mieszkańców przypadało 20 fundacji i stowarzyszeń. Jest to wskaźnik bliski średniej wartości dla całego kraju. Przy czym należy zaznaczyć, że w województwie opolskim odnotowano w latach 2005 – 2010 jeden z największych w kraju, przyrost nowych organizacji pozarządowych (w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców)⁵¹.

Według danych stowarzyszenia Klon/Jawor w 2010 r. w województwie opolskim zarejestrowano 4 076 organizacji, w tym 382 organizacje posiadające status pożytku publicznego⁵².

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

11.6.1. Osoby leczone z powodu zaburzeń psychicznych w Polsce i w województwie opolskim

⁵¹Zob. J. Herbst, J. Przewłocka, *Podstawowe fakty o organizacjach pozarządowych. Raport z badania 2010*. Stowarzyszenie Klon/Jawor. Warszawa 2011, s.21

⁵² <http://bazy.ngo.pl/> (10.10.2011 r., godz. 13⁰⁰)

⁵³Badania własne OIS przeprowadzone w czerwcu 2011 r. w jednostkach organizacyjnych pomocy i integracji społecznej woj. opolskiego.

Z analizy materiału o aktualnym stanie psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce, stanowiącego załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. U. nr 24 poz. 128), wynika, że:

- w ciągu 18 lat, tj. w latach 1990-2007, wskaźnik rejestrowanego rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych wzrósł w opiece ambulatoryjnej o 119%⁵⁴;
- w latach 2005-2007 zaobserwowano nieznaczny spadek osób leczonych ambulatoryjnie (o 2%), jednak był on raczej efektem zmniejszenia się liczby pacjentów rejestrujących się po raz pierwszy niż spadku liczby pacjentów leczonych w poprzednich latach⁵⁵;
- **średnioroczne tempo wzrostu liczby osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych w latach 1990-2007 wyniosło 4%**, co wynikało ze wzrostu liczby tych osób w latach 1995-2000 (wzrost średniorocznego wskaźnika o 4,5%) i 2000-2005 (6,9%). Natomiast w latach 2005-2007 odnotowano spadek leczonych z powodu zaburzeń psychicznych w Polsce o 0,4%.

Uwzględniając systematyczny od 1990 r. wzrost liczby osób leczonych ambulatoryjnie, a także jego niewielki spadek w latach 2005-2007 - do oszacowania liczby osób wymagających pomocy z powodu zaburzeń psychicznych do 2025 r. przyjęto dane z lat 2003-2007⁵⁶. Posłużyły one do obliczenia średniorocznego tempa wzrostu osób zaburzonych psychicznie w województwie opolskim.

Średnioroczne tempo wzrostu liczby osób z zaburzeniami psychicznymi leczonych ambulatoryjnie w latach 2003 - 2007 **wynosiło w Polsce 1,1%**. Natomiast **w województwie opolskim było wyższe i wynosiło 2,3%**.

Biorąc pod uwagę powyższe wskaźniki można przyjąć, że szacunkowa liczba osób z zaburzeniami psychicznymi w Polsce na koniec 2011r. wynosiła 1 423,9 tys., a w województwie opolskim 31,6 tys. osób⁵⁷.

⁵⁴W analizie wzięto pod uwagę osoby leczone ambulatoryjnie, uznając, że jest to najszersza grupa osób wykazująca różnego typu zaburzenia psychiczne.

⁵⁵Wg *Harmonogramu realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego* – załącznik nr 1 do rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia Psychicznego (Dz. U. z 2010 r. nr 24, poz. 128)

⁵⁶Już w 1996 r. – w badaniu przeprowadzonym przez Wojewódzki Zespół Pomocy Społecznej w Opolu, sygnalizowano konieczność zwiększenia liczby domów pomocy społecznej dla przewlekle psychicznie chorych, zwłaszcza dla chorych na Alzheimer'a.

⁵⁷Analizę dynamiki zjawiska masowego, jakim jest liczba osób zaburzonych psychicznie wymagających wsparcia w instytucjach pomocy społecznej woj. opolskiego do 2025 r., przeprowadzono na podstawie szeregów czasowych – wskaźników dynamiki, tj.: indeksów podstawowych i łańcuchowych. Pozwalają one na ocenę zmian badanego zjawiska między dwoma wyróżnionymi okresami. Do oceny zmian zjawiska w całym okresie objętym obserwacją obliczono *średnie tempo zmian*, przy wykorzystaniu średniej geometrycznej, która w przypadku krótkiego okresu obserwacji (lata 2003-2007) jest najbardziej właściwym

Do oszacowania liczby osób zaburzonych psychicznie, które wymagają pomocy instytucjonalnej w latach 2011-2025 w województwie opolskim, przyjęto następujące założenia:

- 1) Podstawą obliczeń jest wskaźnik średniorocznego tempa wzrostu liczby tych osób w latach 2003 - 2007 w województwie - wynoszący 2,3%;
- 2) Obliczeń dokonano przy uwzględnieniu zmian wynikających ze spadku liczby ludności (województwo opolskie należy do regionów, gdzie liczba ludności systematycznie maleje, a wskaźniki dzietności i przyrostu naturalnego są najniższe w kraju). Stąd wykorzystane dane bazowe określają wskaźnik liczby zaburzonych psychicznie przypadających na każde 100 tys. ludności regionu, co pozwala na uwzględnienie tej tendencji w badaniu;
- 3) W badaniu nie uwzględniono aktualnej liczby miejsc w domach pomocy społecznej, ponieważ ich obecny stan jest efektem możliwości organizacyjnych i finansowych systemu. Ustalenie potrzeb w oparciu o tendencję dotyczącą liczby osób skierowanych do takich DPS-ów również nie jest miarodajne, gdyż także świadczy o zasobach prawnych, finansowych i organizacyjnych systemu (np. w latach 2009-2010 gminy nie mogły kierować osób do domów pomocy społecznej z uwagi na trwający w tym czasie proces standaryzacji tych jednostek i konieczność uzyskania zezwolenia wojewody na ich prowadzenie);
- 4) Nie uwzględniono również zjawiska zwalniania miejsc w domach pomocy społecznej, z uwagi na to, że wolne miejsca w tych placówkach powstają głównie z powodu śmierci pensjonariuszy (rzadkie są przypadki rezygnacji z pobytu lub przeniesienia osoby do innego Domu). Jednocześnie z analiz o strukturze wieku pensjonariuszy wynika, że średnia wieku mieszkańców tych placówek systematycznie maleje⁵⁸, a wiek osób aktualnie przyjmowanych do domów jest coraz niższy - 62% z nich nie przekroczyło 60 roku życia, a tylko 19% stanowią osoby w wieku pow. 71 lat⁵⁹. Ponadto – biorąc pod uwagę wydłużanie się dalszego trwania życia ludności Polski (wskaźnik ten dla województwa opolskiego jest wyższy niż średnia w kraju) oraz wiek mieszkańców domów pomocy społecznej dla przewlekle psychicznie chorych, należy założyć, że

narzędziem tego badania – na podstawie M. Sobczyk, *Statystyka*, PWN 2004, s. 307-316 oraz I. Kasperowicz-Ruka, *Materiały pomocnicze do studiowania statystyki*, SGH 2001, s. 25-26. Szersze omówienie zagadnienia znajduje się w materiale Obserwatorium Integracji Społecznej ROPS w Opolu, *System wsparcia dla osób zaburzonych psychicznie w województwie opolskim – stan aktualny i docelowy do 2025 r.*

⁵⁸ Rozpoznanie tego zjawiska wymaga odrębnych, bardziej szczegółowych badań.

⁵⁹ Informacje o strukturze wieku mieszkańców domów pomocy społecznej zebrano na podstawie informacji uzyskanych z tych instytucji w czerwcu 2011 r.

przewidywana liczba zwalnianych miejsc w tych placówkach będzie w najbliższych 15 latach niewielka (szczególnie w DPS-ach dla osób niepełnosprawnych intelektualnie);

- 5) W przypadku przewidywanej liczby miejsc w środowiskowych domach samopomocy, uznano, iż należy uwzględnić wielkość potrzeb, które określili kierownicy ośrodków pomocy społecznej województwa do 2015 r., ponieważ wg opinii zawodowych służb socjalnych aktualna liczba miejsc w ŚDS-ach jest dalece niewystarczająca⁶⁰.

Podsumowując, do ustalenia przewidywanej w 2025 r. liczby osób z zaburzeniami psychicznymi, wymagających całodobowej opieki w domach pomocy społecznej oraz wsparcia w środowiskowych domach samopomocy, przyjęto:

- tendencję, która wystąpiła w zakresie rozpoznania zaburzeń psychicznych w opiece ambulatoryjnej w województwie opolskim w latach 2003-2007, ustaloną na podstawie wskaźnika *średniorocznego tempa wzrostu* (2,3%);
- liczbę osób skierowanych do DPS dla przewlekle psychicznie chorych i oczekujących na umieszczenie w tych placówkach, wg stanu na koniec 2010 r.;
- liczbę osób niepełnosprawnych intelektualnie skierowanych lub oczekujących na umieszczenie w 2011 r.⁶¹;
- liczbę miejsc w środowiskowych domach samopomocy woj. opolskiego, która winna powstać do 2015 r. - według opinii kierowników OPS-ów;

Ponadto – na podstawie badania ankietowego pracowników pomocy społecznej woj. opolskiego, ustalono, że:

- w opinii badanych nie należy tworzyć ŚDS-ów o charakterze powiatowym, natomiast niezbędna jest rozbudowa bazy środowiskowych domów samopomocy w gminach;
- należy tworzyć dodatkowe domy pomocy społecznej dla przewlekle psychicznie chorych w powiatach. Natomiast nie jest konieczne uruchamianie takich placówek w gminie (wyjątek stanowi Miasto Opole, pełniące funkcję powiatu grodzkiego, gdzie niezbędne jest utworzenie co najmniej dwóch takich placówek);
- nie jest również konieczne tworzenie dodatkowych domów pomocy społecznej dla osób niepełnosprawnych intelektualnie, należy jedynie powiększać liczbę miejsc w już istniejących placówkach.

⁶⁰Badanie ankietowe wśród dyrektorów i kierowników ośrodków pomocy społecznej oraz powiatowych centrów pomocy rodzinie woj. opolskiego, w sprawie docelowej sieci domów pomocy społecznej dla przewlekle psychicznie chorych i środowiskowych domów samopomocy dla osób zaburzonych psychicznie, przeprowadziło Obserwatorium Integracji Społecznej ROPS w Opolu w maju 2011 r.

⁶¹Informacje zebrano telefonicznie ze wszystkich powiatowych centrów pomocy rodzinie województwa w marcu 2012 r.

11.6.2. Potrzeby w zakresie pomocy stacjonarnej

11.6.2.1. Liczba osób kierowanych do Domów Pomocy Społecznej dla przewlekle psychicznie chorych w latach 2008-2010

W latach 2008-2010 do domów pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych w województwie opolskim skierowano ogółem 177 mieszkańców województwa, z tego:

- w 2008 r. – 76 osób
- w 2009 r. – 47 osób
- w 2010 r. – 54 osoby.

Zdecydowana większość osób (95%) skierowana została do DPS-ów funkcjonujących na terenie województwa, a tylko 9 osób otrzymało decyzje kierujące do placówek poza województwem opolskim.

W latach 2009-2010, z uwagi na konieczność dostosowania domów pomocy społecznej do wymogów standaryzacji, spadła liczba osób kierowanych do w tych placówek (w porównaniu do 2008 r. było to mniej o 29 osób w 2009 r. i 22 osoby w 2010 r.).

Na koniec 2010 r. na umieszczenie w domu pomocy społecznej oczekiwało 26 osób przewlekle psychicznie chorych (część osób w okresie oczekiwania zmarło lub zrezygnowało z pobytu, część pozostała w rodzinie, przy zapewnieniu przez Ośrodek Pomocy Społecznej innej formy pomocy, np. specjalistycznych usług opiekuńczych udzielanych w miejscu zamieszkania).

W związku z powyższym nie można wskazać żadnej tendencji lub prawidłowości w zakresie liczby osób kierowanych do DPS dla przewlekle psychicznie chorych w latach 2008-2010. Można jedynie określić średnią liczbę osób kierowanych do DPS w tych latach na ok. 60 osób⁶².

Najwięcej osób skierowanych do DPS dla przewlekle psychicznie chorych zanotowano w powiatach: Opole Miasto - 17 osób, kędzierzyńsko-kozielskim – 11 osób oraz nyskim – 9 osób.

W latach 2008-2010 w DPS-ach dla przewlekle psychicznie chorych umieszczono łącznie 139 osób, w tym:

- 133 osoby (96%) umieszczono w domach na terenie województwa opolskiego;

⁶²Liczba osób kierowanych do domów pomocy społecznej i w nich umieszczonych różni się (umieszczono więcej osób niż skierowano), ponieważ część umieszczonych osób miała decyzje kierujące sprzed roku 2008 lub pochodziła spoza woj. opolskiego.

- 6 osób (4%) umieszczono poza województwem.

Liczba osób umieszczonych była największa w 2008 r. (59 osób), a najmniejsza w 2009 r. (35 osób). W 2010 r. umieszczono 45 osób, a wzrost tej liczby wynikał z zakończenia procesu standaryzacji w domach pomocy społecznej i uzyskania zezwolenia wojewody na prowadzenie placówek.

Najwięcej umieszczonych pochodziło z Miasta Opola – 22 osoby, najmniej z powiatu oleskiego – 4 osoby.

11.6.2.2. Przewidywana liczba osób przewlekle psychicznie chorych, które do 2025 r. wymagać będą opieki w Domach Pomocy Społecznej – według powiatów województwa opolskiego

Zgodnie z przyjętymi założeniami (średnioroczne tempo wzrostu liczby osób zaburzonych psychicznie), a także na podstawie liczby osób skierowanych i oczekujących na umieszczenie w DPS w 2010 r. (łącznie 80 osób) obliczono wymaganą liczbę nowych (dodatkowych) miejsc w domach pomocy społecznej dla przewlekle psychicznie chorych do 2025 r. w województwie opolskim, w tym liczbę nowych miejsc w podziale na poszczególne powiaty województwa.

Tabela 11.4. Domy pomocy społecznej dla przewlekle psychicznie chorych w województwie opolskim – docelowa liczba placówek i miejsc w 2025 r.

Powiat		Domy pomocy społecznej dla przewlekle psychicznie chorych w woj. opolskim - stan obecny i prognozowany					
		Stan w 2011 r.		Dodatkowe miejsca do 2025 r.		Łączna - wymagana liczba miejsc do 2025 r.	
		Liczba placówek	Liczba miejsc	Liczba placówek	Liczba miejsc	Liczba placówek	Liczba miejsc
1	brzeski	0	0	1	15	1	15
2	głubczycki	1	643	1	108	2	751
3	kędzierzyńsko-kozielski	0	0	2	201	2	201
4	kluczborski	0	0	1	90	1	90
5	krapkowicki	0	0	1	54	1	54
6	namysłowski	0	0	1	145	1	145
7	nyski	1	55	1	163	2	218
8	oleski	0	0	1	108	1	108
9	Opole Miasto	0	0	2	307	2	307
10	opolski	0	0	1	90	1	90
11	prudnicki	1	62	1	108	2	170
12	strzelecki	0	0	1	54	1	54
RAZEM		3	760	14	1 443	17	2 203

Do 2025 r. przewidywana liczba domów pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych winna wynosić 17, a liczba miejsc w tych placówkach – 2 203. Oznacza to, że do 2025r. należy utworzyć 14 nowych DPS-ów dla przewlekle psychicznie chorych na 1 443 miejsca (stan aktualny to 3 DPS dla 760 miejsc).

W opinii dyrektorów i kierowników ośrodków pomocy społecznej i powiatowych centrów pomocy rodzinie w każdym powiatowym mieście województwa opolskiego winien powstać co najmniej jeden DPS dla osób przewlekle psychicznie chorych.

11.6.2.3. Przewidywana liczba osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, które do 2025 r. wymagać będą opieki w Domach Pomocy Społecznej – według powiatów województwa opolskiego

Zgodnie z przyjętymi założeniami (średnioroczne tempo wzrostu liczby osób zaburzonych psychicznie), a także na podstawie liczby osób skierowanych i oczekujących na umieszczenie w DPS w 2011 r.⁶³ (łącznie 16 osób – mieszkańców województwa opolskiego)

⁶³Dane uzyskane z powiatowych centrów pomocy rodzinie o licznie wydanych przez gminy decyzji kierujących do DPS oraz liczbie osób oczekujących w 2011 r.

obliczono wymaganą liczbę nowych (dodatkowych) miejsc w domach pomocy społecznej dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie do 2025 r. w województwie opolskim, w tym liczbę nowych miejsc w podziale na poszczególne powiaty województwa.

Do 2025 r. przewidywana liczba miejsc w domach pomocy społecznej dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie winna wzrosnąć o 268 i docelowo wynosić 950. Do 2025 r. ogólna liczba miejsc w tych placówkach winna zwiększyć się o 68 i łącznie wynosić 750.

Potrzeby w zakresie miejsc pobytu w domach dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie są obecnie zaspokojone. Wprawdzie na miejsce oczekuje łącznie 12 osób, jednak część z nich pochodzi z innych województw kraju, a opolskie Domy tego typu systematycznie przyjmują mieszkańców spoza województwa, zwłaszcza w przypadkach postanowień sądu o umieszczeniu.

Tabela 11.5. Domy pomocy społecznej dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie w województwie opolskim – docelowa liczba miejsc w 2025 r.

Powiat		Domy pomocy społecznej dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie w woj. opolskim - stan obecny i prognozowany		
		Stan w 2011 r.	Dodatkowe miejsca do 2025 r.	Łączna - wymagana liczba miejsc do 2025 r.
		Liczba miejsc	Liczba miejsc	Liczba miejsc
1	brzeski	95	17	112
2	głubczycki	25	17	42
3	kędzierzyńsko-kozielski	86	17	103
4	kluczborski	70	17	87
5	krapkowicki	0	33	33
6	namysłowski	0	0	0
7	nyski	35	33	68
8	oleski	70	0	70
9	Opole Miasto	0	50	50
10	opolski	254	84	338
11	prudnicki	0	0	0
12	strzelecki	47	0	47
RAZEM		682	268	950

11.6.2.4. Przewidywana liczba dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, które do 2025 r. wymagać będą opieki w Domach Pomocy Społecznej – według powiatów województwa opolskiego

Na podstawie tych samych założeń (średnioroczne tempo wzrostu liczby osób zaburzonych psychicznie), a także na podstawie liczby osób skierowanych i oczekujących na

umieszczenie w DPS w 2011 r.⁶⁴ (łącznie 13 osób) obliczono wymaganą liczbę nowych (dodatkowych) miejsc w domach pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie do 2025 r. w województwie opolskim, w tym liczbę nowych miejsc w podziale na poszczególne powiaty województwa.

Tabela 11.6. Przewidywana do 2025 r. liczba dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie wymagających opieki w DPS w województwie opolskim

Powiat	Liczba osób skierowanych i oczekujących na umieszczenie w 2011 r.	Wymagana liczba nowych miejsc w domach pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie w województwie opolskim w latach
		RAZEM w latach 2011-2025 *
1	brzeski	0
2	głubczycki	0
3	kędzierzyńsko-kozielski	2
4	kluczborski	0
5	krapkowicki	2
6	namysłowski	0
7	nyski	1
8	oleski	1
9	Opole Miasto	4
10	opolski	0
11	prudnicki	2
12	strzelecki	1
RAZEM		13
		217

* Wskazana liczba nowych miejsc w DPS w wyróżnionych kolumnach jest sumą liczby miejsc w tych latach

Do 2025 r. przewidywana liczba miejsc w domach pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie winna wzrosnąć o 217 i docelowo wynosić 537.

Potrzeby w zakresie miejsc pobytu w domach dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie są również zaspokojone. Na koniec 2011r. na miejsce oczekiwało łącznie 3 dzieci i młodzieży, natomiast podobnie jak w przypadku osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie domy w województwie opolskim przyjmują chorych spoza województwa - w 2011 r. wydano 7 decyzji o umieszczeniu dla niepełnosprawnych mieszkańców województw ościennych (śląskiego i dolnośląskiego).

⁶⁴Dane uzyskane z powiatowych centrów pomocy rodzinie o licznie wydanych przez gminy decyzji kierujących do DPS oraz liczbie osób oczekujących w 2011 r.

11.6.3. Potrzeby w zakresie usług świadczonych przez Środowiskowe Domy Samopomocy w województwie opolskim

11.6.3.1. Liczba osób kierowanych do Środowiskowych Domów Samopomocy w latach 2008-2011

W 2010 r. do środowiskowych domów samopomocy dla osób zaburzonych psychicznie skierowano ogółem 558 mieszkańców województwa opolskiego, z tego:

- 140 osób przewlekle psychicznie chorych,
- 330 osób upośledzonych umysłowo,
- 88 osób wykazujących inne zaburzenia czynności psychicznych.

W latach 2008-2010 liczba osób kierowanych do ŚDS dla zaburzonych psychicznie wzrosła z 381 osób w 2008 r. do 558 w 2010 r., tj. o 47%⁶⁵. W 2010 r. prawie 60% (330 osób) kierowanych do ŚDS stanowiły osoby upośledzone umysłowo.

Na podstawie informacji dyrektorów i kierowników ośrodków pomocy społecznej województwa opolskiego i powiatowych centrów pomocy rodzinie, ustalono, że:

1. Aktualna liczba miejsc (524) w 11 środowiskowych domach samopomocy jest dalece niewystarczająca.
2. Wymagana liczba miejsc w ŚDS dla zaburzonych psychicznie winna wynosić ogółem 1 569, a liczba placówek – 32 (w stosunku do obecnej liczby miejsc stanowi to ponad trzy-krotny wzrost potrzeb), w tym:
 - w ŚDS typu A (dla przewlekle psychicznie chorych) – 573 miejsca
 - w ŚDS typu B (dla upośledzonych umysłowo) – 496 miejsc
 - w ŚDS typu C (dla osób wykazujących inne zaburzenia czynności psychicznych) – 500 miejsc.

⁶⁵Liczba osób kierowanych corocznie jest nieco większa niż liczba miejsc (absencja osób korzystających pozwala na skierowanie innych osób).

Tabela 11.7. Aktualna i docelowa liczba środowiskowych domów samopomocy oraz liczba miejsc w tych placówkach

Powiat		Aktualna i wymagana liczba ŚDS-ów oraz liczba w nich miejsc															
		Stan w 2010 r.								Stan docelowy							
		typ A		typ B		typ C		Razem		typ A		typ B		typ C		Razem	
		Liczba placówek	Liczba miejsc	Liczba placówek	Liczba miejsc	Liczba placówek	Liczba miejsc	Liczba placówek	Liczba miejsc	Liczba placówek	Liczba miejsc	Liczba placówek	Liczba miejsc	Liczba placówek	Liczba miejsc	Liczba placówek	Liczba miejsc
1	brzeski	0	0	0	0	0	0	0	0	1	70	0	0	1	15	2	85
2	głubczycki	0	8	1	34	0	18	1	59	2	140	2	80	0	90	4	310
3	kędzierzyńsko-kozielski	0	0	1	45	0	0	1	45	1	40	1	45	2	84	4	169
4	kluczborski	0	11	1	33	0	3	1	47	1	65	1	58	0	8	2	131
5	krakowicki	1	30	0	13	0	0	1	41	2	53	1	31	0	15	3	99
6	namysłowski	0	10	1	20	0	10	1	40	1	13	1	22	0	10	2	45
7	nyski	0	15	1	30	0	5	1	50	1	77	1	91	2	87	4	255
8	oleski	0	1	1	20	0	9	1	30	1	10	0	20	1	45	2	75
9	Opole Miasto	1	40	1	50	0	0	2	90	1	43	1	50	1	30	3	123
10	opolski	0	0	0	0	0	0	0	0	1	37	0	2	1	32	2	71
11	prudnicki	0	0	1	31	0	29	1	60	1	13	1	43	0	47	2	103
12	strzelecki	0	7	1	40	0	12	1	59	0	12	1	54	1	37	2	103
RAZEM		2	122	9	316	0	86	11	521	13	573	10	496	9	500	32	1569

11.6.3.2. Przewidywana liczba osób wymagających wsparcia w formie usług świadczonych w Środowiskowych Domach Samopomocy do 2025 r.

Na podstawie ustalonej liczby miejsc w środowiskowych domach samopomocy, a także w oparciu o wskaźnik *średniorocznego tempa wzrostu* liczby osób z zaburzeniami psychicznymi obliczono szacunkową liczbę osób, które w 2025 r. wymagać będą wsparcia w formie usług świadczonych w tych placówkach.

ŚDS-y typu A przeznaczone dla osób przewlekle psychicznie chorych

Zgodnie z przeprowadzonymi obliczeniami do 2025 r. liczba środowiskowych domów samopomocy dla osób przewlekle psychicznie chorych (typ A) winna wynosić 15 na 707 miejsc.

ŚDS-y typu B przeznaczone dla osób upośledzonych umysłowo

Do 2025 r. liczba środowiskowych domów samopomocy dla osób upośledzonych umysłowo (typ B) winna wynosić 13, a liczba miejsc w tych placówkach 626 (2-krotnie więcej niż obecnie).

ŚDS-y typu C przeznaczone dla osób wykazujących inne zaburzenia czynności psychicznych

Wymagana do 2025 r. liczba środowiskowych domów samopomocy dla osób wykazujących inne zaburzenia czynności psychicznych (typ C) winna wynosić 13, a liczba miejsc w tych placówkach 631.

Wnioski

- 1) System wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w województwie opolskim obejmuje obecnie trzy główne elementy:
 - infrastrukturę domów pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych, tj. 3 domy pomocy społecznej oraz 5 filii. Województwo opolskie zajmuje piąte 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: 682 dla osób dorosłych i 320 dla dzieci i młodzieży. Pod względem liczby w tych placówkach Opolszczyzna zajmuje pierwsze miejsce w kraju na 100 tys. ludności
 - infrastrukturę środowiskowych domów samopomocy, tj. 11 placówek na 524 miejsca. Woj. opolskie zajmuje 12 miejsce w kraju pod względem liczby miejsc (51) w tych placówkach na 100 tys. mieszkańców
 - świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób zaburzonych psychicznie (na każde 100 tys. mieszkańców przypada prawie 28 osób zaburzonych psychicznie objętych tą formą wsparcia – jest to 9 pozycja wśród 16 województw kraju).
- 2) Z przeprowadzonej analizy wynika, że potrzeby dotyczące pomocy stacjonarnej są obecnie zaspokojone w zakresie osób niepełnosprawnych intelektualnie – na miejsce w tych domach oczekuje 15 osób (12 dorosłych i 3 dzieci, w tym osoby spoza województwa opolskiego). Natomiast – mimo stale powiększanej liczby miejsc w domach dla osób przewlekle psychicznie chorych, nadal tworzy się kolejka oczekujących. Według stanu na koniec 2011r. liczba chorych oczekujących na miejsce w DPS w Klisinie wynosiła 64 osoby, a w Raławicach Śląskich – 4 osoby. 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) Ważnym zagadnieniem wymagającym szczegółowej analizy jest procedura kierowania i umieszczania osób przewlekle psychicznie chorych w domach pomocy społecznej. Po pierwsze, decyzje o skierowaniu i umieszczeniu wydają różne organy (gmina i powiat) i od poziomu współpracy tych dwóch samorządów zależy skuteczność działań w tym zakresie. Po drugie, decyzje o skierowaniu do DPS wydawane na podstawie orzeczenia sądu opiekuńczego mają „pierwszeństwo” przed pozostałymi decyzjami (co wpływa na wydłużanie się kolejki osób oczekujących). Po trzecie, o liczbie osób kierowanych i umieszczanych w znacznym stopniu decydują aktualnie występujące warunki formalno-prawne.
- 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 kierowników ośrodków pomocy społecznej województwa liczba tych placówek winna znacznie wzrosnąć.
- 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 woj. opolskim w większości przeznaczone są dla osób dorosłych, a jedyny ŚDS świadczący usługi dla dzieci znajduje się w Sowcyczach (powiat oleski). Zatem koniecznym jest tworzenie przede wszystkim placówek dla dzieci i młodzieży, a także dla osób starszych (powyżej 65 lat życia).
- 8) W 2011 r. zaobserwowano spadek zainteresowania usługami świadczonymi przez środowiskowe domy samopomocy, co jest związane z wprowadzeniem zasady częściowej odpłatności za pobyt osób korzystających. Z informacji uzyskanych z ośrodków pomocy społecznej wynika, że w wyniku wprowadzenia takiej odpłatności duża grupa osób zaburzonych psychicznie i ich rodzin zrezygnowała z usług świadczonych w tych placówkach.
- 9) Poważnym problemem zgłaszanym przez służby społeczne jest niechęć dużej części rodzin opiekujących się osobami zaburzonymi psychicznie do korzystania z pomocy ŚDS, „bo jest to instytucja pomocy społecznej” (najczęściej są to rodziny osób upośledzonych umysłowo).

- 10) Ponadto, z opinii dyrektorów i kierowników ośrodków pomocy społecznej oraz powiatowych centrów pomocy rodzinie wynika, że:
- wraz ze zwiększeniem liczby ŚDS 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);
 - występuje pilna potrzeba stworzenie ośrodków wsparcia dla osób chorych na Alzheimera (ŚDS-ów lub dziennych domów pobytu), a zwłaszcza specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, ponieważ dużym problemem dla opiekunów tych osób jest przygotowanie ich do podróży i dojazd do placówki;
 - istnieje konieczność promocji środowiskowych domów samopomocy i organizacji szkoleń dla zatrudnionych w nich pracowników, a także prowadzenia działań edukacyjnych wśród służb medycznych i pracowników socjalnych. Dotychczasowe obserwacje dowodzą, że w małych miejscowościach potrzeby w zakresie usług świadczonych przez ŚDS-y są minimalne, co może być wynikiem małej dostępności usług medycznych o tym charakterze, a także braku świadomości rodziny i najbliższego otoczenia o możliwości zapewnienia wsparcia osobom zaburzonej psychicznie;
 - potrzeby w zakresie wsparcia społecznego dla osób zaburzonej psychicznie winny być monitorowane (podobne badania należy prowadzić w odstępach kilkuletnich w oparciu o bardziej szczegółowe dane dotyczące wskaźników zachorowalności na zaburzenia psychiczne).
- 11) Potrzeby dotyczące pomocy stacjonarnej (liczba osób corocznie kierowanych do domów pomocy społecznej dla osób przewlekłe psychicznie chorych) mogą być w niektórych przypadkach ograniczone z następujących powodów:
- część miejscowości województwa opolskiego (zwłaszcza małe) 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 2011 r. gminy województwa opolskiego sfinansowały pobyt swoich mieszkańców we wszystkich DPS-ach na łączną kwotę ponad 20 mln zł (80% więcej niż w 2008 r.), co stanowiło drugą pozycję w wydatkach budżetu samorządu gminnego na pomoc społeczną.

- 12) Występują trudności w skutecznym zapewnieniu osobom zaburzonym psychicznie właściwej pomocy i opieki (występują przypadki braku zgody osoby psychicznie chorej lub jego opiekuna prawnego na umieszczenie w DPS, a także zgody na przeprowadzenia wywiadu środowiskowego w miejscu zamieszkania).
- 13) Świadczenie specjalistycznych usług 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 obecnie jednym z najtrudniejszych zadań pomocy społecznej.

11.7. Cele szczegółowe programu i działania

11.7.1. Rozwój i poszerzenie zakresu stosowania różnych form wsparcia i pomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Działanie 1:

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

- 1) Zwiększenie liczby miejsc w placówkach stacjonarnych – zgodnie z prognozą i przyjętymi założeniami – liczba miejsc winna wzrosnąć:
 - z 760 do 1 104 w DPS dla przewlekle psychicznie chorych
 - z 682 do 750 w DPS dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie
 - z 320 do 375 w DPS dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie.
- 2) Zwiększenie liczby miejsc w środowiskowych domach samopomocy – z 524 do 1569.
- 3) Zwieszenie zakresu stosowania specjalistycznych usług opiekuńczych.
- 4) Utworzenie i rozwój infrastruktury mieszkań chronionych 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.

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

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.

11.7.3. Rozwój i upowszechnianie idei środowiskowego modelu wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

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

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.

Przyjmując na podstawie dostępnych danych statystycznych, że średnioroczne tempo wzrostu osób z zaburzeniami psychicznymi wynosi 1,1% dla Polski i 2,3% dla województwa opolskiego, oszacowano liczbę tych chorych, która w kraju wynosi obecnie 1 423,9 tys., a w województwie opolskim 31,6 tys. osób⁶⁶.

Z badań wynika, że spośród wszystkich osób z zaburzeniami psychicznymi ok. 75% powinno zostać włączonych w programy pracy i rehabilitacji społeczno-zawodowej⁶⁷. Zatem liczba osób wymagających tego rodzaju rehabilitacji wynosi 1 118 132 w Polsce, a w województwie opolskim 23 700⁶⁸.

Jednocześnie na podstawie danych Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej ustalono, że w 2010 r.:

- liczba miejsc w warsztatach terapii zajęciowej w kraju wynosiła 20 000 (w województwie opolskim 428, w tym osób z zaburzeniami psychicznymi było 342)

⁶⁶Załącznik nr 1 *Harmonogram realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego* do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 24, poz. 128) oraz Program poszerzania, zróżnicowania i unowocześnienia pomocy i oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie pomocy: bytowej, mieszkaniowej, stacjonarnej, samopomocy środowiskowej, s.15-19

⁶⁷Tamże, s. 5

⁶⁸Zob. szczegółowe wyliczenia w opracowaniu OIS *System wsparcia dla osób zaburzonych psychicznie w województwie opolskim – stan aktualny i docelowy do 2025 r. Domy pomocy społecznej dla przewlekłe psychicznie chorych oraz środowiskowe domy samopomocy dla zaburzonych psychicznie.* http://ois.rops-opole.pl/download/ANALIZA-psychicznie%20chorzy-2011-OIS_.pdf

- w zakładach aktywności zawodowej były 2 122 miejsca (w województwie opolskim 100, w tym 60 osób z zaburzeniami psychicznymi)
- w środowiskowych domach samopomocy przebywały 20 434 osoby (w województwie opolskim 524 osób – wszystkie z zaburzeniami psychicznymi)
- w zakładach pracy chronionej zatrudnionych było 188 800 osób (w województwie opolskim 2 881, w tym 353 z zaburzeniami psychicznymi).

Oznacza to, że aktualna liczba miejsc zajmowanych przez osoby z zaburzeniami psychicznymi (lub uczestników/zatrudnionych) do wyliczonej liczby osób wymagających aktywizacji społecznej i zawodowej w województwie opolskim jest dalece niewystarczająca.

Wskaźniki zaspokojenia potrzeb (podobnie jak w kraju) wynoszą:

- 1,4% w warsztatach terapii zajęciowej
- 0,3% w zakładach aktywności zawodowej ⁶⁹
- 2,2% w środowiskowych domach samopomocy
- 1,5% w zakładach pracy chronionej.

Tabela 12.1. Osoby z zaburzeniami psychicznymi objęte aktywizacją społeczną i zawodową w Polsce i w województwie opolskim w 2010 r.

Podmioty aktywizacji społecznej i zawodowej	Liczba osób z zaburzeniami psychicznymi objętych aktywizacją społeczną i zawodową w Polsce i województwie opolskim							
	Polska				województwo opolskie			
	Liczba osób z zaburzeniami psychicznymi wymagających aktywizacji społecznej i zawodowej	Liczba jednostek	Liczba uczestników/zatrudnionych	Wskaźnik zaspokojenia potrzeb *	Liczba osób z zaburzeniami psychicznymi wymagających aktywizacji społecznej i zawodowej	Liczba jednostek	Liczba uczestników/zatrudnionych	Wskaźnik zaspokojenia potrzeb * %
Ogółem	1 118 132	3 481	232 433	20,8	23 700	52	3 933	16,6
Warsztaty terapii zajęciowej	x	653	20 000	1,8	X	15	428	1,8
w tym udział osób z zaburzeniami psychicznymi	x	b.d	b.d	X	X	15	342	1,4
Zakłady aktywności zawodowej	x	61	2 122	0,2	X	2	100	0,4
w tym udział osób z zaburzeniami psychicznymi	x	b.d	b.d	x	X	2	60	0,3
Środowiskowe domy samopomocy	x	667	21 511	1,9	X	11	524	2,2
w tym udział osób z zaburzeniami psychicznymi	x	667	21 511	1,9	X	11	522	2,2
Zakłady pracy chronionej	x	2 100	188 800	16,9	X	24	2 881	12,1
w tym udział osób z zaburzeniami psychicznymi	x	b.d	b.d	X	X	24	353	1,5

* Liczba uczestników/zatrudnionych w stosunku do liczby osób wymagających rehabilitacji społecznej i zawodowej w Polsce – 1 118 132, województwie opolskim – 23 700

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych MPiPS

⁶⁹Raport o rynku pracy oraz zabezpieczeniu społecznym, MPiPS, Warszawa 2010, s. 76-79.
http://Rynek_pracy_zabezpieczenie_2010.pdf

Ponadto 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.

Mankamenty tego systemu wynikają z:

- braku współpracy między różnymi podmiotami realizującymi aktywizację zawodową i społeczną oraz braku koordynacji tych działań na poziomie lokalnym
- systemu orzecznictwa o niepełnosprawności i związanego z tym systemu aktywizacji, który wolno (lub wcale) reaguje na zmianę sytuacji osoby rehabilitowanej (choć jest to teoretycznie możliwe uczestnik np. warsztatów terapii zajęciowej rzadko przechodzi do zakładu aktywności zawodowej)
- małego zakresu współpracy zakładów pracy chronionej z otwartym rynkiem pracy
- niewielkiej liczby organizacji pozarządowych działających w obszarze aktywizacji społecznej i zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi
- małego zakresu współpracy samorządu terytorialnego z III sektorem.

Obecnie prowadzone działania na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi mają bardziej charakter opiekuńczy niż integracyjny, a brak skoordynowanych działań powoduje rozproszenie lub całkowity brak efektów. Wprawdzie w 2010 r. – w stosunku do 2009 r., zanotowano wzrost zatrudnienia osób niepełnosprawnych, w tym w grupie schorzeń specjalnych, do których zalicza się zaburzenia psychiczne, jednak nadal stopa bezrobocia wśród osób niepełnosprawnych jest wyższa niż wśród wszystkich bezrobotnych. Na koniec 2010 r. liczba pracujących osób ze schorzeniami specjalnymi wynosiła 35 129 (w zakładach pracy chronionej było 28 401 osób, a na otwartym rynku pracy – 6 686). W skali roku - od grudnia 2009 do grudnia 2010 - zatrudnienie osób niepełnosprawnych ze schorzeniami specjalnymi zwiększyło się o 13,2%. Był to jednak efekt większych niż w poprzednich latach zachęt kierowanych do pracodawców, a nie stała tendencja⁷⁰. Odsetek liczby nieaktywnych zawodowo osób z zaburzeniami psychicznymi nadal jest wysoki.

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.

⁷⁰Niepełnosprawność w liczbach, Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/niepelnosprawnosci-w-liczbach/> (0 4.11.2011 r., godz. 14¹⁰).

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.

Instytucje prowadzące aktywizację społeczną i zawodową osób z zaburzeniami psychicznymi w Polsce i województwie opolskim.

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, projekty systemowe i konkursowe w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, profilaktyka).
- 9) Organizacje pozarządowe działające w obszarze aktywizacji zawodowej osób psychicznie chorych.

Warsztaty Terapii Zajęciowej (WTZ) to placówki, posiadające odrębność organizacyjną i finansową, których celem jest umożliwienie osobom niepełnosprawnym uczestnictwa w rehabilitacji społecznej i zawodowej, w zakresie pozyskania lub przywracania umiejętności niezbędnych do podjęcia zatrudnienia⁷¹.

Prowadzona w WTZ rehabilitacja zawodowa ma na celu ułatwienie jej uczestnikowi uzyskania i utrzymania odpowiedniego zatrudnienia oraz awansu zawodowego przez

⁷¹Zasady 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).

poradnictwo zawodowe, udział w szkoleniach zawodowych oraz pośrednictwo pracy⁷². Natomiast celem rehabilitacji społecznej jest umożliwienie osobom niepełnosprawnym uczestniczenie w życiu społecznym⁷³.

Uczestnikami warsztatów mogą być osoby niepełnosprawne z orzeczonym stopniem niepełnosprawności, które ukończyły 16 rok życia.

W 2010 r. w kraju funkcjonowały 653 warsztaty terapii zajęciowej, w których uczestniczyło ok. 20 tys. osób niepełnosprawnych, w tym ok. 80% osób z zaburzeniami psychicznymi. Na terenie województwa opolskiego działa obecnie 15 WTZ-ów, w których uczestniczy 428 osób.

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 niepełnosprawnych⁷⁴.

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).

W 2010 r. w kraju funkcjonowało 61 zakładów aktywności zawodowej, w których zatrudnionych było 2 122 osoby niepełnosprawne.

W województwie opolskim działają dwa zakłady aktywności zawodowej w Opolu i Branicach, w których zatrudnionych jest łącznie 100 osób, w tym 60 osób z zaburzeniami psychicznymi.

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

⁷²Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2008 r. Nr 14 poz. 92 z późn. zm.) art. 8 ust 1.

⁷³Tamże art. 9 ust. 1

⁷⁴Zasady funkcjonowania ZAZ określa art. 29 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776, z późn. zm.) oraz wydane na jej podstawie Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2007 r. w sprawie zakładów aktywności zawodowej (Dz. U. z dnia 27 grudnia 2007 r.).

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 zatrudnienia⁷⁵.

W 2010 r. w Polsce było 667 środowiskowych domów samopomocy na ogółem 21 511 miejsc. W 2011r. liczba miejsc wzrosła do 22 787.

W województwie opolskim liczba środowiskowych domów samopomocy wynosi obecnie 11, w tym 8 prowadzonych jest przez samorząd gminy, 1 przez powiat, a 2 prowadzone są przez podmioty niepubliczne na zlecenie gmin.

Obecnie liczba miejsc w ŚDS-ach w województwie opolskim wynosi 524, w tym:

- 1) 122 miejsca dla osób przewlekle psychicznie chorych
- 2) 316 miejsc dla osób upośledzonych umysłowo
- 3) 86 miejsc dla osób wykazujących inne zaburzenia czynności psychicznych.

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 jest 2100 zakładów pracy chronionej, w których zatrudnionych jest 189 tys. osób niepełnosprawnych. W województwie opolskim działają obecnie 24 zakłady pracy chronionej, w których zatrudniono 2 881 osób niepełnosprawnych, w tym 353 osoby z zaburzeniami psychicznymi.

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.

⁷⁵Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 grudnia 1995 r. w sprawie psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych w domach pomocy społecznej i środowiskowych domach samopomocy (Dz. U. z 1996 r. Nr 5, poz. 38)

⁷⁶CIS to placówka pobytu dziennego, której zasady działania określa ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. Nr 122 poz. 1143 z późn. zm.)

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 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 2010 r. w kraju było 70 centrów integracji społecznej, w których uczestniczyło 6 744 osoby, w tym – 364 niepełnosprawnych. W województwie opolskim funkcjonują obecnie 2 CIS-y: w Byczynie i Strzelcach Opolskich, w których w 2010 r. uczestniczyło 108 osób (głównie bezrobotnych, opuszczających zakłady karne), w tym – 18 osób niepełnosprawnych⁷⁸.

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 2010 r. było w kraju ok. 300 klubów integracji społecznej. Obecnie w województwie opolskim działa 12 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.

Spółdzielnie socjalne to podmioty uznawane obecnie za modelowe przykłady przedsiębiorczości społecznej – łączącej realizację funkcji ekonomicznych i społecznych. Przedmiotem działalności spółdzielni socjalnej jest prowadzenie wspólnego przedsiębiorstwa w oparciu o osobistą pracę członków. Spółdzielnia socjalna działa na rzecz społecznej i zawodowej reintegracji jej członków. Celem działania spółdzielni jest odbudowanie

⁷⁷Tamże art. 9 ust. 1.

⁷⁸Centra Integracji Społecznej w Polsce. Publikacja – CIS 2010.pdf

i podtrzymanie umiejętności życia w społeczności lokalnej, pełnienia ról społecznych, w tym zdolności do samodzielnego świadczenia pracy na rynku pracy⁷⁹.

Spółdzielnie socjalne są przykładem dynamicznego rozwoju całego sektora ekonomii społecznej, a rola tego sektora w przeciwdziałaniu wykluczeniu społecznemu podkreślona jest w dokumentach strategicznych Samorządu Województwa Opolskiego⁸⁰.

Według stanu na 31 października 2011 r. w woj. opolskim zarejestrowano 12 spółdzielni socjalnych (łącznie w kraju 220), a kolejne dwie były w trakcie rejestracji. W porównaniu do innych województw stawia to region w grupie najbardziej dynamicznych w Polsce (na każde 100 tys. mieszkańców wskaźnik liczby spółdzielni socjalnych w Polsce wynosi 0,6%, a w województwie opolskim 1,2%)⁸¹.

Spółdzielnie socjalne w woj. opolskim prowadzą głównie:

- usługi remontowo-budowlane
- usługi porządkowe
- pielęgnację zieleni
- usługi gastronomiczne (w tym działalność cateringową)
- usługi hotelarskie
- działalność w obszarze pomocy społecznej (opieka nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi)
- działalność szkoleniowo-doradczą.

Podmioty te działają na terenie 6 spośród 12 powiatów województwa. Najwięcej spośród nich zlokalizowanych jest w gminie Byczyna (powiat kluczborski) - 4 spółdzielnie, a także w Nysie - 3 i Strzelcach Opolskich - 2 spółdzielnie. Dwa z nowo założonych podmiotów to spółdzielnie osób prawnych, które powstały na bazie współpracy lokalnych samorządów z osobami bezrobotnymi i zagrożonymi wykluczeniem społecznym.

Na podstawie badań przeprowadzonych na zlecenie ROPS w Opolu w 2010 r. ustalono, że większość z badanych podmiotów ekonomii społecznej w województwie opolskim posiada przynajmniej kilkuletnie doświadczenie – niemal 20% działa powyżej 10 lat, a 47% od 4 do 6 lat⁸². Wynika z tego, że z powodzeniem funkcjonują one na lokalnym rynku.

⁷⁹Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 27 kwietnia 2006 r. o spółdzielniach socjalnych, (Dz. U. Nr 94 poz. 651 z późn. zm.)

⁸⁰Zob. *Wojewódzki Program Pomocy i Integracji Społecznej na lata 2010-2015*, Strategia Rozwoju Województwa Opolskiego na lata 2000-2015 <http://umwo.opole.pl>

⁸¹C. Miżejewski, M. Ołdak, *Ekonomia społeczna w woj. opolskim. Bilans otwarcia*, Opole 2010 s. 6-7.

⁸²C. Miżejewskiego, M. Ołdak, *Ekonomia społeczna w woj. opolskim. Bilans otwarcia*. Opole 2010, (23.01.2011 r., godz. 15⁰⁰),: <http://ois.rops-opole.pl/>.

Ośrodki pomocy społecznej i powiatowe centra pomocy rodzinie to jednostki organizacyjne pomocy społecznej. Znajdują się w każdej gminie i powiecie województwa. 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 wspierają osoby w formie podnoszenia umiejętności i kwalifikacji zawodowych w ramach realizacji projektów Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki współfinansowanych ze środków UE.

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.

Według danych stowarzyszenia Klon/Jawor w 2010 r. w województwie opolskim zarejestrowano 4 076 organizacji, w tym 382 organizacje posiadające status pożytku publicznego⁸³.

Liczba aktywnie działających organizacji pozarządowych w województwie opolskim wynosi ok. 2 500, w tym w obszarze pomocy i integracji społecznej działa około 1 300.

Tabela 12.2. Wiodące organizacje pozarządowe działające na rzecz osób niepełnosprawnych z zaburzeniami psychicznymi w województwie opolskim

Lp.	Nazwa organizacji
1.	Wojewódzkie Towarzystwo Walki z Kalectwem w Opolu
2.	Stowarzyszenie Rodziców, Przyjaciół Dzieci i Młodzieży, Osób ze Specjalnymi Potrzebami przy Publicznym Przedszkolu nr 2 z Oddz. Integracyjnymi w Kluczborku
3.	Opolskie Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom z Zespołem Downa w Opolu
4.	Opolskie Forum Organizacji Socjalnych
5.	Związek Harcerstwa Polskiego Komenda Opolskiej Chorągwi
6.	Stowarzyszenie Na Rzecz Autyzmu „Uczymy się żyć razem” w Opolu
7.	Olimpiady Specjalne Polska Opolskie w Kędzierzynie Koźlu
8.	Fundacja Dom Rodzinnej Rehabilitacji Dzieci z Porażeniem Mózgowym w Opolu
9.	Stowarzyszenie Kultury Osób Niepełnosprawnych „WIĘŹ” w Paczkowie
10.	Kluczborskie Towarzystwo Pomocy Sprawnym Inaczej „MUMINKI”
11.	Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób z Zaburzeniami Psychicznymi „NADZIEJA” w Kluczborku
12.	Fundacja „SYNERGIA” w Opolu
13.	Stowarzyszenie Przyjaciół i Osób Niepełnosprawnych „Pomóżmy Im” w Lewinie Brzeskim
14.	Fundacja PRODESTE w Opolu
15.	Stowarzyszenie Aktywnej Pomocy Rodzinie „ALTERNATYWA” – S.A.P.R.A. w Prudniku
16.	Caritas Diecezji Opolskiej

Zródło: opracowanie własne ROPS w Opolu

⁸³<http://bazy.ngo.pl/> (10.10.2011 r., godz. 13⁰⁰).

12.2. Aktywizacja społeczno-zawodowa w świetle przeprowadzonych badań Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Opolu

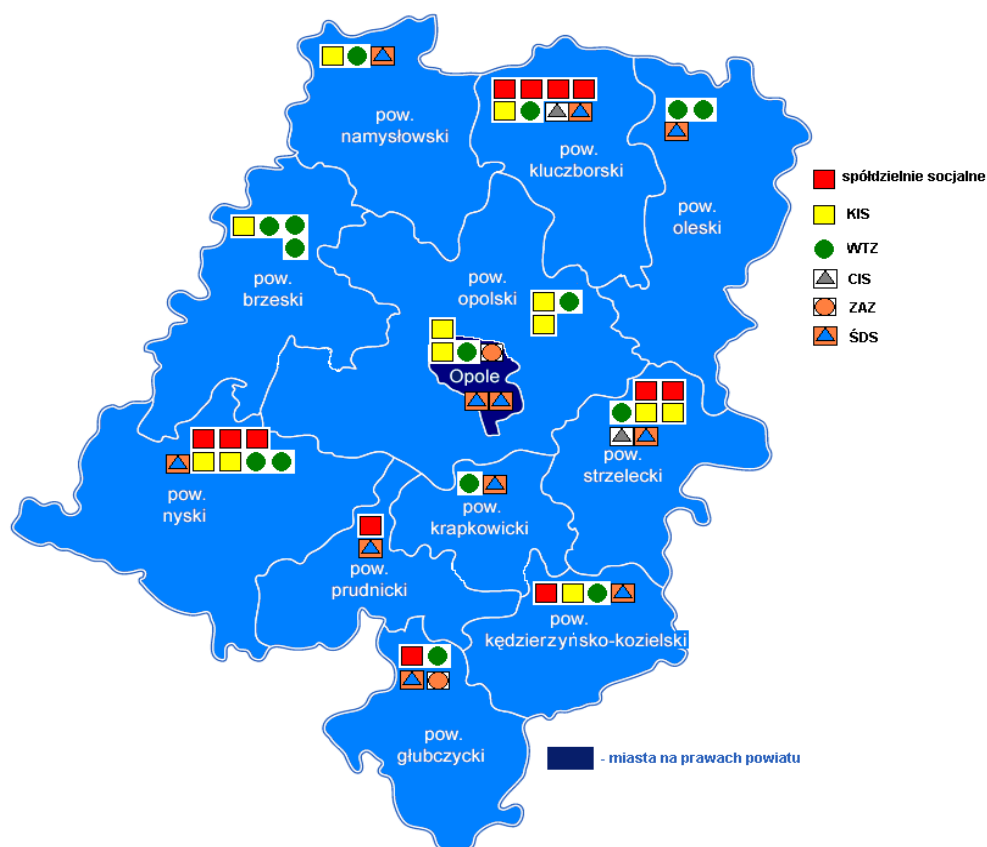
W II kwartale 2009 r. Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Opolu przeprowadził badanie pt. *Potrzeby osób niepełnosprawnych i ich realizacja przez ośrodki wsparcia dziennego*. Objęto nim warsztaty terapii zajęciowej, środowiskowe domy samopomocy i zakłady aktywności zawodowej w województwie opolskim.

Badania wykazały, że:

- 1) Liczba korzystających z usług świadczonych w województwie opolskim przez 15 WTZ-ów, 11 ŚDS-ów i 2 ZAZ-y wyniosła 1 049 osób. W województwie opolskim najwięcej ośrodków wsparcia przeznaczonych dla osób zaburzonych psychicznie znajduje się w powiatach: Mieście Opolu – 4 (2 ŚDS-y, WTZ i ZAZ), brzeskim, głubczyckim, nyskim i oleskim – po 3 ośrodki. Najmniej ośrodków wsparcia jest w powiecie prudnickim - 1 ŚDS (to też jedyny powiat w regionie bez warsztatów terapii zajęciowej).
- 2) Procentowy udział uczestników ośrodków aktywizacji społeczno-zawodowej w województwie opolskim w stosunku do liczby osób niepełnosprawnych psychicznie, wymagających tego rodzaju rehabilitacji wynosi 4,4%. Wskaźnik ten waha się od 9,2% w powiecie głubczyckim do 1,2% w powiecie opolskim ziemskim. Niskie wskaźniki zaspokojenia potrzeb w tym zakresie mają także powiaty: brzeski – 2,9%, nyski – 3,1% i kędzierzyńsko-kozielski – 3,4%.
- 3) Największą grupą wiekową w WTZ, ŚDS i ZAZ są osoby od 21 do 30 lat (38% wszystkich niepełnosprawnych w badanych ośrodkach). Osoby niepełnosprawne do 16 roku życia to wyłącznie osoby korzystające z usług środowiskowych domów samopomocy (10% ogółu osób niepełnosprawnych w ośrodkach).
- 4) Większość osób niepełnosprawnych, korzystających z usług ośrodków aktywizacji społeczno-zawodowej, posiada wykształcenie podstawowe i niższe (64,1%). Jedynie 9,6% ma wykształceniem średnie, a wyższe posiada 1,3 % uczestników.
- 5) Największą grupą w ośrodkach aktywizacji są osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności (53%). Osoby z umiarkowanym stopniem to 42% niepełnosprawnych, a z lekkim – 5 % (tylko w ŚDS).
- 6) Głównymi dysfunkcjami występującymi u osób niepełnosprawnych są: upośledzenie umysłowe (33%), choroby psychiczne (13,8%), zaburzenia neurologiczne (12%) i dysfunkcje narządów ruchu (11,1%). Osoby niepełnosprawne mogą posiadać kilka rodzajów dysfunkcji.

- 7) W badanych ośrodkach aktywizacji prowadzone są różnorodne działania zmierzające do bardziej samodzielnego funkcjonowania w społeczności lokalnej osób niepełnosprawnych. Odbywa się to za pomocą różnych form terapii i rehabilitacji, przy czym najczęstszą formą prowadzonych zajęć jest rehabilitacja ruchowa (realizowane przez wszystkie ośrodki), terapia zajęciowa (96%) oraz pomoc psychologiczna (96%).
- 8) Uzupełnieniem rehabilitacji społecznej w badanych ośrodkach są zajęcia rekreacyjno – kulturalne, w tym przede wszystkim wycieczki krajoznawcze (wszystkie ośrodki), a także możliwość uczestnictwa niepełnosprawnych w wycieczkach kulturalnych, wystawach i konkursach, zawodach sportowych czy imprezach integracyjnych (oferuje to ok. 96% ośrodków).
- 9) Głównym celem aktywizacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych jest umożliwienie im przezwyciężanie barier napotykanym w życiu codziennym oraz realizacji potrzeb społecznych i zawodowych. Kształcenie umiejętności pozwalających na pełnienie ról społecznych, nabywanie umiejętności zawodowych, przyuczenie do zawodu oraz przekwalifikowanie lub podwyższanie kwalifikacji zawodowych osób niepełnosprawnych odbywa się głównie w pracowniach i warsztatach prowadzonych przez ośrodki rehabilitacji.
- 10) 80,8% badanych ośrodków posiada pracownię komputerową, a 69,2% artystyczną. Wśród innych rodzajów pracowni znajdujących się w 61,5% badanych ośrodków są m.in. pracownie: kulinarna, plastyczna, rękodzieła, sitodruku, wzornictwa, odlewów artystycznych, rzeźbiarska, zabawkarska i modelarska.
- 11) Rozmieszczenie ośrodków aktywizacji w województwie opolskim jest nierównomierne. Spółdzielnie socjalne znajduje się głównie w powiatach nyskim i kluczborskim. Warsztaty terapii zajęciowej są w każdym powiecie, z wyjątkiem prudnickiego, a centra integracji społecznej są tylko w dwóch powiatach (strzeleckim i głubczyckim). Najmniej ośrodków aktywizacji społeczno-zawodowej znajduje się w powiecie prudnickim – jest tylko środowiskowy dom samopomocy.

Mapa 12.1. Ośrodki aktywizacji społeczno-zawodowej w województwie opolskim



Źródło: opracowanie własne ROPS w Opolu

12.3. Cel, działania i zadania programu

Celem programu jest zwiększenie dostępności różnych form aktywizacji zawodowej i społecznej, dostosowanych do indywidualnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym zatrudnienia wspieranego w formie przedsiębiorczości społecznej.

Działania:

- 1) Inicjowanie rozwoju systemu aktywizacji społecznej i zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi poprzez zwiększenie liczby podmiotów realizujących te zadania:
 - zwiększenie liczby środowiskowych domów samopomocy w oparciu o dane zawarte w prognozie do 2025 r. ⁸⁴;

⁸⁴System wsparcia dla osób zaburzonych psychicznie w województwie opolskim ... http://ois.rops-opole.pl/download/ANALIZA-psychicznie%20chorzy-2011-OIS_.pdf

- zwiększanie liczby warsztatów terapii zajęciowej, przy założeniu, że obecną liczbę miejsc w tych placówkach wynoszącą 428 należy zwiększyć 3-krotnie (do 1279 miejsc) do roku 2025. Założenie trzykrotnego zwiększenia liczby miejsc w WTZ-ach przyjęto na podstawie wyników badania potrzeb w zakresie wymaganej liczby miejsc w środowiskowych domach samopomocy. Zatem stopień zaspokojenia potrzeb wynoszący obecnie 1,8%, winien wzrosnąć trzykrotnie - do 5,4%. Jednocześnie liczbę miejsc w poszczególnych powiatach obliczono przy uwzględnieniu liczby osób wymagających rehabilitacji zawodowej ogółem⁸⁵, według wzoru: 23 700 (liczba osób wymagających rehabilitacji) x 5,4% (wymagany wskaźnik zaspokojenia potrzeb) = 1 279 miejsc. Liczba warsztatów terapii zajęciowej winna wzrosnąć łącznie o 40, a liczba miejsc do 1 279;
- zwiększanie liczby zakładów aktywności zawodowej (w każdym powiecie winien docelowo do 2025 r. funkcjonować co najmniej 1 zakład). Ustalono, że liczba miejsc w tych podmiotach winna wynosić co najmniej 50 miejsc na każde 1000 osób z zaburzeniami psychicznymi, wymagających aktywizacji społecznej i zawodowej w powiecie. Łączna liczba miejsc winna wynosić 1 185 (23 700/1 000 * 50). Zatem, dodatkowo winno się utworzyć 16 ZAZ-ów na 1 085 miejsca do roku 2025. Łączna liczba ZAZ-ów wynosić winna 18 na 1 185 miejsc. Stanowiąc to będzie 5% zaspokojenia potrzeb w tym zakresie;
- zwiększanie liczby centrów i klubów integracji społecznej przeznaczonych dla tej grupy chorych (docelowo do 2025 r. co najmniej 1 klub w każdej gminie oraz 1 centrum w każdym powiecie). Obecnie funkcjonujące 2 centra integracji społecznej oraz 12 klubów integracji społecznej w województwie opolskim nie obejmują rehabilitacją zawodową osób z zaburzeniami psychicznymi, koncentrując uwagę na osobach bezrobotnych i bezdomnych. Stąd mając na uwadze zapewnienie dostępności usług oferowanych przez tego typu podmioty należy dążyć docelowo do 2025 r. do utworzenia w każdej gminie i powiecie klubu/centrum integracji społecznej, które obejmować będą rehabilitacją zawodową i społeczną m.in. osoby z zaburzeniami psychicznymi;
- pobudzanie rozwoju III sektora oraz podmiotów ekonomii społecznej realizujących aktywizację zawodową osób z zaburzeniami psychicznymi, tj. docelowo uruchomienie przynajmniej jednej spółdzielni socjalnej w każdym powiecie;

⁸⁵Obliczenia własne Obserwatorium Integracji Społecznej ROPS w Opolu na podstawie Załącznika nr 1 *Harmonogram realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego* do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 24, poz. 128).

- tworzenie dogodnych warunków zwiększania liczby miejsc pracy dostosowanych do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym w zakładach pracy chronionej i na otwartym rynku pracy.
- 2) Pobudzanie rozwoju form aktywizacji społecznej i zawodowej
 - zwiększenie zakresu stosowania poradnictwa zawodowego dostosowanego do indywidualnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi
 - poszerzenie zakresu pracy socjalnej, w tym środowiskowej pracy socjalnej (budowanie lokalnych sieci oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi)
 - tworzenie założeń programowych szkoleń w zakresie aktywizacji społecznej i zawodowej różnych grup osób z zaburzeniami psychicznymi
 - rozwój przedsiębiorczości społecznej, w tym spółdzielni socjalnych zatrudniających osoby z zaburzeniami psychicznymi
 - promocję dobrych praktyk oraz systemowych rozwiązań na poziomie samorządów gminnego i powiatowego (tworzenie sieci współpracy jednostek służby zdrowia, pomocy i integracji społecznej oraz rynku pracy w celu przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu 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 służby zdrowia (Patrz Diagram 12.1).
 - 4) Monitorowanie i analizowanie działań samorządu terytorialnego w zakresie aktywizacji zawodowej i społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi
 - utworzenie i monitorowanie bazy instytucji i podmiotów realizujących aktywizację zawodową i społeczną w regionie
 - monitoring programów i projektów realizowanych przez gminy i powiaty oraz organizacje pozarządowe
 - monitoring działań legislacyjnych oraz ocena ich wpływu na stopień rehabilitacji społecznej i zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi.
 - 5) Wsparcie finansowe i organizacyjne podmiotów realizujących aktywizację zawodową i społeczną osób zaburzonych psychicznie
 - monitorowanie potrzeb tych podmiotów i celowe kierowanie środków finansowych, będących w dyspozycji samorządu województwa, w tym środków PFRON
 - prowadzenie szkoleń dla pracowników tych instytucji.

- 6) Zwiększenie zakresu współpracy z III sektorem oraz wzrost znaczenia i udziału w tych działaniach wolontariatu
- prowadzenie szkoleń dla wolontariuszy pracujących w podmiotach aktywizacji społecznej i zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi, a także pracowników innych instytucji pomocy i integracji społecznej.
- 7) Promocja aktywizacji zawodowej i społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi
- upowszechnianie wiedzy na temat zaburzeń psychicznych oraz roli pracy w skutecznej rehabilitacji społecznej i zawodowej tej grupy niepełnosprawnych, a także na temat instytucji i podmiotów realizujących te zadania
 - prowadzenie kampanii szkoleniowo-informacyjnej adresowanej do pracodawców, promującej zatrudnienie osób z zaburzeniami psychicznymi (organizacja konferencji, seminariów, prezentacja dobrych praktyk).
- 8) Prowadzenie działań profilaktycznych w zakresie przeciwdziałania stygmatyzacji i utraty pracy przez osoby z zaburzeniami psychicznymi.

Tabela 12.3. Aktualna i docelowa do 2025 r. liczba środowiskowych domów samopomocy dla zaburzonych psychicznie i miejsc w Środowiskowych Domach Samopomocy

Powiat		Środowiskowe Domy Samopomocy			
		Stan w 2010 r.		Docelowa liczba	
		Liczba placówek	Liczba miejsc	Liczba placówek	Liczba miejsc
1	brzeski	0	0	2	85
2	głubczycki	1	60	4	310
3	kędzierzyńsko-kozielski	1	45	4	169
4	kluczborski	1	47	2	131
5	krapkowicki	1	43	3	99
6	namysłowski	1	40	2	45
7	nyski	1	50	4	255
8	oleski	1	30	2	75
9	Opole Miasto	2	90	3	123
10	opolski	0	0	2	71
11	prudnicki	1	60	2	103
12	strzelecki	1	59	2	103
RAZEM		11	524	32	1569

Źródło: opracowanie własne Obserwatorium Integracji Społecznej ROPS w Opolu

Tabela 12.4. Aktualna i docelowa do 2025 r. liczba warsztatów terapii zajęciowej i ich uczestników

Lp.	Powiat	Liczba osób z zaburzeniami psychicznymi w województwie opolskim wymagających aktywizacji zawodowej	Warsztaty terapii zajęciowej			
			Liczba jednostek w 2010 r.	Liczba uczestników w 2010 r.	Wymagana liczba jednostek w 2025 r.	Wymagana liczba uczestników w 2025 r.
1	brzeski	2 437	3	70	4	131
2	głubczycki	1 397	1	20	2	75
3	kędzierzyńsko kozielski	2 306	1	33	4	124
4	kluczborski	1 674	1	30	3	90
5	krapkowicki	1 088	1	30	2	59
6	namysłowski	1 098	1	25	2	60
7	nyski	3 651	2	65	6	197
8	oleski	1 441	2	65	2	78
9	opolski	2 475	1	30	4	134
10	Opole Miasto	2 950	1	30	5	159
11	prudnicki	1 513	0	0	3	82
12	strzelecki	1 670	1	30	3	90
Razem		23 700	15	428	40	1 279

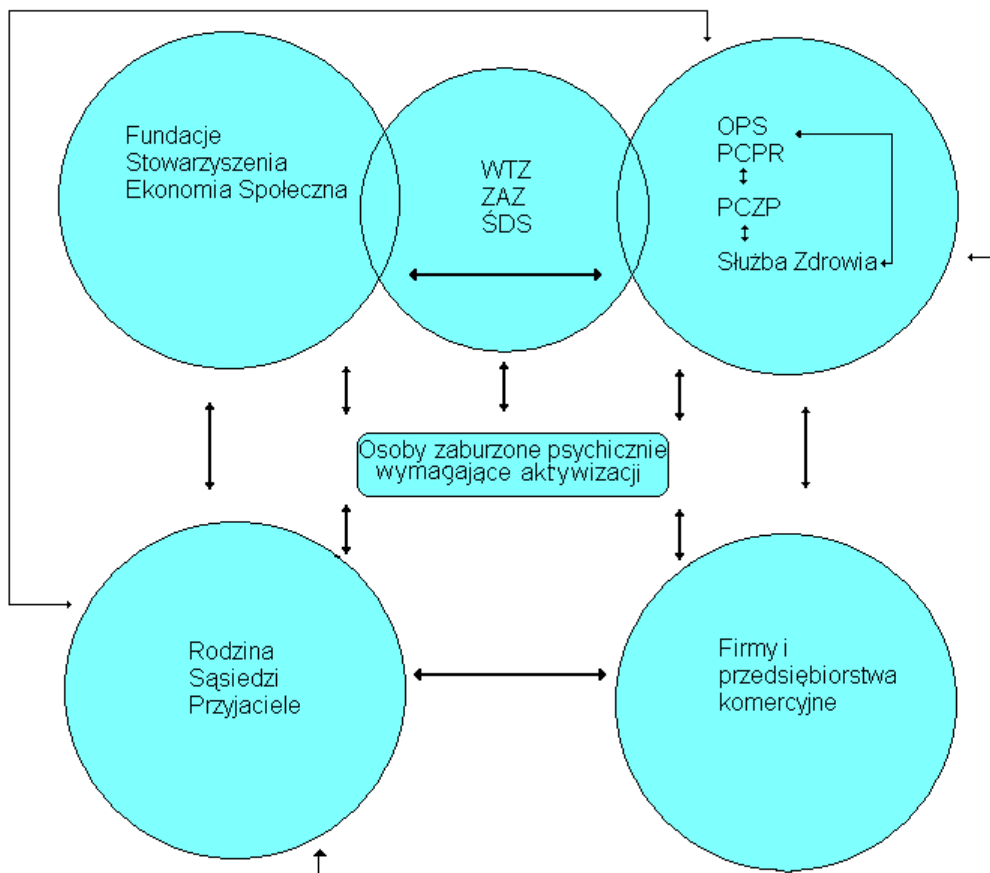
Źródło: opracowanie własne Obserwatorium Integracji Społecznej ROPS w Opolu

Tabela 12.5 Aktualna i docelowa do 2025 r. liczba zakładów aktywności zawodowej i ich uczestników

Lp.	Powiat	Liczba osób z zaburzeniami psychicznymi w województwie opolskim wymagających aktywizacji zawodowej	Zakłady aktywności zawodowej			
			Liczba jednostek w 2010 r.	Liczba uczestników w 2010 r.	Wymagana liczba jednostek do 2025 r.	Wymagana liczba miejsc (uczestników) do 2025 r.
1	brzeski	2 437	0	0	2	120
2	głubczycki	1 397	1	50	1	70
3	kędzierzyńsko kozielski	2 306	0	0	2	115
4	kluczborski	1 674	0	0	1	85
5	krapkowicki	1 088	0	0	1	55
6	namysłowski	1 098	0	0	1	55
7	nyski	3 651	0	0	3	185
8	oleski	1 441	0	0	1	70
9	opolski	2 475	0	0	2	125
10	Opole Miasto	2 950	1	50	2	145
11	prudnicki	1 513	0	0	1	75
12	strzelecki	1 670	0	0	1	85
Razem		23 700	2	100	18	1 185

Źródło: opracowanie własne Obserwatorium Integracji Społecznej ROPS w Opolu

Diagram 12.1. 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 Integracji Społecznej ROPS w Opolu

13. Monitorowanie regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego

Przeprowadzane cyklicznie dla okresów rocznych lub innych o ile zajdzie taka potrzeba. 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 Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Jednocześnie zakłada się taką realizację monitoringu, by był on realnie pomocny w realizacji przedsięwzięć wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, a nie tylko służył realizacji biurokratycznej procedury.

14. Finansowanie regionalnego programu ochrony zdrowia psychicznego dla województwa opolskiego

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 zakładów opieki zdrowotnej,
- środków budżetu państwa,
- środków pochodzących z PFRON,
- środków pochodzących z Funduszy Europejskich (UE),

Tabela 14.1 Prognoza źródeł finansowania Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla województwa opolskiego

Lp.	Źródła finansowania	Główne przeznaczenie
1.	Budżety jednostek samorządu terytorialnego szczebla regionalnego i lokalnego	Wydatki inwestycyjne (sprzęt, aparatura, inwestycje i modernizacja budynków), wydatki związane z działalnością Centrów Pomocy Rodzinie (CPR), dotacje inwestycyjne dla gmin, zmiany organizacyjne jednostek, tworzenie Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP), zwiększenie dostępności świadczeń, profilaktyka i promocja zdrowia (programy promocji i prewencji, w tym przeciwdziałanie uzależnieniom)
2.	Narodowy Fundusz Zdrowia	Świadczenia zdrowotne
3.	Budżet państwa (programy resortowe, programy restrukturyzacyjne, PFRON)	Unowocześnienie systemów informacji, wydatki inwestycyjne (inwestycje budowlane, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną), restrukturyzacja zatrudnienia, koszty świadczeń, wydatki związane z profilaktyką i promocją zdrowia psychicznego
4.	Środki własne zakładów opieki zdrowotnej	Wydatki inwestycyjne (sprzęt i aparatura, modernizacja budynków)
5.	Fundusze Europejskie (UE)	Wybrane projekty dotyczące poprawy zdrowia psychicznego, projekty edukacyjne

Podmiotami realizującymi Program będą jednostki samorządu terytorialnego i podległe im jednostki organizacyjne, wojewoda, NFZ oraz organizacje pożytku publicznego (stowarzyszenia, fundacje, samorządy zawodowe, kościoły i inne związki wyznaniowe oraz grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin), a także inne podmioty, które zakresem swojej

działalności obejmują cele i zadania programu. Wydatki na realizację programu ponoszone będą z budżetu organów centralnych jak również jednostek samorządu terytorialnego. Podmiotem odpowiedzialnym za finansowanie świadczeń zdrowotnych będzie Narodowy Fundusz Zdrowia. Budżet państwa pokrywał będzie koszty świadczeń, wydatki związane z rozwojem i unowocześnieniem systemów informacji oraz wydatki inwestycyjne. Jednostki samorządu terytorialnego ponosić będą wydatki inwestycyjne swoich podmiotów leczniczych oraz wydatki związane z działalnością centrów pomocy rodzinie.

Podstawowym źródłem finansowania będzie budżet państwa (budżet Ministra Zdrowia będącego dysponentem środków budżetowych, zarezerwowanych na realizację programów zdrowotnych). Zakłada się również udział organów założycielskich w zakresie wyposażenia i dostosowania w podstawowy sprzęt. Do realizacji działań w ramach programu powinny zostać zaangażowane środki finansowe pozostające w dyspozycji NFZ, środki PFRON, a także środki pochodzące z Funduszy Europejskich (UE). Zaangażowanie środków z poszczególnych źródeł zależeć będzie od charakteru podejmowanych działań.

Z realizacją programu wiąże się ponoszenie kosztów zarówno wynikających z potrzeby restrukturyzacji i rozbudowy 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 będzie oddanie na potrzeby realizacji programu odpowiednich zasobów kadrowych oraz uruchomienie adekwatnych zasobów finansowych NFZ.